

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUĞUN KLİNİK BULGULARI İLE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN BİLİŞSEL YÖNÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Emine MUTLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Özge SARAÇLI

ZONGULDAK

2019

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUĞUN KLİNİK BULGULARI İLE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN BİLİŞSEL YÖNÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Emine MUTLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Özge SARAÇLI

ZONGULDAK

2019

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Panik Bozukluğun Klinik Bulguları İle Kişilik Özelliklerinin Bilişsel Yönü Arasındaki İlişki

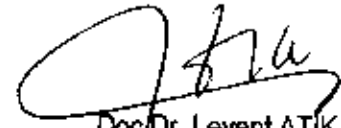
Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Emine MUTLU

Tez Savunma Tarihi : 22/07/2019

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Özge SARAÇLI

Prof. Dr. Murat ATASOY
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Hamit BOZTAŞ
Üye


Doç. Dr. Levent ATIK
Üye



TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezimin seçilmesi, yürütülmesi sürecinde bana yön veren desteğini ve deneyimlerini esirgemeyen, vicdanı, merhameti, her daim doğrucu ve dürüst davranışları ile örnek aldığım tez danışmanım sevgili hocam Doç. Dr. Özge SARAÇLI'ya,

Çalışkanlığı, azmi ve tükenmeyen enerjisi ile her daim ışık olan, öğrencisine duyduğu inancı, destekleyici tutumu ile manevi desteğini hep hissettiğim, mesleğimi sevmemde büyük katkısı olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nuray ATASOY'a,

İş disiplini, özverili çalışmaları ile örnek aldığım, nezaketli ve hoş görülü tavırları ile mesleki ve manevi desteğini her zaman hissettiğim kişisel ve mesleki gelişimimde büyük katkısı olan değerli hocam Doç. Dr. Levent ATİK'e

Kısa süre de olsa kendisi ile çalışma şansı bulduğum, tanımaktan keyif aldığım hocam Öğr. Üyesi Dr. Vildan ÇAKIR KARDEŞ'e

Tezimin istatistiksel değerlendirmelerini yapan fikirleriyle destek olan Dr. Öğr. Üyesi Fûruzan KÖKTÜRK'e,

Uzmanlık eğitimim sürecinde birlikte çalıştığım, herbirinden farklı ilham aldığım asistan arkadaşlarıma,

Çalışma hayatımı güzelleştiren, her daim yanımda olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım hemşire, personel ve sekreter arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en fazla paya sahip olan, tükenmeyen sevgi ve sabırları ile her daim arkamda olan, bana ve yapabileceklerime her daim inan, hayatım boyunca emeklerini asla ödeyemeyeceğim canım annem ve babama,

Varlığından her daim güç aldığım, zor zamanlarımda hep yanımda olan canımdan çok sevdiğim kardeşim Bekir'e,

Hayatıma girdiği günden beri sevgisini ve desteğini esirgemeyen, yüzümü hep güldüren insanlığını ve hekimliğini hep takdir ettiğim sevgili eşim Op. Dr. Sezgin MUTLU'ya

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde kendilerine ayırmam gereken zamandan fedakârlık yapan, varlıkları ile yaşamıma ışık, nefes olan sevgili evlatlarım Aysima ve İlay Bilge'ye

Ve son olarak bir kadın olarak bana bilimle uğraşabilme ve severek icra ettiğim hekimlik mesleğini yapabilme, bu anlamda çalışan ve üreten bir Türk kadını

olarak kızlarıma örnek bir anne olma fırsatı veren ulu önder MUSTAFA KEMAL
ATATÜRK'e,

Teşekkürü borç bilirim.

Dr. Emine MUTLU
Temmuz 2019, ZONGULDAK



ÖZET

Emine Mutlu, Panik Bozukluğunun Klinik Bulguları İle Kişilik Özelliklerinin Bilişsel Yönü Arasındaki İlişki. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi. Zonguldak, 2019.

Amaç: Panik bozukluk hastalarında beden algılaması veya felaketleştirme düzeyi kişinin bilişsel çarpıtmaları ile ilişkilidir. Panik bozukluk hastalarının bedensel algılama, felaketleştirme düzeyleri ve bilişsel çarpıtmaları sağlıklı gönüllülere göre daha fazladır. Çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile ilişkili bilişsel çarpıtmalar panik bozuklukta görülen bedensel algılama artışı ve felaketleştirme ile daha ilişkilidir. Bu çalışmada panik bozukluk hastalarının klinik bulguları, belirti alt tipleri, beden duyularına odaklanma ve felaket algısı ile hastanın kişilik özelliklerinin bilişsel yönü arasındaki ilişkinin saptanması ve sağlıklı kontrol grubundan farklarının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bülent Ecevit Üniversitesi'nde panik bozukluk tanısı ile takipli hastalar ve psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı kontrol grubu araştırmaya alınmış, hastalar ve kontrol grubu bir psikiyatri uzmanı ya da uzmanlık öğrencisi tarafından görüşmeye alınarak ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Panik bozukluk hastalarına klinik değerlendirme yapılarak eş tanılar belirlenmiş ve "sosyodemografik veri formu", "Beden Duyularını Ölçeği (BDÖ) " , "Felaketleştiren Bilişler Ölçeği (FBÖ) " , "Kişilik İnanç Ölçeği (KIÖ)" ve "Panik Agorofobi Ölçeği (PAÖ) " doldurmaları istenmiştir. Aynı şekilde sağlıklı kontrol grubuna psikiyatrik görüşme yapılarak psikiyatrik hastalık varlığı dışlandıktan sonra sosyodemografik veri formu, BDÖ, FBÖ, KIÖ ve PAÖ doldurmaları istenmiştir. Panik bozukluğun klinik bulguları, alt tipleri, felaket algısıyla kişiliğin bilişsel yönü arasındaki ilişkiler ve bu özellikler açısından sağlıklı kontrol grubu ile farklar araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 50 PB hastası ve 50 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubu BDÖ, FBÖ puanları ile karşılaştırıldığında her iki ölçek puanı da hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gruplar KIÖ ölçeğinin alt puanları ile karşılaştırıldığında ise çekingen, bağımlı, pasif- agresif, obsesif- kompulsif, narsisistik, paranoid, borderline kişilik özellikleri açısından hasta ve kontrol grubu arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Hasta ve kontrol grubunda KIÖ'nun BDÖ ve FBÖ ile korelasyonuna bakıldığında ise bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline alt

puanları ile BDÖ puanları arasında ve çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik alt puanları ile FBÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızdaki hastalarda çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik alt puanları ile PAÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta grubunda PAÖ puanları ile FBÖ ve BDÖ puanları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuş ve hastalarda felaketleştirme ve beden duyularına odaklanma davranışı arttıkça hastalık şiddetinin arttığı şeklinde yorumlanmıştır. Hasta grubunda FBÖ puanları ile BDÖ puanları karşılaştırıldığında ise aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, kişilerde felaketleştirme düzeyi arttıkça beden duyularına odaklanma davranışının arttığı düşüncesi oluşmuştur.

Sonuç: PB hastalarında felaketleştirme ve beden duyularına odaklanma davranışı fazla olup bu bilişsel özellikler hastalık şiddetini arttırmaktadır. Hastalarda çekingen, bağımlı, pasif- agresif, obsesif- kompulsif, narsisistik, paranoid, borderline kişilik özellikleri sağlıklı kişilere göre daha baskın olup hastalarda kişilik bozukluğunun varlığı felaketleştirme ve beden duyularında odaklanma gibi bilişsel belirtileri arttırmak suretiyle hastalığın şiddetini arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, Felaketleştiren Bilişler, Beden Duyularına Odaklanma, Kişilik İnançları

ABSTRACT

Emine Mutlu, The Relationship Between Clinical Symptoms of Panic Disorder and Cognitive Aspects of Personality Characteristics. Zonguldak Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Mental Health and Diseases Thesis. Zonguldak, 2019.

Introduction and Purpose: The level of physical perception or catastrophic in patients with panic disorder (PD) is associated with its cognitive distortions. Physical perception, catastrophic levels and cognitive distortions of PD patients are higher than healthy volunteers. Cognitive distortions associated with avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality traits are more associated with increased physical perception and catastrophe in panic disorder. The aim of this study was to determine the relationship between clinical findings, symptom subtypes, focusing on body sensation, perception of catastrophe and cognitive aspect of the personality characteristics of patients with panic disorder. In addition, it was another aim to investigate the differences between these characteristics between the healthy control group and the panic disorder group.

Materials and Methods: Patients with panic disorder diagnosed at Bülent Ecevit University and healthy control group without psychiatric disease were included in the study. The patients and the control group were examined by a psychiatrist or research assistant and asked to fill the scales. Comorbidities were determined by clinical evaluation of panic disorder patients. Similarly, the presence of psychiatric illness was excluded by a psychiatric interview to the healthy control group. In both groups, “socio demographic data form”, “Body Sensations Questionnaire (BSQ)”, “Catastrophic Cognitions Questionnaire (CCQ)”, “Personality Belief Questionnaire (PBQ)” and “Panic and Agoraphobia Scale (PAS)” were asked to complete. Clinical findings, subtypes of panic disorder, catastrophic perception relationship between cognitive aspect of personality were analyzed. The differences between healthy control group and patient group were investigated in terms of these variables.

Results: Fifty PD patients and 50 healthy controls were included in the study. When the BSQ and CCQ scores of the patient and control groups were compared, both scale scores were found to be significantly higher in the patient group compared to the control group. When the groups were compared with the subscale scores of the PBQ, the difference between the patient and control groups was significant in terms

of avoidant, dependent, passive-aggressive, obsessive-compulsive, narcissistic, paranoid and borderline personality traits. Correlation of PBQ with BSQ and CCQ was investigated in the patient and control groups. Dependent, passive-aggressive, antisocial, histrionic and borderline personality subscale scores and BSQ scores were positively correlated. There was a positively significant relationship between avoidant, obsessive, dependent, passive-aggressive, antisocial, histrionic and borderline personality subscale scores and CCQ scores. In our study, a significant positive relationship was found between shy, obsessive, dependent, passive-aggressive, antisocial, histrionic and borderline personality subscale scores and PAS scores. In addition, disease severity groups based on PAD scores were compared in terms of CCQ and BSQ scores in the patient group. There was a significant difference in this analysis. This result was interpreted as " The severity of the disease increases as the behavior of catastrophizing and focusing on body sensations increases in PD patients." When CCQ scores and BSQ scores were compared in the patient group, a significant positive relationship was found between them. It has been observed that as the level of catastrophizing increases in patients, focusing on body sensations increases.

Conclusion: Catastrophizing and focusing on body sensation behaviors are high in PD patients and these cognitive characteristics increase the severity of the disease. In the patients, avoidant, dependent, passive-aggressive, obsessive-compulsive, narcissistic, paranoid, borderline personality traits are more dominant than healthy individuals. The presence of these personality disorders in patients increases the severity of the disease by increasing the cognitive symptoms such as catastrophe and focusing on body sensations.

Keywords: Panic Disorder, Catastrophic Cognitions, Focus on Body Senses, Personality Beliefs

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Panik Bozukluk.....	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji.....	5
2.1.5. Klinik Özellikler.....	10
2.1.6. Tanı.....	18
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	20
2.1.8. Komorbid Durumlar.....	22
3. YÖNTEM.....	24
3.1. Örneklem.....	24
3.2. Veri Toplama Araçları.....	24
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	24
3.2.2. Panik Agorofobi Ölçeği.....	25
3.2.3. Kişilik İnanç Ölçeği.....	25
3.2.4. Beden Duyumları Ölçeği.....	26
3.2.5. Felaketleştiren Bilişler Ölçeği.....	27
3.3. İstatiksel Analiz.....	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Analizi.....	29
4.2. Hasta Grubunda Klinik Veriler.....	31
4.3. Gruplarda Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
4.4. Gruplarda Ölçek Puanlarının Birbiri İle Korelasyonu.....	37

4.5. Hasta Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiri İle İlişkisi	39
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
7. KAYNAKÇA	50
8. EKLER	59
EK-1: Araştırma Etik Belgesi	59
EK-2: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin) ...	60
EK-3: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Sağlıklı Kontrol Grubu)	63
EK-4: Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu	66
EK-5: Kişilik İnanç Ölçeği	67
EK-6: Beden Duyumları Ölçeği	72
EK-7: Felaketleştiren Bilişler Ölçeği	73
EK-8: Panik Agorafobi Ölçeği Hasta Anketi	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDÖ	: Beden Duyumları Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
FBÖ	: Felaketleştiren Bilişler Ölçeği
KİÖ	: Kişilik İnanç Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PAÖ	: Panik Agorofobi Ölçeği
PB	: Panik Bozukluk
SNGI	: Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
SSGI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: DSM-IV-TR Agorafobi için tanı ölçütleri.....	16
Tablo 2: Agorafobi için DSM-V tanı ölçütleri.....	17
Tablo 3: DSM-IV-TR Panik Bozukluk için tanı ölçütleri.....	18
Tablo 4: Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri	19
Tablo 5: PB'nun ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken organik durumlar	21
Tablo 6: Çalışma grubundaki değişkenlerin karşılaştırılması.....	31
Tablo 7: Hasta grubunun klinik özellikleri	32
Tablo 8: Hastalarda görülen panik atak belirtilerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 9: Hastalarda ek psikiyatrik hastalık varlığı	33
Tablo 10: Hastalarda antidepresan ve benzodiazepin kullanımı.....	34
Tablo 11: Hastalarda PAÖ puanına göre hastalık şiddetinin belirlenmesi	34
Tablo 12: PAÖ puanına göre hastalık şiddeti ile değişkenler arasındaki ilişki.....	35
Tablo 13: Gruplarda BDÖ ve FBÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 14: Gruplarda KIÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 15: Gruplarda KIÖ ve BDÖ puanlarının birbiri ile korelasyonu	38
Tablo 16: Gruplarda KIÖ ve FBÖ puanlarının birbiri ile korelasyonu.....	39
Tablo 17: Hasta grubunda KIÖ ve PAÖ puanlarının birbiri ile korelasyonu	40
Tablo 18: PAÖ puanları ile BDÖ ve FBÖ puanları arasında ilişki.....	40
Tablo 19: FBÖ puanları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	41
Tablo 20: Hasta grubunda FBÖ ve BDÖ arasındaki ilişkinin karşılaştırılması	42

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: Panik atakların bilişsel modeli..... 9



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Panik bozukluk (PB); nefes almada güçlük, çarpıntı, baş dönmesi, titreme, kalp krizi geçirme, çıldırma, kontrolünü kaybetme, ölüm korkuları gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerin ön planda olduğu, yineleyici ve beklenmedik panik ataklarıyla seyreden yaygın bir hastalık olup, buradaki panik atakların en önemli özelliği kendinden ve beklenmedik olmalarıdır (1). Diğer taraftan PB, azımsanmayacak ölçüde yeti kaybına yol açabilen, kişiler arası ilişkide belirgin kısıtlanma ve panik atağı riskinde artma ihtimali nedeniyle belirli sosyal durumlardan kaçınma ve yüksek riskli davranışlardan uzak durma nedeniyle çalışma performansında azalma ve işsiz kalma gibi ağır sonuçları olabilen bir hastalıktır (2). Panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %1-3 arasında değişmekte olup kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir ve genetik geçişi en yüksek olan anksiyete bozukluklarından (3).

PB' un sosyal fobi, post travmatik stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve özgül fobi gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği oldukça sık görülmektedir (2). Diğer taraftan PB' un, Eksen II kişilik bozuklukları ile birlikte görülme oranı % 40-50 olup; özellikle kaçınan, obsesif- kompulsif ve bağımlı kişilik bozukluğu gibi C kümesi kişilik bozuklukları, PB olan bireylerde hastalığa en sık eşlik eden eksen II bozukluklarıdır (4, 5). Araştırmalarda PB hastalarında, kişilik bozukluğu boyutuna varmasa da "bağımlı, kaçınan ve histrionik kişilik özellikleri" baskın olarak görüldüğü saptanmaktadır(6). İlginç bir biçimde ister medikal tedavisi olsun, ister bilişsel davranışçı terapi olsun panik hastalarına uygulanan tedaviler, bütün kişilik özelliklerini özellikle bağımlı kişilik özelliklerini belirgin düzeyde düzeltmektedir (7, 8, 9).

Bu araştırmada PB hastalarının klinik bulguları, belirti alt tipleri, beden duyumlarına odaklanma ve felaket algısı ile hastanın kişilik özelliklerinin bilişsel yönündeki ilişkinin saptanması ve sağlıklı kontrol grubundan farklarının araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluk

2.1.1. Tanım

Panik bozukluk, en sık görülen anksiyete bozukluğu olup ailevi, sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi sorunlara yol açan, kronik ve yineleyici seyir gösteren bir bozukluktur (10). Panik bozukluğu (PB); tekrarlayan ve beklenmedik zamanlarda ortaya çıkan, somatik ve bilişsel belirtilerin eşlik ettiği panik ataklarıyla seyredir. Hastalar sonraki ataklarla ilgili beklenti endişesi yaşayıp kaçınma davranışı gösterebilirler (11, 10).

DSM-V'e göre panik bozuklukta, sıklıkla ani başlayan ve dakikalar içinde doruğa ulaşan, bedensel ve bilişsel çeşitli belirtilerin olduğu panik ataklar görülmektedir. Yaşanan panik atak sonrası en az 1 ay süreyle atağın tekrar yaşanacağına dair kaygı hali de devam etmektedir. Panik atak sırasında çarpıntı, terleme, karın ağrısı, uyuşma gibi bedensel belirtilerin yanı sıra, kontrolün kaybedileceği, ölüneceği gibi bilişsel belirtiler görülmektedir (12). Panik atakları, oluştukları durumlara göre farklı gruplara ayrılır (13). Günlük yaşam içinde tetikleyici bir olay sonrası yaşanan panik ataklar "beklenen panik atak" olarak adlandırılırken, herhangi bir somut etken yokken ortaya çıkan çıkan panik ataklar "beklenmeyen panik atak" olarak adlandırılır.

Panik ataklar, panik bozukluğuna spesifik olmayıp hemen her anksiyete bozukluğu türünde ya da başka ruhsal hastalıklarda da panik ataklar görülebilmekle beraber panik bozukluğundaki panik atakların en önemli farkı "kendiliğinden ve beklenmedik" olmalarıdır (1).

Panik bozuklukta; çarpıntı, titreme, ağız kuruluğu, nefes darlığı ve ölüm korkusu en sık görülen belirtilerdir (14). Bu belirtilerin yanı sıra DSM-V tanı kriterleri içinde olmayan huzursuzluk, ümitsizlik ve çaresizlik gibi farklı belirtilerde görülebilmektedir (15). Ayrıca panik bozukluk hastalarında somatik, psişik, davranışsal ve sosyal kontrolü kaybetme korkusu oldukça yoğun olup genellikle henüz tanı konulmamış ciddi bir hastalıkları olduğu düşüncesine kapılır ve bu

düşünceye bağlı olarak yaşadıkları yoğun endişe ile yeni tedavi arayışları içine girerler (16).

2.1.2. Tarihçe

Panik kelimesi, Yunan mitolojisindeki bir tanrı olan ‘Pan’ dan gelmektedir. Pan, tek başına yaşayan, üzgün olduğunda mağarasına sığınan, sinirlendiğinde ise çılgınlık atarak insanları korkutan bir tanrıdır (17). Panik bozukluğu, ilk olarak 19.yy ortalarında, çarpıntı ve göğüs ağrısı belirtileri ile seyretmesi nedeniyle kardiyolojik bir hastalık gibitanımlanmaya başlanmış ve o yıllarda modern tanı yöntemleri olmadığı için ayrı tanısı yapılamamıştır (17, 18, 19).

PB, 1871 yılında Da Costa tarafından kalpte yapısal bir bozukluk olmaksızın yoğun göğüs ağrısı, şiddetli çarpıntı, fenalaşma ve bayılma gibi kardiyak belirtilerle giden, sıklıkla askerlerde görülen bir tablo olarak tanımlanmış ve ‘irritabl kalp sendromu’ adı verilmiştir ki aynı tarihlerde Westpal, açık alanlarda yaşadıkları ciddi korku nedeniyle evlerine gitmek için diğer insanlardan yardım isteyen üç erkek hastasını bildirdiği ‘Die Agoraphobie’ isimli çalışmasında agorafobi sendromunu tanımlamıştır (20). 1880 yılında George Miller Beard, efor sendromuna benzer semptomların olduğu klinik tabloları nevrasteni olarak tanımlamış, Heckner ise 1893 yılında bu hastalarda özellikle halka açık yerlerde ve kendiliğinden ortaya çıkan anksiyete atakları bildirmiş ve hatta kimi hastalarda bir veya iki belirtinin olduğu sınırlı panik atakların olduğunu belirtmiştir (17). 1894-95 yıllarında Freud, PB ‘nu da kapsayan anksiyete bozukluğu tablosunu nevrasteni gubundan ayırarak akut veya kronik, psişik ve somatik belirtilerle seyreden ‘anksiyete nevrozu’ tanımını kullanmaya başlamıştır (18).

Krapelin, 1909’da yayınladığı kitabında ‘korku nevrozu’ terimiyle anksiyetenin fiziksel, otonomik ve davranışsal yönünden söz etmiştir.

Francis Henkel, 1917’deki kitabında DSM tanı ölçütlerine benzer özellikler taşıyan ‘paroksizmal anksiyete atağı’ndan bahsetmiştir (21).

1918 yılında Sir Thomas Lewis tarafından anksiyetenin kardiyak belirtilerini içeren ‘Efor Sendromu’ terimi, 1930’ların sonunda ‘Kardiyak Nevroz’ terimi kullanılmaya başlanmıştır (18, 22).

Literatürde ilk kez PB'nu anksiyete nevrozundan ayırarak, farklı bir tanı olarak tanımlayan ve anksiyete atakları olarak tanımlanan durumlar için panik atağı terimini kullanan kişi Klein olmuştur. 1962 yılında Klein, imipramini, PB tedavisinde denemiş ve buradan yola çıkarak "farmakolojik diseksiyon" adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmış ve bu ayırım sonucunda hastalığı farklı bir anksiyete bozukluğu grubu olarak tanımlamıştır. Daha sonra ise geliştirdiği bu yeni anksiyete bozukluğu kategorisinde, panik atakları takiben beklenti anksiyetesinin geliştiğini, panik atakları ve beklenti anksiyetesini yaşayan kişilerde agorafobinin ortaya çıktığını saptamış, panik atakları ve agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır (20). 1980 yılında Klein 'ın yoğun çabaları sonucunda DSM III'de anksiyete nevrozu tanımı kaldırılmış, onun yerine PB terimi kullanılmıştır. Ayrıca bu sınıflama içinde PB gibi agorafobiye de, anksiyete bozuklukları arasında ayrı bir tanı olarak veya PB ile birlikte yer verilmiştir. DSM-IIIR'de PB'ye, agorafobiden çok daha fazla yer verilmiş ve agorafobi olmaksızın panik bozukluk sınıflaması da eklenmiştir (23). DSM-IV' de panik bozukluk agorafobili ve agorafobisiz olarak sınıflandırılmıştır (24). DSM-V'de ise agorafobi panik bozukluğu için bir belirleyici olmaktan çıkarılmış, panik bozukluğu olmaksızın kendi başına da bulunabilen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (25).

2.1.3. Epidemiyoloji

PB; genel nüfusta yaklaşık %1-2 oranında görülen yaygın bir psikiyatrik bozukluk olup kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir (26). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre, genel toplumda PB, erkeklerde %0.2 oranında görülmekte iken, kadınlarda %0.5 oranında görülmektedir (27). Panik atak sıklığı PB' dan daha fazla olup, bu konuda yapılmış önemli çalışmalarından önde gelen ikisi "Epidemiyolojik Alan Çalışması" (Epidemiologic Catchment Area) ve "Ulusal Eşitlik Çalışması" (National Comorbidity Survey) dir (28, 29). Bu çalışmalara göre panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı % 7 ile % 9 arasında değişirken, agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğunun yaşam boyu sıklığı % 1.5 ile % 3.8 arasında değişmektedir.

PB tanısı alan hastaların, yaklaşık 1/3- 1/2'sinde aynı zamanda agorafobi görülmekte iken, agorafobi ile birlikte olan panik atağı prevelansı % 1.7-2.6, panik atağı olmaksızın görülen agorafobinin prevelansı ise % 1.4-6.6 'dır (30). Dul, bekâr, ayrı yaşayanlar gibi evli olmayanlarda PB riski, evli olanlara göre iki kat fazla olduğu gibi şehirde yaşayanlarda da, kırsal kesimde yaşayanlara göre 1,5–2 kat daha fazla görülmektedir (20).

PB başlangıcı, 15–25 ve 45–54 yaşları arasında olmak üzere iki kez pik yapma eğiliminde olup, hastalığın belirti şiddeti ve klinik seyri değişmektedir. PB; nadiren ergenlerde ve çocuklarda da görülebilmektedir (31).

PB hastaları klinik belirtilerinin fiziksel bir hastalığa ait olduğunu düşünerek başka kliniklere de başvurmakta olup vestibüler bozukluk nedeniyle sağlık merkezlerine başvuranların %15'inin, kardiyoloji polikliniğine başvuranların %16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35'inin PB hastası olduğu bildirilmiştir (20).

2.1.4. Etiyoloji

PB'nu ortaya çıkaran sebepler oldukça karmaşık olup, çoğu olguda birden fazla etken sorumlu tutulmuştur (30). Bu etkenler iki ana başlık altında biyolojik ve psikolojik etkenler olarak incelenmektedir.

a. Biyolojik etkenler

Ansiyete bozuklukları, nörofizyolojik ve biyokimyasal çalışmalarda ilgi çeken bir konu haline gelmiştir. Ansiyete, beyin normal fonksiyonlarının patolojik şekilde işleminin bir sonucu olup anksiyete bozukluğu olan ve anksiyete bozukluğu olmayan kişilerin beyin fonksiyonlarının karşılaştırılması sonucunda elde edilen objektif veriler doğrultusunda hastalığın oluşumunda etkili olan bir takım nörobiyolojik teoriler geliştirilmiştir (32).

-Genetik Etkenler: Panik bozukluk ile ilgili yapılan aile çalışmaları, panik bozukluğun kimi ailelerde daha fazla olduğunu göstermektedir ki, bu da hastalığın etiolojisinde genetik etyolojiyi düşündürmektedir(33). PB hastalarının, birinci

derece akrabalarının yaşam boyu panik bozukluğu olma riski %7-20 olarak bulunmuştur. (34).

Yapılan başka bir çalışmada ise PB hastalarının birinci derece akrabalarında panik bozukluğun görülme oranı %10.7 ile %20.5 arasında değişebilirken, monozigot ikizlerde eş hastalanma oranının %40'larda olduğu bulunmuştur (35). İkiz çalışmalarından elde edilen bulguya göre monozigot ikizlerin eş hastalanma yüzdesi %24-73 olup, dizigot ikizlerin %0-17 olan eş hastalanma oranlarının genellikle 2-3 katıdır (36). Genetik çalışmalarda, özellikle bazı kromozom lokusları üzerinde durulmakta olup, panik bozuklukta çalışılmış bazı kromozomlar; 1, 2q, 3, 7, 9, 10q, 11p, 12q13, 15q ve 22' dir (37, 38).

- **Nöroanatomi:** PB'nun biyolojik kökenini anlamaya yönelik olarak yapılan çalışmalarınöroanatomik açıdan Locus seruleus, noradrenerjik nöronları ve ortaraphe çekirdeğinin serotonerjik nöronlarını içeren beyin sapı, beklenti anksiyetesiüzerinde yüksek olasılıkla rolü olduğu düşünülen limbik sistem ve olasılıkla fobik kaçınmanın ortaya çıkmasından sorumlu olan prefrontal korteks üzerine odaklanmıştır (39). Panik bozukluğununnöroanatomik hipotezine göre; şartlı korku uyarısı sonucu ortaya çıkan psikolojik ve davranışsal sonuçlarla, panik atağı klinik belirtileri arasında azımsanmayacak derece benzerlikler vardır. Hayvanlarda şartlı korku uyarısının psikolojik ve davranışsal yansımaları beynin merkezinde bulunan amigdaladaki "Korku Ağı" vasıtasıyla oluşmaktadır. Bu ağ amigdalanın hipokampus ve medial prefrontal korteksle etkileşimi içermekte olup amigdalanın hipotalamus ve beyin sapına kadar olan projeksiyonları şartlı korku yanıtlarının gözlemlenebilen pek çoksonucunu açıklamaktadır. Buna benzer bir ağın panik bozukluğundada söz konusu olduğu düşünülmektedir (40). Hayvan deneylerinde duruma bağlı korku reaksiyonunun amigdaladaki santralnükleusun görevi olduğu gösterilmiştir. Davis tarafından korku reaksiyonu ile ortaya çıkan akut anksiyetenin fizyolojik ve davranışsal semptomlarının, amigdalanın santral nükleusundan çıkan afferent uyarıların otonom sinir sistemimerkezlerini uyarması sonucu ortaya çıktığı bulunmuştur (41).

-Nörokimya: Panik bozukluğunda asıl öneme sahip nörotransmitterler norepinefrin, serotonin ve γ -amino butirik asit(GABA) olup beyin bölgelerinden de en fazla noradrenerjik nöron içeren beyin bölgesi olma özelliği taşıyan lokus ceruleusun uyarılmasının anksiyeteye yol açtığı hayvan deneyleri ile gösterilmiştir. Öyleki bu bölgenin çıkarılması olası korku yanıtının oluşması beklenen durumlarda beklenen korku yanıtının düşük olmasına yol açmıştır (42). Presinaptik alfa-2 otoresptörlerini antagonize etmek suretiyle locus ceruleusu uyaran yohimbin, paniğe benzer şekilde anksiyete belirtileri ortaya çıkarıp, panik bozukluğu olan hastalarda sağlıklı bireylere kıyasla kan basıncı ve plazma norepinefrin metaboliti olan MHPG (Metoksi hidroksi fenil glikol) seviyesini yükseltmektedir. Aynı reseptörün agonisti olan klonidinin tam tersi etki ile anksiyeteyi bastırıcı etki yapması noradrenerjik sistemin olaya katıldığına kanıtı olarak görülmektedir (41, 43). Serotonin, korku ve savunma yanıtlarının düzenlenmesinde önemli bir nörotransmitter olup; serotonin geri alım inhibisyonu yapan antidepresan ilaçların, panik nöbetlerini tedavi ettiğinin gözlenmesinden sonra, merkezi serotonerjik sistemin işlevindeki bozulmanın panik nöbetlerin ortaya çıkışıyla ilgili olabileceği düşünülmeye başlanmıştır (44). Serotonin hem agonisti hem de antagonisti olarak karışık etki gösteren M Chloro- Phenil- Piperazine (m-CPP) panik bozukluğu olan hastalarda anksiyete semptomları ortaya çıkarabilmektedir (43). Diğer taraftan araştırmacılar, PB' nun psikopatolojisinde, aşırı duyarlı serotonin reseptörlerinin olası rolü üzerinde de durmaktadır (44).

GABA reseptörleri korku ağında tanımlanan yapılarda yaygın olarak bulunmakta olup, GABA agonistleri anksiyeteyi azaltırken, antagonistleri anksiyete oluşturucu etkiye sahiptir (39, 45).

Yüksek potensli benzodiazepinler olan alprazolam ve klonezapamın panik bozukluğunu tedavi edici özelliğinin olmasının yanında, PB hastalarının oksipital korteksindeki GABA yoğunluklarının, sağlıklı kontrollere göre %22 daha düşük olması GABA-erjik sistemin işe karıştığına kanıtı olarak görülmektedir (46, 39, 45).

b. Psikolojik etkenler

-Bilişsel Davranışçı Kuram: Bilişsel kuram, Goldstein ve Chambless' in 1978 yılında geliştirdiği "korkudan korkmak" hipotezine dayanmaktadır. Agorafobi üzerinden geliştirilen bu kuram, herhangi bir yerde panik atak geçirilmesi sonrası,

aynı yerlerde bulunulduğunda yeniden atak geçirileceğine dair koşullanmış bir korku geliştiğini iddia etmektedir (47). Clark ise 1986 yılında ortaya attığı bilişsel kuramında olağan kabul edilebilecek kaygıların yanlış yorumlanarak felaketleştirilmesi sonucu panik atakların oluştuğunu idda etmiştir. Kaygıya neden olan duyular tehdit edici olarak yorumlandığı gibi durumla ilgili olumsuz beklentilerinde olduğundan bahsetmiştir. Şöyle ki, olağan bir kaygı sırasında yaşanan bir çarpıntı, yaşanacak bir kalp krizinin habercisi gibi yorumlanabilmekte, böylecemevcut kaygının şiddeti artmaktadır, bu da artan bedensel tepkilere yol açmaktadır. Kaygı ve bedensel tepkilerin artması bu yanlış yorumlamaların (ör; kalp krizi geçiriyorum) bir kanıtı olarak görülmekte ve düşünce yapısı bir döngü halinde devam etmektedir (48). Kaygı dışında kan şekeri düşüklüğü, yorgunluk gibi farklı bedensel duyular da yanlış yorumlanarak aynı bedensel tepkileri getirebilmekte ve kişi yine bu bedensel tepkileri tehdit ve tehlike olarak yorumladığında panik atak yaşayabilmektedir (48,13). Kısacası, Clark'ın 1986 yılında ortaya attığı bilişsel kuramı şekil-1'de de özetlendiği gibi panik atakların oluşmasını bir döngü olarak açıklamaktadır. Bu döngüye göre; içsel (bedensel duyular) ya da dışsal (daha önce çevreden algılanan bir tehdit) bir tetikleyiciye bağlı olarak ortaya çıkan bedensel tepkiler bir tehdit algısı yaratırsa bir kaygı durumu ortaya çıkmaktadır. Bu kaygıyı bir takım bedensel ve bilişsel belirtiler tetiklemekte ve bu belirtilerin yanlış yorumlanması, var olan kaygıyı daha da arttırmaktadır. Bu model “kısır döngü modeli” olarak da isimlendirilmektedir (48).



Şekil 1: Panik atakların bilişsel modeli (48)

Panik atakların yorumlanmasında bilişlerin önemini vurgulamak için 1986 yılında yapılan bir çalışmada panik bozukluk ve sosyal fobi yaşayan kişilere belirlenen düzeyde karbondioksit ve oksijen verilerek yaşayacakları bedensel belirtileri incelemek üzere iki gruba ayrılmış, gruplardan birine hissedebilecekleri duyularla ilgili açıklama yapılırken diğer gruba böyle bir açıklama yapılmamıştır. Sonuçta açıklama yapılmayan gruptaki kişiler yaşadıkları belirtileri daha fazla felaketleştirerek yorumlamış ve diğer gruba nazaran anlamlı derecede daha fazla panik atak geçirmişlerdir (49).

-Psikodinamik Kuram: Panik bozukluğunda kullanılan temel savunma düzenekleri bastırma, yer değiştirme, karşıt tepki oluşturma ve bedenselleştirme savunma düzenekleridir. Kimi zaman bastırma savunma düzeneğinin yetersiz kalması ile

bilinç dışı çatışmaların bilinç düzeyine çıkmak için benliği zorlaması sonucu ortaya çıkan çatışmanın doğurduğu anksiyete diğer bir takım düzenekleri devreye sokmaktadır (50).

Panik bozukluğunun psikodinamik modeli, panik bozukluğu hastalarında gözlemlenen, olağandışı durumlar karşısında ‘aşırı koruyucu ve kollayıcı ebeveyn davranışları ile güçlenen’ ve ‘çözülmemiş bağımlılık-bağımsızlık çatışmalarına yol açan’ doğuştan gelen bir korku yanıtının olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu şekilde korku, anksiyete ortaya çıkaran durum karşısında savunma düzenekleri yetersiz kaldığında, oluşan olumsuz duygulanımdan köken alan fiziksel duyumlar panik atakları uyaramaktadır (51).

PB hastaları, öfke içeren duygu ve düşüncelerini kontrol etmek ve düzenlemekte problem yaşamakta, panik ataklarının bu çatışmalı zeminde meydana gelmesinin ötesinde, kendiliklerine dair yoğun bir anksiyete yaşamaktadırlar. Hastaların ölüm ya da delirme korkuları bu duruma işaret etmektedir. Psikanalitik yönelimli bazı yazarlar, panik atakların kişinin kendisini cezalandırıcı niteliğinden bahsetmiş ve bilinçdışı olarak kişinin öfkesinin bu şekilde ifade edildiğini iddia etmiştir (52).

2.1.5. Klinik Özellikler

a. Cinsiyet dağılımı

PB, kadınlarda erkeklere oranla daha yaygındır (53). Kadın erkek oranı yaklaşık 2/1 olup cinsiyetler arasındaki bu fark ileri yaşta daha belirgin olmaktadır (54).

b. Başlangıç yaşı

PB, genellikle ergenlik ile otuzlu yaşlar arasında başlamakla birlikte hemen her yaşta başlayabilmektedir (55). Başlangıç yaşı 15-25 ve 45-54 yaşlarında pik dağılım göstermekte, sonra yaşla birlikte giderek azalmaktadır (56).

c. Klinik seyir

PB, belirtilerde azalmalar ve artmalarla giden genellikle kronik seyirli bir bozukluktur. Bozukluk önce panik ataklarıyla kendini göstermekte, ilerleyen dönemlerde ataklara beklenti anksiyetesi ve fobik kaçınma davranışları eklenmektedir. Hastaların en az bir yıl süresince izlendiği, 16 çalışma gözden geçirildiğinde, panik ataklarında remisyon oranı %30-80, fobik kaçınmadaki remisyon oranı %18-64 olarak saptanmıştır (55). 423 panik hastasının 2-6 yıl süreyle izlendiği bir çalışmada, hastaların ancak % 31'inin panik atakların olmadığı bir yaşam sürdürdükleri ve yaklaşık % 61'inin ılımlı ve yineleyici belirtiler gösterdiği saptanmıştır (57). Hastalığın seyirinde çoğu hastada tam panik ataklarının sıklığı azalmakta ya da tamamen kaybolmaktadır ancak kalıntı belirtiler uzun süre devam etme eğilimi göstermektedir. Bu kalıntı belirtiler düşük şiddette, fakat ısrarlı ve yetiyitimi yaratacak vasıftadır. PB'na, agorafobi eşlik ediyor ise daha olumsuz bir klinik seyir görülmektedir. Sekiz yıllık izlemde tam remisyon oranları agorafobisiz panik bozukluğunda % 70'leri geçerken, agorafobinin eşlik ettiği hastalarda remisyon oranları % 35-40 düzeyinde kalmaktadır (58).

Hastalığın gidişi cinsiyet farklılığı göstermektedir. Hastalığın henüz başlangıcında kadın panik hastalarında gözlemlenen "daha fazla belirti sayısı, daha yüksek agorafobi ve eşanı oranları", kadınlarda daha fazla yetiyitimine yol açarak prognozun erkeklere kıyasla daha olumsuz olmasına neden olmaktadır (59).

d. Semptomatoloji

PB'nun, panik atakları, agorafobi, beklenti anksiyetesi olmak üzere üç temel klinik özelliği vardır (60).

1) Panik atakları:

Panik atağı, ani, nedensiz ve şiddetli bir anksiyete halidir. Diğer başlıca özellikleri; yaşanan huzursuzluk ve anksiyeteye nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi kuvvetli bedensel duyuların eşlik etmesi, ek olarak plan yapma,

düşünme, dışavurma gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdaki kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulmasıdır. Klinik görünümü oldukça heterojendir; çarpıntı, terleme gibi otonom sinir belirtileri, nefes darlığı, göğüste sıkışma gibi solunum sistemi belirtileri ya da depersonalizasyon, baş dönmesi gibi MSS kaynaklı belirtiler olabilir. Anksiyeteyi kompanse etmek için ortaya çıkan hiperventilasyona sekonder olarak baş dönmesi, uyuşma, karıncalanma gibi birtakım bedensel belirtilere yol açabilir. Hiperventilasyon ile kanda CO₂ düzeyleri azalır ve sersemlik hissi, baş dönmesi başta olmak üzere, bedenin farklı bölgelerinde uyuşma, karıncalanma ile ellerde ve ayaklarda kasılmalar gibi ek belirtiler ortaya çıkabilir.

Panik atak, hastalar tarafından kendisinin kalp krizi geçirdiği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü yitireceği ya da delireceği, çoğu kez de öleceği şeklinde yorumlanır. Hastalığın bilişsel belirti örüntüsünü oluşturan bu yorumlar ve korkular hastalarda öznel bir huzursuzluk hali yaratmakta ya da var olan anksiyeteyi artırmaktadır. Panik atağı tanısı koyabilmek için atak sırasında, toplam 13 bedensel ya da bilişsel belirtiden en az dördünün korku duygusuna eşlik etmesi gereklidir (24).

Panik atağı hızla ortaya çıkar, başladıktan sonra 2-10 dakika içinde pik seviyeye ulaşır ve genellikle 10-30 dakika sürer, nadiren saatlerce devam edebilir. Hastalar panik atak sırasında yapmakta oldukları aktiviteyi sürdürmekte zorlanır, bir an önce içinde buldukları ortamlardan kaçıp kurtulmak isterler. Tanı ölçütleri içerisinde yer alan çarpıntı ve baş dönmesi gibi belirtiler hastalar tarafından en fazla bildirilen belirtilerdir. Ancak tanı ölçütleri içerisinde yer almayan çaresizlik hissi ve kaçma-uzaklaşma isteği gibi belirtiler de hastalar tarafından sıklıkla bildirilmektedir (61).

Hastalar panik atakları sırasında bu belirtiler dışında ağız kuruluğu, idrar yapma isteği, karında gaz hissi ya da basınç, geğirme, barsaklarda hareketlilik, irritabilite, düşünememe, düşüncelerin yavaşlaması, başta ve ensede duyumlar gibi belirtiler yaşadıklarını belirtmektedirler.

Panik atakların sıklığı ve şiddeti oldukça değişken olup her durum ve koşulda, hatta uykuda bile ortaya çıkabilir. Panik atağı, hızla tıbbi yardım ihtiyacı oluşturmakta olup hastalar öncelikle acil servislere, daha sonra da sıklıkla kardiyolog ve nörologlara başvururlar. Hastanelere başvurulardaki temel şikâyet

genelde o kişiler için en korkutucu semptomlar olan çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi vb. bedensel belirtilerdir (62).

Panik atakları, ortaya çıkış şekillerine ve klinikte verdikleri belirtilerine göre çeşitli sınıflara ayrılmıştır;

Durumsal Panik Atakları: DSM –4’ de durumsal yatkınlık gösteren, durumsal olan ve beklenmedik panik ataklar şeklinde üç gruba ayrılmışken, DSM-5 ile terminoloji "beklendik" veya "beklenmedik" olarak ikiye ayrılmıştır. Hastalığın seyrinde bazı koşullanmalara bağlı olarak panik atakları durumsal yatkınlık gösteren ya da durumsal olabilir. Durumsal panik atakları her zaman belirli bir tetikleyici durum ortaya çıktığında ya da ortaya çıkma olasılığı olduğunda yaşanan, atakların nerede ve nasıl olacağı önceden kestirilebilen panik ataklarıdır (24,63). Durumsal panik atakları fenomenolojik açıdan beklenmedik ataklarla benzer olsa da, hastalar tarafından beklenmedik ataklardan daha şiddetli oldukları ifade edilmektedir (64).

Sınırlı Belirtili Panik Atakları: Dörtten az panik atağı belirtisi olan panik atakları sınırlı belirtili panik ataklar olarak tanımlanmakta olup hastalar panik atağı geçirecekmiş gibi hissettiklerini ancak belirtilerin çok kısa sürdüğünü ifade ederler (24).

Gece Gelen Panik Atakları: Gece gelen (nocturnal) panik atakları, tetikleyici bir sebep olmadan, aniden, büyük bir korkuyla uykudan uyanma ve otonomik uyarılma halidir, çalışmalarda panik bozukluğu hastalarının % 40-70’ inde en az bir kez, % 18-45’ inde ise düzenli olarak görüldüğü bildirilmiştir. Gece gelen ataklar, uykunun non-REM evre II sonu ve evre III başlangıcında ortaya çıkmakta olup, çalışmalarda atakların; evre IV’de oluşan gece terörleri ve REM’de oluşan kâbuslarla ilişkileri olmadığı gösterilmiştir (65, 66). Ortalama 25 dk kadar süren bu ataklar, uykuya daldıktan sonraki 1-4 saat içinde ortaya çıkar ve gündüz ortaya çıkan panik ataklara göre daha fazla sayıda belirti içerir ve daha şiddetlidir (64).

Klinik Olmayan Panik Ataklar: Panik atağı yaşıyan ancak herhangi bir emosyonel bozukluk (Panik bozukluk, agorafobi vb.) kriterine uymayan kişilerdeki panik atakları tanımlamak için kullanılmıştır. Bu kişilerde yeni atak oluşma endişesi çok az veya hiç yoktur (66).

Korkusuz (Non–Fearful) Panik Atağı: DSM-4 ve DSM-5, olası 13 panik belirtiyi listelemekte iken bunlardan 10 tanesi somatik (Örneğin kalp atışı, terleme), ancak üçü bilişsel korkulardır; ölüm korkusu, kontrolü kaybetme korkusu ve çıldırma korkusu. Korkusuz panik atağı, bilişsel belirtiler (ölüm korkusu, kontrolünü kaybetme korkusu ve çıldırma korkusu) ve spesifik korku olmaksızın özellikle göğüs ağrısı ile kardiyolojiye başvuran hastalarda tanımlanmış ve panik bozukluğunun tıbbi hastalardaki bir değişkeni olarak değerlendirilmiştir (67).

2) Beklenti anksiyetesi

Hastalarda ilk ataktan sonra veya atakların sıklaşması ile beraber benzer atağın tekrar olacağına dair bir korku gelişmekte ve dikkatin arttığı, kaygılı beklenti ve huzursuzluğun eşlik ettiği bir anksiyete durumu ortaya çıkmaktadır ki; yeni bir panik atağı geçirme beklentisi ve korkusu olarak tariflenen bu duruma beklenti anksiyetesi denir. Beklenti anksiyetesinin üç ögesi vardır;

- Bir panik atağı geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşları

-Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak inancı ve beklentisi;

-Süregiden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkma(1).

Beklenti anksiyetesi olan hastalar, olası bir panik atağı zamanını kestirebilmek için tüm çevresel ve bedensel ipuçlarına dikkatlerini yoğunlaştırdıklarından sürekli olarak belirgin bir uyarılmışlık ve tetikte olma halindedirler. Bedenlerine, beden duyumlarına ilgileri artmıştır. Kişinin kafası sürekli "solunumu ne zaman hızlanmaya başlamaktadır?, Kalp atımını neler arttırmaktadır?, Efor yapsa ne olabilir?, Hangi ortamlarda bedensel belirtiler ortaya çıkmaktadır?, Şu an bulunduğu yere en yakınsağlık kuruluşu nerededir ve oraya nasıl hızlı bir şekilde ulaşabilir?" gibi ek

anksiyete kaynağı olan düşüncelerle doludur(1). Bunlara bağlı olarak da beklenti anksiyetesi; durumsal panik ataklarına, agorafobik kaçınma davranışlarına ve sağlık anksiyetesine zemin hazırlamaktadır.

3) Agorafobi

Spontan panik ataklarının yarattığı tehdit ve tehlike algısı, bir dizi aktif kaçınma eylemine yol açar ve kişiler anksiyete ya da huzursuzluk yaratabilecek durumlar, yerler ya da olaylardan uzak durma eğilimi gösterir. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlidir ve kaçınılan durumlarda ya da ortamlarda bulunma zorunluluğu veya maruz kalma panik atakları tetikleyebilir (1). Fobik kaçınma ve güvenlik arama davranışlarının anksiyeteyi geçici olarak yatıştırmasına karşın, hastalığı sürdürmeye yarayan işlevi nedeniyle, bu davranışların kendisi de yeni belirtiler üretebilmektedir. Lesch ve ark 2003 yılında yaptığı çalışmaya göre agorafobik kaçınmaların gelişimini, belirli bir durumda panik atağın olacağı beklentisinin olması, hastalık şiddeti ya da süresine göre daha etkili yordayıcıdır (68). 2006' da Kessler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre PB'nun şiddeti, yeti yitimi ve eş tanı oranları, agorafobinin varlığında önemli ölçüde artmaktadır (69).

DSM-IV'e göre agorafobi PB'na bağlı gelişmekte olup "Panik atağı olduğunda yardım almanın ya da kaçıp kurtulmanın kolay olmayacağı durum/ortamlardan korku" olarak tanımlanmıştır. Hastalar böyle durumlardan kaçınırlar ya da ancak kendilerine eşlik eden biri olduğunda bu durumlara girebilirler veya bu durumlarda belirgin bir gerginlik hali yaşarlar.

Tablo 1: DSM-IV-TR Agorafobi için tanı ölçütleri

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel bir takım durumlar vardır ki, bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.
B. Bu durumlardan kaçınılır (örn: geziler kısıtlanır) ya da panik atağı ya da panik benzeri belirtiler olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.
C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), obsesif kompulsif bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-V’te ise agorafobi PB öyküsü olmaksızın da kendi başına kodlanabilen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (Tablo 1). Ölçütün bilişsel içerikli bölümü ‘B’ ölçütüne alınmış, ölçüt sayısı artırılmış ve ayırt edici tanı ile ilgili kısma yeni oluşturulan ‘İ’ ölçütünün içinde yer verilmiştir (65). DSM-V’teki bir diğer değişiklik ise A ölçütüne "Belirgin" sözcüğü eklenmiş, "Korku ya da anksiyete" deyimini tüm anksiyete bozuklukları gibi bu bölümde de sıkça kullanılmış ve korku ya da anksiyetenin durumsal olduğunun altı çizilmiştir (25).

Tablo 2: Agorafobi için DSM-V tanı ölçütleri

<p>A.Aşağıdaki durumlardan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.</p> <p>1.Toplu taşıma araçlarını kullanma(ör. Otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).</p> <p>2.Açık yerlerde bulunma (ör. Otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler)</p> <p>3.Kapalı yerlerde bulunma (ör. Mağazalar, tiyatrolar, sinemalar) 4.Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.</p> <p>5.Tek başına evin dışında olma</p>
<p>B.Kişi kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (ör. Yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.</p>
<p>C.Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.</p>
<p>D.Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.</p>
<p>E.Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.</p>
<p>F.Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.</p>
<p>G.Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.</p>
<p>H.Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (ör. inflamatuvar bağırsak hastalığı, Parkinson hastalığı), korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.</p>
<p>İ.Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal bir tür ile sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (Obsesif-kompulsif bozuklukta olduğu gibi),dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi), travmatik olayları anımsatıcılarla (Travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi ilişkili değildir.</p>
<p>•Not: Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü, hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa her iki tanı birlikte konur.</p>

2.1.6. Tanı

PB, spesifik bir ruhsal/fizik muayene ya da laboratuvar bulgusu olmayan bir ruhsal bozukluk olup; DSM-IV'e göre, panik bozukluğu tanısı için mutlaka bir "Beklenmedik Panik Atağının" var olması gereklidir. Fakat atakların varlığı tek başına tanı koydurucu değildir. Tabloya beklenti anksiyetesi ya da ataklara ikincil davranış değişikliklerinin eşlik etmesi gerekir. Agorafobinin eklenmiş olup olmamasına bağlı olarak agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu şeklinde adlandırılır.

Tablo 3: DSM-IV-TR Panik Bozukluk için tanı ölçütleri

A. Aşağıdakilerden hem (1) hem de (2) vardır. (1) Yineleyen, beklenmedik panik atakları (2) Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden en az biri (ya da daha fazlası) izler. i. Başka atakların da olacağına dair sürekli bir kaygı ii. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örneğin, kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak endişe duyma iii. Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
B. Agorafobinin olması ya da olmaması
C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin, hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
D. Panik atakları, sosyal fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), özgül fobi (örneğin, özgül bir fobik durumla karşılaşma), obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), travma sonrası stres bozukluğu (örneğin, ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örneğin, evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-V'te ise agorafobi panik bozukluğu öyküsü olmaksızın da kendi başına kodlanabilen bir bozukluk olarak tanımlandığı için DSM-IV'teki B maddesi değiştirilmiştir (Tablo 2) (12).

Tablo 4: Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

<p>A.Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur:</p> <p>Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.2. Terleme3. Titreme ya da sarsılma4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu5. Soluğun tıkanıp durduğu durumu6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.7. Bulantı ya da karın ağrısı.8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).11. Gerçekdışılık (dereelizasyon) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)12. Denetimi yitirme ya da “çıldırma” korkusu.13. Ölüm korkusu <p>•Not: Kültüre özgü belirtiler (ör. Kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler gereken 4 belirtiden biri olarak sayılmamaktadır</p>
<p>B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (ör. Denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.2. Ataklarla ilgili olarak uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (ör. Spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme
<p>C. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir sağlık durumunun (ör. hipertroidi, kalp – akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanmaz.</p>
<p>D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (ör. panik atakları, sosyal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlara tepki olarak; travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır.)</p>

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Panik bozukluğu, ruhsal ya da bedensel hastalıklarla birlikte görülebilen ve ayırıcı tanı yönünden de birçok hastalıkla karışabilen ruhsal bir hastalıktır. Eşlik eden hastalıkların tanınması, tedavi edilmesi ve ayırıcı tanı yapılması psikiyatri hekimleri kadar diğer hekimler için de oldukça önemlidir (70).

Ayrıca panik atakların herhangi bir madde-ilaç etkisine ya da başka bir anksiyete bozukluğunda görülen durumlara bağlı olarak gelişmemiş olması PB için bir tanı ölçütü olduğundan panik atağı ile başvuran hastalarda hekim öncelikle anksiyeteye neden olabilecek bir tıbbi durum olup olmadığını araştırmalıdır. Ayrıca birçok farmakolojik ajanın bir yan etkisi olarak ya da kan düzeylerinin toksik sınıra ulaşması nedeniyle anksiyete meydana gelebileceğinden hastanın kullandığı tüm ilaçlar sorgulanmalıdır. Bu tür durumların anksiyeteye yol açtıkları saptanırsa tanı panik bozukluğu değil, genel tıbbi durum ya da maddeye bağlı anksiyete bozukluğu olarak adlandırılacaktır.

Klinisyenin, panik bozukluğuna benzer klinik tablo oluşturan herhangi bir tıbbi durumu dışlaması oldukça önemlidir. Bu nedenle her klinisyenin ayrıntılı hastalık anamnezi alması ve dikkatli fizik muayene yapması, klinisyenin, fiziksel hastalığı atlamasını önler. Bu tür hastalarda, temel olarak tam kan sayımı, elektrolit düzeyleri, açlık kan şekeri, üre, kreatinin ve kalsiyum düzeyleri ölçümü, karaciğer ve tiroid fonksiyon (serbest T3 ve T4, TSH düzeyleri) testleri, idrar ve elektrokardiyografi incelemeleri yapılarak tiroid hastalıkları, hipoparatiroidi, hipoglisemi ve bazı kardiyak hastalıklar ekarte edilebilir. Klinik tablo, organik etyolojiyi düşündürüyor ise daha ileri tetkikler de yapılabilir (71). Tablo 5’de PB ile karışabilecek organik durumlar belirtilmiştir (70).

Tablo 5: PB'nun ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken organik durumlar

- Vestibüler işlev bozukluklar	- İlaç madde bağımlılığı ve kesilmesi	- Menopoz
- Endokrin hastalıklar	- Hipertiroidi	- Stereoid tedavisi
- Parsiyel kompleks nöbet	- Transient iskemik atak	- Feokromasitoma
- Cushing sendromu	- Kardiyak hastalıklar	- Anemi
- Anjina pectoris	- Paroksizmal supraventriküler taşikardi	- Kafeinizm
- Mitral valv prolapsusu	- Solunum sistemi hastalıkları	- Hipoglisemi
- Bronşial astım	- Pulmoner emboli	- Deliryum
- Nörolojik bozukluklar	- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	

Eğer panik atakları sadece durumsal ise, yani beklenmedik panik atakları yoksa atağın oluştuğu koşullara göre diğer anksiyete bozuklukları düşünülerek hekim tarafından korku odağının ne olduğu anlaşılmaya çalışılmalıdır. Örneğin panik atakları toplumsal ortamlarda ortaya çıkıyorsa sosyal fobi; bir nesne ya da durumla karşılaşıldığında ortaya çıkıyorsa özgül fobi; kirlenme ya da mikrop kapma olasılığı gibi bir obsesyon nesnesi ile karşılaşıldığında ortaya çıkıyorsa obsesif kompulsif bozukluk; bir stres ya da travmayı çağrıştıran uyaranlar ile ortaya çıkıyorsa travma sonrası stres bozukluğu akla gelmelidir. Ayırıcı tanı konusundaki asıl zorluk bazı durumsal panik atağı yaşayanlarda görülen fobik kaçınmaların agorafobi mi, durum fobisi mi olduğu ayırt etmekte yaşanmaktadır. Asansör, kapalı yer, taşıt korkusu gibi bazı durumlar agorafobi hastalarında görülebileceği gibi, özgül fobinin durumsal tipinde de görülmektedir, ancak özgül fobi de hasta belli nesne ya da durum ile yüzleşme korkusu yani durumsal kaçınma tarif eder ve genellikle yalnızca korku yaratıcı durumun kendisi ile ilgilenmektedirler. Sosyal fobinin odağında ise kişinin toplumsal izlenmeye maruz kalacağı durumlardan duyulan korku vardır ve bu durumlarda utanacağı, rezil olacağı gibi inançlar taşır. Başkaları bakarken sesi titreyecek diye konuşmamak, konuşurken kızarmaktan korkmak ya da aptalca şeyler söylemek, gülünç duruma düşmek gibi korkuları vardır ve bu sosyal durumlardan belirgin bir kaçınma davranışı gösterirler. Sosyal fobide oluşan panik ataklarının hemen tamamı durumsaldır ve hastalar kaçınılan sosyal ortamlar dışında panik atağı yaşamazlar. Panik hastaları ise yalnız kalmaktan huzursuz olurlar. Son olarak, gece gelen panik atakları sadece panik bozukluğuna özgü olup bu tür gece gelen atakların sorgulanması ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (72).

2.1.8. Komorbid Durumlar

PB hastalarında, diğer ruhsal bozukluklarla birliktelik çok sık görülmekte olup birinci basamakta saptanan ve ele alınan panik hastalarının %70'inin psikiyatrik bir eş tanısı olduğu bildirilmiştir (73).

PB olan kişilerde, DSM-IV'e göre %50-65 oranında major depresif bozukluk, %15-30'unda sosyal fobi, %8-10'unda obsesif kompulsif bozukluk, %10-20'sinde özgül fobi ve %25'inde yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmektedir (1).

PB ile en sık birliktelik gösteren ruhsal bozukluk, major depresif bozukluk olup birliktelikleri durumunda; ruhsal belirtilerin şiddeti daha fazla olmakta, belirtiler daha uzun sürmekte, rol işlevleri daha fazla bozulmakta, hastaların yardım arama davranışları artmakta, bu durumların tedavisi güçleşmekte ve belki de en önemlisi intihar oranları artmaktadır (74).

PB' da sosyal fobi %15-20 oranında görülebilmekte ve agorafobinin varlığı ile korelasyon göstermektedir. Sosyal fobi birlikteliği hastalığın seyrini olumsuz etkilediği gibi depresyon gelişimine yatkınlığı arttırmaktadır. PB ve sosyal fobi birlikteliğinde sosyal fobi daha erken başlamakta, bu hastalarda kişiyi tedavi arayışına yönelten etken panik belirtileri olmaktadır (75, 76).

PB olan hastaların %6-60'ında obsesif-kompulsif belirtilerin de bulunduğu, yaklaşık %20' sinin ise OKB eş tanısına sahip oldukları bildirilmektedir (77). Bazı çalışmalarda OKB tanısı alan hastaların %39-60' ının en az bir defa panik atak geçirdiği ve hastaların %14-15'inin ise yaşam boyu PB tanısı aldığı gözlenmiştir (78, 79). Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği hastalarda hastalık daha erken yaşlarda başlamakta, farmakoterapi dâhil tüm tedavilere cevap daha az olmakta ve depresyon riski artmaktadır (76, 80, 81). Obsesif kompulsif sendrom, panik bozukluğun şiddetli bir atağı sırasında ortaya çıktığı zaman bu sendromun panik bozukluğun bir komponenti mi, yoksa OKB' nin bir tipi mi olduğu konusu tartışmalıdır (82).

Somatizasyon bozukluğu eş tanısı, panik bozukluğu olan kadınlarda %23, erkeklerde %5 olup, cinsiyet farklılığının en büyük olduğu grubu oluşturmaktadır (83).

PB' da tüm madde kullanım bozuklukları oranı %32 olarak bildirilmiştir, ancak tek başına alkol kullanım bozukluğu olarak bakıldığında bu oran %19-23 olarak görülmektedir (76). Kocabaşoğlu'nun 2002 yılında yaptığı çalışmada panik bozukluğu olan hastalarda ve birinci dereceden akrabalarında alkol bağımlılığı oranı fazladır. Örneğin, PB olan hastalarda alkol kötüye kullanımı %14-16, alkol bağımlılarında panik bozukluk oranı %2-17 olarak saptanmış olup, agorafobili panik bozuklukta ise alkol bağımlılığı oranı %1-21'dir (84). Daha önceden alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarda, PB'un başlangıç yaşı daha erken olup, eşlik eden depresif bozukluk ve intihar girişim oranları daha yüksektir (85, 86).

PB hastalarında intihar düşünceleri ve girişimleri, diğer önemli risk etmenlerinden olup bu hastalarda, intihar girişimlerinin genellikle, eşlik eden psikopatoloji, özellikle de majör depresif bozukluk ve alkol ya da madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (20).

PB, bazı kişilik yapılarında daha sık görülebilmekle beraber her kişilik yapısında gelişebilmektedir. Çoğunlukla görüldüğü kişilik bozuklukları bağımlı, çekingen, obsesif, kompulsif, pasif agresif kişilik bozukluklarını içeren C kümesi ve histrionik, borderline kişilik bozuklukları olarak bilinmekteyse de son zamanlarda kişilik özelliklerinin belirlenmesinde standart ölçeklerin kullanılmaya başlanması ile PB'nda en yaygın görülen kişilik bozukluklarının C kümesi kişilik bozuklukları olduğu görüşü değişmeye başlamıştır (87). Panik bozukluğu hastalarında kişilik bozukluğu düzeyinde olmasa da bağımlı, kaçınan ve histrionik kişilik özelliklerinin baskın olduğu saptanmıştır (6). Kişilik bozuklukları, hastaların tedavi işbirliğini ve hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte olup çekingen ve histrionik kişilik bozukluklarının eşlik ettiği grupta tedavi yanıtının en az olduğu ileri sürülmektedir (88). Ancak ilginç bir biçimde bazı çalışmalar, panik hastalarına uygulanan tedavilerin (ister medikal tedavi olsun ister bilişsel davranışçı terapi olsun) kişilik özelliklerini özellikle bağımlı kişilik özelliklerini belirgin düzeyde düzelttiğini göstermektedir (7, 8, 9).

3. YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışmaya Temmuz 2017 ile Eylül 2018 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran çalışmada yer alan anket ve ölçekleri yanıtlamayı ve psikiyatrik değerlendirme sonrası görüşme için zaman ayırmayı kabul eden, okuma yazması olan, zeka geriliği olmayan 50 hasta ile çalışmada yer alan anket ve ölçekleri yanıtlamayı ve psikiyatrik değerlendirme sonrası görüşme için zaman ayırmayı kabul eden, okuma yazması olan, zeka geriliği ve psikiyatrik hastalığı olmayan 50 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Hastalar ve kontrol grubu bir psikiyatri uzmanı ya da uzmanlık öğrencisi tarafından görüşmeye alınarak anket ve ölçekleri yanıtlamaları istenmiştir.

Panik bozukluk hastalarına klinik değerlendirme yapılarak eş tanılar belirlenmiş ve sonrasında sosyodemografik veri formu, "Beden Duyumları Ölçeği (BDÖ)", "Felaketleştirilen Bilişler Ölçeği (FBÖ)", "Kişilik İnanç Ölçeği (KIÖ)" ve "Panik Agorofobi Ölçeği (PAÖ)" ni yanıtlamaları istenmiştir.

Sağlıklı kontrol grubu ile psikiyatrik görüşme yapılarak psikiyatrik hastalık varlığı dışlandıktan sonra sosyodemografik veri formu, BDÖ, FBÖ, KIÖ ve PAÖ' ni yanıtlamaları istenmiştir.

Araştırmaya okuma yazma bilmeyen, zeka geriliği olan, ölçek ve formlara yanıt vermeyi ya da çalışmaya gönüllü katılmayı kabul etmeyen hastalar ile sağlıklı kontrol grubu için psikiyatrik hastalığı olanlar dahil edilmemiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form çalışmanın amacına uygun olarak, klinik ve literatür bilgi birikimleri dikkate alınarak tarafımızca geliştirilmiştir. Form, katılımcıların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eğitim düzeyi, hastalığın başlangıç

yaşı, hastalığın süresi, tedavi için başvurduğu yaş, tedavi süresi, kullandığı ilaçlar, ek psikiyatrik hastalık, fiziksel hastalık, alkol madde kullanımı, ailede panik bozukluk öyküsü, ailede ek psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığına dair bilgiler içermektedir. Ayrıca panik atağı olan hastalarda DSM-5' te olan (çarpıntı, nefes darlığı, boğulma hissi, baş dönmesi, sersemlik hissi, ölüm korkusu, göğüs ağrısı, göğüste sıkıntı hissi, parestezi, üşüme, ateş basması, depersonalizasyon /derealizasyon, bulantı/ karın ağrısı, titreme/ sarsılma, çıldırma /kontrolünü kaybetme korkusu, terleme) ve DSM-5'te olmayan (huzursuzluk, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, boğazda düğümlenme hissi, ümitsizlik/ çaresizlik, dikkatini toplayamama, zihin bulanıklığı) panik belirtilerinden, hangilerinin olup olmadığını sorgulamaya yönelik sorular bulunmakta olup, ölçeğin tamamı EK-1' de sunulmaktadır.

3.2.2. Panik Agorofobi Ölçeği

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) değerlendirmekte olan ölçeğin hasta ve gözlemci anketi mevcuttur. Hasta anketinde elde edilen puanlar kendi içinde; '0-8 remisyon, 9-18 hafif, 19-28 orta, 29-39 şiddetli, 40 ve üstü çok şiddetli' şeklinde sınıflandırılmaktadır. Ölçek, 1995' te Bandelow tarafından geliştirilmiştir (89). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2000 yılında Tural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (90).

3.2.3. Kişilik İnanç Ölçeği

Kişilik İnanç Ölçeği, 1991 yılında Beck ve arkadaşları tarafından DSM' de yer alan ve Eksen II kişilik bozuklukları olarak adlandırılan DSM-III'deki kişilik bozukluklarından Şizotipal ve Borderline kişilik bozukluğu hariç 9 kişilik bozukluğunun her biri ile ilgili işlevsel olmayan inanç ve tutumları değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin özgün formu 126 soru içermektedir ve her biri 14 soruluk 9 bölümden (çekingen, bağımlı, pasif agresif,

obsesif kompulsif, antisosyal, şizoid, narsistik, histriyonik, ve paranoid) oluşmaktadır. Bölümlerin her biri DSM'deki bir kişilik bozukluğuna karşılık gelmektedir. Kişiler her bir maddedeki ifadeyi okuduktan sonra o ifadeye ne kadar inandığını 0 (Hiç inanmıyorum) ile 4 (tamamıyla inanıyorum) arasında derecelendirilmiş bir şekilde işaretlerler. Türkçapar ve arkadaşları tarafından 2007 yılında ölçeğin orijinal halinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve 0,67 ile 0,90 arasında iç tutarlılık bulunmuştur (91).

Ölçeğin orijinal halini geliştiren araştırmacılar Butler, Beck ve Cohen 2007 yılında, aynı değerlendirme özelliğine sahip ve pratik bir ölçek oluşturmk amacıyla KIÖ' nin seçici özelliği yüksek olan maddelerini seçerek 65 maddelik KIÖ- SF (Kişilik İnanç Ölçeği- Kısa Formu)'i geliştirmişlerdir. Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Formu'nun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Taymur ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmış ve bu çalışmada toplam maddeler için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha=0.92, alt ölçeklerde ise 0.61 ile 0.85 arasında iç tutarlılık değerleri bulunmuştur (92). Kişilik bozukluğu olan kişilerin belirlenmesinde ve tedavisinde kullanılan bu ölçekte, katılımcılarher bir maddeyi okuduktan sonra, maddelerdeki ifadelere ne kadar inandığını (0) hiç inanmıyorum ile (4) tamamıyla inanıyorum arasında değerlendirir (93).

3.2.4. Beden Duyumları Ölçeği

1984 yılında Chambless ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan beden duyumları ölçeği (BDÖ), panik ve uyarılma ile alakalı beden duyumlarından olan korkunun değerlendirilmesini sağlayan 17 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinal formunun güvenirlik katsayısı Cronbach alfa değeri 0.87' dir (94). Beden duyumları ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik güvenirlik çalışması Kart ve Türkçapar tarafından 2014 yılında yapılmış ve güvenirlik katsayısı 0,921 olarak bulunmuştur (95).

3.2.5. Felaketleştiren Bilişler Ölçeği

1992 yılında Khawaja ve Oei tarafından felaketleştiren bilişlerin bilişsel teorilerdeki önemi dikkate alınarak, Beck'in bilişsel teorisini temel alan Felaketleştiren Bilişler Ölçeği (FBÖ) geliştirilmiştir ve Özgün ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach alfa değeri 0.86 ile 0.94 arasında bulunmuştur (96). FBÖ, kişideki olumsuz duyguları, fiziksel değişimleri ve düşünmedeki zorlanmaları ile alakalı tehlikeliliği ölçmek amacıyla seçilmiş 50 maddeden oluşmaktadır. Özgün ölçeğin faktör analizinde, toplam varyansın % 54'ünü açıklayan beş faktör (emosyonel felaketler, fiziksel felaketler, mental felaketler, sosyal felaketler ve bedensel felaketler) elde edilmiştir. 2, 7, 13, 19, 26, 31, 36, 41, 45. numaralı maddeler fiziksel felaketler, 1, 6, 11, 12, 17, 18, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 40, 44, 48, 50. numaralı maddeler emosyonel felaketler, 3, 8, 14, 21, 27, 32, 37, 42, 46, 47, 49. maddeler mental felaketler, 5, 10, 16, 23, 29, 34, 38, 43. maddeler bedensel felaketler ve 4, 9, 15, 22, 28, 33. maddeler sosyal felaketler arasında yer almaktadır(96).

FBÖ' nin Türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması 2015 yılında Kart, Önder ve Türkçapar tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da orijinal çalışmada olduğu gibi 5 temel faktör elde edilmiş olup bu beş faktör ile ölçek toplam varyansının %66,2'si açıklanmıştır (97).

3.3. İstatiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), sözel yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Sözel değişkenler bakımından grupların karşılaştırılması Ki-kare testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler bakımından üç ve daha fazla grubun

karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizikullanıldı. Kruskal-Wallis varyans analizinde alt grupların ikişerli karşılaştırılması Dunn testi ile yapıldı. İki sayısal değişken arasındaki doğrusal ilişki parametrik test varsayımları sağlandığında Pearson korelasyon analizi ile, sağlanmadığında ise Spearman korelasyon analizi ile incelendi ve tüm değerlendirmeler için $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya Temmuz 2017 - Eylül 2018 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuruda bulunan 50 Panik Bozukluk hastası ve 50 sağlıklı gönüllü alınmıştır.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Analizi

Araştırmaya katılan 50 PB hastasının 38'i (%76) kadın, 12'si (%24) erkekti. Kontrol grubunda bulunan 50 kişinin ise 40'ı (%80) kadın, 10'u (%24) erkekti.

PB hasta grubunun yaş ortalaması 37.58 ± 11.66 , kontrol grubunun yaş ortalaması 36.5 ± 13.27 idi.

Çalışmaya alınan hastaların medeni durum dağılımlarına bakıldığında 12 (%24) kişi dul-bekâr (1 kişi dul), 38 (%76) kişi evliydi. Kontrol grubundakilerin ise 16'sı (%32) bekâr, 34'ü (%68) evliydi.

Hastaların öğrenim durumları değerlendirildiğinde ilkokul mezunu hasta sayısı 16 (%32), ortaokul mezunu hasta sayısı 6 (% 12) ,lise mezunu hasta sayısı 15 (%30), üniversite mezunlarının sayısı 13 (%26) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun öğrenim durumu ise ilkokul mezunu sayısı 13 (%26), ortaokul mezunu hasta sayısı 4 (% 8) ,lise mezunu hasta sayısı 10 (%20), üniversite mezunlarının sayısı 23 (%46) şeklindedir.

Çalışmadaki hastaların çalışma durumlarının dağılımı incelendiğinde 22 (%44) kişinin halen işsiz veya ev hanımı, 18 (%36) kişinin çalışan, 4 (%8) kişinin emekli, 6 (%12) kişinin öğrenci olduğu görüldü. Çalışma durumlarının dağılımı açısından kontrol grubuna bakıldığında 14 (%28) kişinin halen işsiz veya ev hanımı, 23 (%46) kişinin çalışan, 4 (%8) kişinin emekli, 9 (%18) kişinin öğrenci olduğu görüldü.

Hastalarda fiziksel hastalık varlığı 12 (%24) kişide saptanırken, kontrollerde 8 (%16) kişide fiziksel hastalık olduğu görüldü.

Hasta grupta alkol kötüye kullanımı olan kişi sayısı 4(%8) olup kontroller grubunda alkol kötüye kullanımı yoktu.

Çalışmaya katılan PB hastaları, ailelerinde psikiyatrik hastalık varlığı açısından incelendiğinde 10 (%20) kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu, 40 (%80) kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık olmadığı görüldü. Kontrol grubuna bakıldığında ise 8 (%16) kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu, 32 (%64) kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık olmadığı görüldü.

Çalışma grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, fiziksel hastalık varlığı, alkol-madde kötüye kullanımı ve ailede ek psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6).

Ailede panik bozukluk öyküsünün varlığı açısından hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Çalışmaya katılan PB hasta grubu incelendiğinde 21 (%42) kişide ailede panik bozukluk öyküsü bulunduğu, 29 (%58) kişide ailede panik bozukluk öyküsü olmadığı saptandı. Kontrol grubunda ise ailede panik bozukluk öyküsü olan kişi yoktu (Tablo 6).

Tablo 6: Çalışma grubundaki değişkenlerin karşılaştırılması

	Hasta n=50		Kontrol n=50		p
Yaş (median (min-max))	39.0 (18-60)		34.5 (18-71)		0.440
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Erkek	12	24	10	20	0.809
Kadın	38	76	40	80	
Medeni durum					
Bekâr +dul	12	24	16	32	0.504
Evli	38	76	34	68	
Eğitim durumu					
İlkokul	16	32	13	26	0.213
Orta	6	24	4	8	
Lise	15	30	10	20	
Üniversite	13	26	23	46	
Çalışma durumu					
İşsiz- ev hanımı	22	44	14	28	0.388
Çalışan	18	36	23	46	
Emekli	4	8	4	8	
Öğrenci	6	12	9	18	
Fiziksel hastalık					
Var	12	24	8	16	0.453
Yok	38	76	42	84	
Alkol –madde kötüye kullanımı					
Var	4	8	0	0	0.117
Yok	46	92	50	100	
Ailede ek psikiyatrik hastalık varlığı					
Var	10	20	8	16	0.795
Yok	40	80	42	84	
Ailede panik bozukluk öyküsü varlığı					
Var	21	42	0	0	<0.001
Yok	29	58	50	100	

4.2. Hasta Grubunda Klinik Veriler

Klinik özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların hastalık başlangıç yaşları ortalaması 31,18±10,51 yaş iken, ortalama aktif hastalık süresi 5,05±5,58 yıl olarak tespit edildi (Tablo 7). Hastaların tedavi için başvurdu yaş ortalaması 33,10±10,90 yaş, ortalama tedavi süresi ise 2,89±4,46 yıl olarak saptandı (Tablo 7).

Tablo 7: Hasta grubunun klinik özellikleri

	Ort±S.S	Min-Maks
Hastalığın başlangıç yaşı	31,18±10,51	8-52
Tedavi için başvurduğu yaş	33,10±10,90	10-54
Tedavi süresi (yıl)	2,89±4,46	0-19
Aktif hastalık süresi (yıl)	5,05±5,58	0.1-20

Not: Hastalık süresi bir yılı doldurmayan hastaların hastalık süresi yıla çevrilerek değerlendirilmeye dahil edildi.

Hastalarda görülen panik atak belirtilerinin sıklığı

Çalışmada panik atak belirti listesine göre belirtilerin sıklığı Tablo 8’de verilmiştir. Hastalarda saptanan belirti sayısı en az dokuz en çok yirmi olarak bulunmuş olup, DSM 5’te yer alan belirtilerden en sık görülenlerin nefes darlığı (%94), çarpıntı (%92), ölüm korkusu (%92); DSM 5’ te yer almayan belirtilerden en sık görülenlerin ise huzursuzluk (%98), ümitsizlik/ çaresizlik (%96) olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8: Hastalarda görülen panik atak belirtilerinin karşılaştırılması

DSM 5’ te yer alan belirtiler	Sayı	%
Çarpıntı	46	92
Nefes darlığı	47	94
Boğulma hissi	44	88
Baş dönmesi/sersemlik	34	68
Ölüm korkusu	46	92
Göğüs ağrısı /göğüste sıkıntı	37	74
Parestezi	38	76
Üşüme/ ateş basması	38	76
Depersonalizasyon/ derealizasyon	18	36
Bulantı / karın ağrısı	29	58
Titreme / sarsılma	37	74
Çıldırma/kontrolünü kaybetme	26	52
Terleme	35	70
DSM 5’te olmayan belirtiler		
Huzursuzluk	49	98
Ağız kuruluğu	36	72
Görme bulanıklığı	20	40
Boğazda düğümlenme hissi	35	70
Ümitsizlik/ çaresizlik	48	96
Dikkatini toplayamama	43	86
Zihin bulanıklığı	30	60

Psikiyatrik komorbidite

Hasta grubu ek psikiyatrik hastalık varlığı bakımından değerlendirildiğinde 37 (%74) kişide ek bir psikiyatrik hastalık olmadığı, 9 (%18) kişide depresyon, 1 (%2) kişide dürtü kontrol bozukluğu, 1 (%2) kişide bipolar bozukluk, 1 (%2) kişide OKB, 1 (%2) kişide DEHB olduğu tespit edildi (Tablo 9).

Tablo 9: Hastalarda ek psikiyatrik hastalık varlığı

Ek psikiyatrik hastalık	Sayı	%
Yok	37	74
Depresyon	9	18
Dürtü kontrol bozukluğu	1	2
Bipolar bozukluk	1	2
DEHB	1	2
OKB	1	2

Hastalarda antidepresan ve benzodiazepin kullanımı

Çalışmaya katılan hasta grubu antidepresan kullanımı açısından incelendiğinde 13 (%26) kişinin herhangi bir antidepresan kullanmadığı, 31 (%62) kişinin SSRI kullandığı, 6 (%12) kişinin SNRI kullandığı, kombine antidepresan kullanımının olmadığı tespit edildi (Tablo 8).

Çalışmaya katılan hasta grubunun benzodiazepin kullanımına bakıldığında 28(%56) kişinin herhangi bir benzodiazepin kullanmadığı, 9 (%18) kişinin alprazolam, 2 (%4) kişinin lorazepam, 1 (%2) kişinin diazepam, 2 (%4) kişinin klonazepam, 8 (%16) kişinin medazepam kullandığı bulundu (Tablo 8).

Tablo 10: Hastalarda antidepresan ve benzodiazepin kullanımı

	Sayı	%
Antidepresan		
Yok	13	26
SSGI	31	62
SNGI	6	12
Kombine	0	0
Benzodiazepin		
Yok	28	56
Alprozolam	9	18
Lorezepam	2	4
Diazepam	1	2
Klonazepam	2	4
Medazepam	8	16

Hastalarda PAÖ puanına göre hastalık şiddetinin belirlenmesi ve hastalık şiddetinin değişkenlerle ilişkisi

Hasta grubunda PAÖ puanlarının ortalaması $29,20 \pm 8,74$ olup, ölçek puanına göre hastalarda hastalık şiddetine bakıldığında 7 (%14) kişinin hastalığının hafif şiddette, 16 (%32) kişinin hastalığının orta, 21 (%42) kişinin hastalığının şiddetli, 6 (%12) kişinin hastalığının çok şiddetli olduğu, remisyonda olan hastanın olmadığı sonucuna ulaşıldı. (Tablo 11).

Tablo 11: Hastalarda PAÖ puanına göre hastalık şiddetinin belirlenmesi

	Ort±S.S	Min-Maks
PAÖ	29,20±8,74	13-48
Hastalık şiddeti	Sayı	%
Remisyon	0	0
Hafif	7	% 14
Orta	16	%32
Şiddetli	21	%42
Çok şiddetli	6	% 12

Hastalarda PAÖ ölçek puanlarına göre hastalık şiddeti ile hastaların yaşı arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı (Tablo

12). Hastalığın başlangıç yaşı ve hastaların tedavi için başvurduğu yaş ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiye bakıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ve bu farkın şiddetli ve orta gruptan kaynaklandığı görüldü (Tablo 12). Buradan yola çıkarak PB'nun daha erken yaşta başladığı hasta grubunda hastalığın daha şiddetli olduğu ve hastalık şiddetli arttıkça tedaviye daha erken başvurulduğu sonucuna ulaşıldı. PAÖ puanlarına göre hastalık şiddeti ile cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12: PAÖ puanına göre hastalık şiddeti ile değişkenler arasındaki ilişki

	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	p
Cinsiyet Sayı(%)					
Kadın	4 (%8)	15(%30)	14(%28)	5(%10)	0.122
Erkek	3(%6)	1(%2)	7(%14)	1(%2)	
Medeni durumSayı(%)					
Evli	6(%12)	15(%30)	13(%26)	4(%8)	0.091
Bekâr	1(%2)	1(%2)	8(%16)	2(%4)	
Eğitim düzeyiSayı(%)					
İlkokul	3(%6)	6(%12)	6(%12)	1(%2)	0.689
Ortaokul	1(%2)	1(%2)	4(%8)	0(%0)	
Lise	2(%4)	3(%6)	6(%12)	4(%8)	
Üniversite	1(%8)	6(%12)	5(%10)	1(%2)	
Çalışma durumuSayı(%)					
Evhanımı-işsiz	3(%6)	6(%12)	9(%18)	4(%8)	0.562
Çalışan	2(%4)	8(%16)	7(%14)	1(%2)	
Emekli	1(%2)	2(%4)	1(%2)	0(%0)	
Öğrenci	1(%2)	0(%0)	4(%8)	1(%2)	
Yaş					
Median(min-max)	38(25-60)	43,5(27-58)	29(18-57)	39(21-46)	0.081
Hastalık başlama yaşı					
Median(min-max)	36(21-41)	37,5(22-52)	25(10-46)	28,5(8-28)	0.014
Tedaye ilk başvurma yaşı					
Median(min-max)	36(21-41)	40,5(22-54)	25(10-48)	29,5(16-39)	0.016

4.3. Gruplarda Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

BDÖ puanı bakımından hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.001$). Hastaların beden duyularına daha fazla odaklandığı ve hasta grubun BDÖ puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 13). Hastaların BDÖ puan ortalaması 52.2 iken, kontrol grubunun BDÖ puan ortalaması 25.5 idi.

FBÖ puanı bakımından hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında da iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001$). Hastaların felaketleştirme düzeyinin daha yüksek olduğu ve hasta grubun FBÖ puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo 13). Hastaların FBÖ puan ortalaması 168.4 olarak hesaplanırken, kontrol grubunun FBÖ puan ortalaması 120.7 idi.

Tablo 13: Gruplarda BDÖ ve FBÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hasta n=50	Kontrol n=50	P
BDÖ (median (min-max))	51.50 (31-80)	25 (17-25)	<0.001
FBÖ (ort.±S.s)	168.42±39.15	120.76±36.17	<0.001

KİÖ ölçeğinin alt puanlarına bakıldığında hasta ve kontrol grupları arasında çekingen, bağımlı, pasif- agresif, obsesif- kompulsif, narsisistik, paranoid, borderline kişilik özellikleri açısından anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşıldı. Bu kişilik özelliklerine ait puanlar hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (Tablo 14). Antisosyal, şizoid ve histriyonik kişilik özellikleri bakımından hasta ve kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmadı (Tablo 14).

Tablo 14: Gruplarda KIÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hasta n=50	Kontrol n=50	p
Çekingen	0,48 (-1,06-2,65)	-0,28 (-1,68-2,03)	<0.001
Bağımlı	-0,20 (-1,51-3,06)	-0,85 (-1,51-1,43)	0.001
Pasif- Agresif	0,31 (-1,02-2,33)	-0,01 (-1,36-2,16)	0.014
Obsesif- Kompulsif (ortalama±S.s)	0,44±0,96	-0,14 ±0,79	0.001
Antisosyal	0,17 (-0,99-4,13)	0,17 (-0,99-3,66)	0.230
Narsisistik	0,37 (-0,81-5,10)	0,13 (-,81-4,39)	0.034
Histriyonik	-0,24 (-1,06-3,21)	-0,48 (-1,06-1,40)	0.105
Şizoid (ortalama±S.s)	0,35±0,81	0,14±0,80	0.196
Paranoid	0,16 (-1,12- 3,06)	-0,15 (-1,12-1,93)	0.012
Borderline	0,40 (-1,33-3,29)	-0,59 (-1,33- 1,81)	<0.001

4.4. Gruplarda Ölçek Puanlarının Birbiri İle Korelasyonu

KİÖ ve BDÖ arasındaki ilişki

Hastalarda KIÖ puanları ile BDÖ puanları karşılaştırıldığında bağımlı, pasif-agresif, antisosyal, histrionik ve borderline alt puanları ile BDÖ puanları arasında zayıfta olsa pozitif yönde bir olduğu görüldü (Tablo 15). Buradan yola çıkarak hastalarda bu kişilik özellikleri arttıkça kişilerin beden duyularına odaklanma oranının arttığı sonucuna ulaşıldı. Kontrol grubunda ise KIÖ puanları ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 15).

Tablo 15: Gruplarda KIÖ ve BDÖ puanlarının birbiri ile korelasyonu

KIÖ	Hasta n:50		Kontrol n:50	
	BDÖ		BDÖ	
	r	p	r	p
Çekingen	0,238	0,096	0,123	0,394
Bağımlı	0,483	0,00	0,169	0,240
Pasif- Agresif	0,475	0,00	-0,013	0,929
Obsesif-Kompulsif	0,171	0,235	-0,014	0,922
Antisosyal	0,290	0,041	0,045	0,759
Narsisistik	0,257	0,072	0,179	0,213
Histriyonik	0,369	0,008	0,240	0,093
Şizoid	0,097	0,504	0,142	0,325
Paranoid	0,241	0,092	0,158	0,273
Borderline	0,425	0,002	0,084	0,563

KIÖ ve FBÖ arasındaki ilişki

Hasta grubunda KIÖ puanları FBÖ puanları ile karşılaştırıldığında ise şizoid kişilik alt puanları ile FBÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; oysa çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik alt puanları ile FBÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin orta derecede olduğu saptandı (Tablo 16). Bu sonuçlar doğrultusunda hasta grupta şizoid kişilik dışındaki diğer kişilik özellikleri arttığında kişilerin olayları felaketleştirme düzeyinde arttığı sonucuna varıldı. Kontrol grubunda ise KIÖ puanları ile FBÖ puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 16).

Tablo 16: Gruplarda KIÖ ve FBÖ puanlarının birbiri ile korelasyonu

KIÖ	Hasta n:50		Kontrol n:50	
	FBÖ		FBÖ	
	r	p	r	p
Çekingen	0,421	0,002	0,236	0,099
Bağımlı	0,468	0,001	0,153	0,289
Pasif- Agresif	0,481	0,00	0,226	0,114
Obsesif-Kompulsif	0,384	0,006	0,046	0,752
Antisosyal	0,338	0,016	0,107	0,459
Narsisistik	0,286	0,044	0,171	0,234
Histriyonik	0,459	0,001	0,240	0,094
Şizoid	0,186	0,196	0,272	0,056
Paranoid	0,331	0,019	0,296	0,037
Borderline	0,512	0,000	0,079	0,586

4.5. Hasta Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiri İle İlişkisi

Hasta grubunda PAÖ ve KIÖ arasındaki ilişki

Hasta grubunda KIÖ puanları ile PAÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında şizoid kişilik alt puanları ile PAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; ancak çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histriyonik ve borderline kişilik alt puanları ile PBÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 17). PAÖ puanları ile borderline kişilik özelliği ile arasındaki ilişki zayıf iken; çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histriyonik kişilik özellikleri ile PAÖ arasındaki ilişkinin orta derecede olduğu saptandı (Tablo 17).

Tablo 17: Hasta grubunda KIÖ ve PAÖ puanlarının birbiri ile korelasyonu

KIÖ	PAÖ	
	r	p
Çekingen	0,416	0,003
Bağımlı	0,463	0,001
Pasif- Agresif	0,431	0,002
Obsesif-Kompulsif	0,353	0,012
Antisosyal	0,430	0,002
Narsisistik	0,278	0,050
Histriyonik	0,425	0,002
Şizoid	0,169	0,240
Paranoid	0,310	0,029
Borderline	0,500	0,000

PAÖ puanları ile FBÖ ve BDÖ puanları arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan PB hastalarının PAÖ puanlarına göre hastalık şiddeti ile BDÖ puanları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ve bu farkın hafif ve şiddetli ile hafif ve çok şiddetli grubundan kaynaklandığı sonucuna ulaşıldı (Tablo 18). Hasta grubunda PAÖ puanlarına göre hastalık şiddeti ile FBÖ puanları karşılaştırıldığında da gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ve farkın hafif ve şiddetli gruplarından kaynaklandığı bulundu (Tabla 18).Buradan yola çıkarak BDÖ ve FBÖ puanlarının artışı ile hastalık şiddetinin arttığı yargısına ulaşıldı.

Tablo 18: PAÖ puanları ile BDÖ ve FBÖ puanları arasında ilişki

PAÖ	BDÖ		FBÖ	
	Median(min-max)	P	Median(min-max)	P
Hafif	38(33-51)	0.014	143(114-160)	0.007
Orta	51,5(31-64)		157(88-246)	
Şiddetli	55(36-73)		185(124-227)	
Çok şiddetli	60,5(46-80)		195(150-213)	

Hasta grubunda FBÖ'nün BDÖ ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

Çalışmaya katılan hastalarda FBÖ puanları ile hastalığın başlangıç yaşı ve hastaların tedaviye başvurdıkları yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında negatif yani ters yönlü bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 19). Buradan hastalık başlangıç yaşı küçüldükçe FBÖ puanlarının daha yüksek olduğu ve FBÖ puanları yüksek olanların tedaviye daha erken yaşta başvurduğu sonucuna ulaşıldı. Çalışmamızda FBÖ puanları ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında ise aralarındaki farkın anlamlı olduğu ve bekârlarda FBÖ puanlarının evlilere göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 19). Hastalarda FBÖ puanları ile hastanın yaşı, aktif hastalık süresi, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 19).

Tablo 19: FBÖ puanları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

	FBÖ	
	p	r
Yaş	0,080	-0,250
Hastalığın başlangıç yaşı	0,013	-,348
Tedavi için başvurduğu yaş	0,039	-0,293
Aktif hastalık süresi	0,230	0,173
	Ortalama±S.s.	p
Cinsiyet		
Kadın	171,74±40,08	0.219
Erkek	157,92±35,56	
Medeni durumu		
Evli	160,74±40,14	0.012
Bekâr	192,75±23,58	
Eğitim düzeyi		
Median(min-max)		
İlkokul	155,5(90-246)	0.361
Ortaokul	163,5(124-212)	
Lise	179(94-227)	
Üniversite	186(88-211)	

Çalışmamıza katılan 50 PB hastasının FBÖ puanları ile BDÖ puanları karşılaştırıldığında aralarında pozitif yönde ve orta şiddette bir ilişki olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo 20). Buradan hastaların felaketleştirme düzeyi arttıkça beden duyularına odaklanma düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşıldı.

Tablo 20: Hasta grubunda FBÖ ve BDÖ arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

	FBÖ	
	p	r
BDÖ	<0,001	0,568

5. TARTIŞMA

DSM TR 5' e göre Panik Bozukluğu tanısı konmuş hastalarda; bedensel algılama, felaketleştirme düzeyleri ve bilişsel çarpıtmaların sağlıklı gönüllülere göre daha fazla olup, beden algılaması veya felaketleştirme düzeyinin kişinin bilişsel çarpıtmaları ile korele olduğu, ayrıca çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ile ilişkili bilişsel çarpıtmaların da panik bozuklukta görülen bedensel algılama artışı ve felaketleştirmeye sebep olduğu görüşü çalışmamızın temel önermesiydi. Buradan yola çıkarak bu çalışmada panik bozukluk hastalarının klinik bulguları, beden duyularına odaklanma ve felaket algısı ile hastanın kişilik inançları arasındaki ilişkinin saptanması ve sağlıklı kontrol grubundan farklarının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda elde edilen veriler literatürle karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Çalışmaya 50 Panik bozukluk hastası ve 50 sağlıklı gönüllü alındı. Literatüre bakıldığında panik bozukluğu kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olan bir hastalık olup (53), kadın erkek oranı yaklaşık 2/1 dir ve cinsiyetler arasındaki bu fark ileri yaşta daha belirgin olmaktadır (54). Çalışmamızda elde edilen kadın erkek oranı (3.1/1), literatürde bildirilen kadın baskınlığını destekler nitelikte olup, bu baskınlığın literatürden daha yüksek olmasının nedeni çalışmamızın yaş ortalamasının daha yüksek olması ve hastaların çare arama davranışlarının kimi zaman kültürel yapıyla ilişkili olarak değişiklik gösterebilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

PB'nun başlangıç yaşı, 25-30 yaş civarı olmakla beraber başlangıç yaşı konusunda bimodal dağılım izlenmektedir. İlk başlangıç yaşı 15-24 yaşlar arasında, ikinci başlangıç yaşı ise 45-54 yaşlar arasında en yüksek düzeye ulaşmaktadır (98). Çalışmamızdaki PB hastalarının hastalık başlangıç yaşı ortalaması $31,18 \pm 10,51$ olup, bu anlamda başlangıç yaşının nispeten daha geç olduğu Almanya (35.5 yaş) ve Kore (32.1 yaş) örneklemelerine benzemektedir (99). Çalışmamızda hastaların tedaviye başvurduğu yaş $33,10 \pm 10,90$ olup literatür ile uyumluydu (100).

Çalışmamızda hastaların öğrenim durumlarına bakıldığında ilkokul mezunu hasta sayısı 16 (%32), ortaokul mezunu hasta sayısı 6 (% 12) ,lise mezunu hasta sayısı 15 (%30), üniversite mezunlarının sayısı 13 (%26) olarak bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında 60 PB hastasının ele alındığı Örsel ve ark. (2003) çalışmalarında hastaların öğrenim durumları ilkokul %31.7, ortaokul %56.7, lise %11.7 olarak bulunmuştur (101). Aksoy'un yaptığı bir çalışmada ise 40 PB vakası alınmış ve ilkokul mezunu hasta sayısı %40, orta-lise düzeyi hasta sayısı %50, yükseköğrenim mezunu hasta sayısı %10 olarak bulunmuştur (102).

Literatüre bakıldığında dul, bekâr ve ayrı yaşayanlarda yani evli olmayanlarda, PB riskinin evli olanlara göre iki kat fazla olduğu görülmektedir(20, 54). Ancak bizim çalışmamıza katılan PB hastalarının %76' sının evli olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeni çalışmamızda örneklem sayısının nispeten az olması, toplumumuzun sosyokültürel özellikleri ve aile kurumuna verilen değerin fazla olması olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların çalışma durumları gözden geçirildiğinde; işsiz-ev hanımı hasta oranı %44, çalışan hasta oranı%36, emekli hasta oranı %8, öğrenci olan hasta oranı ise %12 şeklindeydi. Literatüre bakıldığında ise Erek ve arkadaşlarının 42 panik bozukluğu hastasının sosyodemografik özelliklerini inceledikleri bir çalışmada, hastaların çalışma dağılımı şu şekilde verilmiştir; çalışmayan %2.4, ev hanımı%53.5, işçi %2.4, memur %11.9, serbest çalışan %11.9, öğrenci (103).

PB'nda komorbid hastalık oranları oldukça fazla olup bir literatür çalışmasında hastaların 2/3'ünde eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğunun bulunduğu bildirilmektedir(104). Bir başka çalışmaya bakıldığında ise PB ile en sık birliktelik gösteren ruhsal hastalığın major depresif bozukluk olduğu görülmektedir (74). Çalışmamızdaki ek psikiyatrik hastalık oranı %26 olup; 9 (%18) kişide depresyon, 1 (%2) kişide dürtü kontrol bozukluğu, 1 (%2) kişide bipolar bozukluk, 1 (%2) kişide OKB, 1 (%2) kişide DEHB bulunmaktaydı. Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak hastalarda en sık eşlik eden ruhsal hastalığın depresyon (%18) olduğu görülmektedir, ancak toplam eş tanı oranı (%26) yukarıdaki çalışmalardan daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni örneklem sayısının nispeten az olması ve hastaların çoğunluğunun (%74) antidepresan bir ilaç kullanıyor olması olabilir.

Tükel'in yaptığı bir çalışmada PB' da tüm madde kullanım bozuklukları oranının %32 olduğu, ancak tek başına alkol kullanım bozukluğu olarak bakıldığında bu oranın %19-23 olduğu bildirilmiştir (76). Bir başka çalışmada ise alkol bağımlılığı olan hastalarda panik bozukluğunun sıklığının arttığı, PB olan hastalarda ve hastaların birinci dereceden akrabalarında alkol bağımlılığı oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada PB hastalarında alkol kötüye kullanımı %14–16, alkol bağımlılarında panik bozukluk oranı %2–17 olarak saptanmıştır (84). Bizim çalışmamızda alkol-madde kötüye kullanım oranı %8 olarak bulunmuş olup literatüre oranla daha düşük olmasının nedeni hastaların yaş ortalamasının nispeten daha büyük olması ve çoğunluğunun tedavi alıyor olması buna sebep olmuş olabilir.

Panik bozukluk ile ilgili yapılan aile çalışmaları, panik bozukluğun kimi ailelerde daha fazla olduğunu göstermektedir ki, bu da hastalığın etiolojisinde genetik etyolojiyi düşündürmektedir (33). Literatüre bakıldığında PB hastalarının, birinci derece akrabalarının yaşam boyu panik bozukluğu olma riski %7-20 olarak bulunmuştur (105). Literatürdeki başka bir çalışmada ise PB hastalarının birinci derece akrabalarında panik bozukluğun görülme oranı %10.7 ile %20.5 arasında bildirilmiştir (35). Çalışmamızdaki verilerde literatürdeki genetik etyolojiyi destekler nitelikte olup; kontrol grubunda ailede PB öyküsü olmadığı görülürken, hasta grubunda ailede panik bozukluk öyküsü % 42 olarak bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada panik atak belirti listesine bakıldığında en sık saptanan belirtiler huzursuzluk, ümitsizlik-çaresizlik, nefes darlığı, çarpıntı ve ölüm korkusudur. Bu bulgular literatürdeki diğer çalışma sonuçları ile benzer niteliktedir. Örsel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada belirti dağılım anketine bakıldığında en sık saptanan belirtilerin çarpıntı, huzursuzluk hissi, ölüm korkusu, titreme/sarsılma, ağız kuruluğu, ümitsizlik hissi ve çaresizlik hissi olduğu görülmektedir (101). Benzer şekilde Tükel 1992 yılında yaptığı bir çalışmada DSM-III-R panik bozukluğu tanı ölçütleri içinde en sık görülen belirtinin çarpıntı/kalp atım sayısında artış olduğu, diğer sık görülen belirtilerin ise ölüm korkusu, baş dönmesi/bayılma hissi, nefes darlığı/boğulma hissi, titreme/sarsılma olduğu sonucuna ulaşmıştır (106).

PB, her kişilik yapısında görülebilmekle beraber bazı kişilik yapılarında daha sık görülebilmekte ve birçok kişilik örüntüsü birarada da bulunabilmektedir. PB' nda kişilik bozukluğu komorbiditesi oranı kullanılan araştırma metoduna göre

değişmekte olup; çalışmalarda %27-58 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (6, 107). Çalışmalarda PB'nun birlikte görüldüğü kişilik bozukluklarının genellikle bağımlı, çekingen, obsesif kompulsif, pasif agresif kişilik bozukluklarını içeren C kümesi kişilik bozuklukları ile histrionik ve borderline kişilik bozuklukları oldukları görülmektedir (108). Ayrıca bir başka çalışmada Panik bozukluğu hastalarında kişilik bozukluğu düzeyinde olmasa da bağımlı, kaçınan ve histrionik kişilik özelliklerinin baskın olduğu saptanmıştır (6). Son yıllarda kişilik özelliklerinin belirlenmesi konusunda standart ölçeklerin kullanımının artması ile PB'nda en yaygın görülen kişilik bozukluklarının C kümesi kişilik bozuklukları olduğu fikri değişmeye başlamıştır (87). Çalışmamızda PB hasta grubunda çekingen, bağımlı, pasif- agresif, obsesif- kompulsif, borderline kişilik özelliklerin yanı sıra narsisistik, paranoid kişilik özelliklerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Ancak histriyonik, antisosyal ve şizoid kişilik özellikleri bakımından hasta ve kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulunmadı. Psikiyatrik komorbidite hasta takip ve tedavisinde oldukça değerli olup, birinci eksen komorbiditesinde olduğu gibi kişilik bozukluklarının komorbiditesinin de tedaviye yanıtta yetersizliğe, hastalık semptomlarında şiddetlenmeye ve prognozda kötüleşmeye neden olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (88). Kişilik bozuklukları, hastaların tedavi işbirliğini ve hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte olup çekingen ve histrionik kişilik bozukluklarının eşlik ettiği grupta tedavi yanıtının en az olduğu ileri sürülmektedir (88). Bu bakımdan düşünüldüğünde kişilik bozukluğu komorbiditesi varlığında Panik Bozukluğun tedavisinde ek tedavi yöntemlerinin gerekip gerekmeyeceği sorusu akla gelmektedir. Ancak ilginç bir biçimde bazı çalışmalar, panik hastalarına uygulanan tedavilerin (ister medikal tedavi olsun ister bilişsel davranışçı terapi olsun) kişilik özelliklerini özellikle bağımlı kişilik özelliklerini belirgin düzeyde düzelttiğini göstermektedir (7, 8, 9). Yaptığımız çalışmada şizoid kişilik özellikleri ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken; çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik özelliklerinin hastalık şiddetini arttırdığı sonucuna ulaşıldı. Diğer taraftan bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik özelliklerinin baskın olduğu hastalarda beden duyularına odaklanma oranı daha fazlaydı. Aynı şekilde çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, histrionik, borderline

ve antisosyal kişilik özelliklerine sahip olan hastalarda felaketleştirme düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü. Bulgular ve literatür bilgilerinden yola çıkarak PB' da bu kişilik özellikleri ile birliktelik durumunda tedavi yanıtının daha düşük olması, semptomların daha şiddetli olması ve prognozun daha kötü olmasının nedenin; hastaların kişilik özelliklerindeki etkisiyle beden duyularına odaklanma ve olayları felaketleştirme düzeylerinin daha yüksek olması olabileceği görüşü güçlenmiştir.

Panik atakları sırasında ölmekten, çıldırmaktan ve kontrolünü yitirmekten korkma gibi bilişsel semptomların olması PB oluşumunda bilişsel faktörlerin önemli olduğunu düşündürmüştür (69, 46). Buradan da yola çıkarak zamanla PB ile ilgili farklı bilişsel kuramlar geliştirilmiştir. Clark, tekrarlayan panik atakların doğasının önemi üzerinde durmuş, panik atak olarak kabul edilmeyen normal popülasyonda da görülen otonomik olaylar ve PB'la sonuçlanan tipik panik atakları arasında ayırım yapmaya uğraşmıştır. Çarpıntı, baş dönmesi gibi bedensel duyular günlük aktiviteler, yürüyüş, egzersiz yaparken yada anksiyete ile ilişkisi olmayan heyecan, mutluluk, kızgınlık gibi emosyonel durumlarda da hissedilebilmesine rağmen, PB olan kişi bu belirtileri yaklaşmakta olan bir tehlikenin habercisi ya da kanıtı gibi çarpık bir yorumlama yapabilmektedir (109). Yani diyebiliriz ki panik bozukluğu hastalarında panik atağın bedensel semptomları ve bu semptomların katastrofik yorumlanması nedeniyle; aşırı yorgunluk, kahve tüketimi ya da heyecan gibi etkenlerden kaynaklanan bir çarpıntı; katastrofik yorumlama ile geçirilmekte olan bir kalp krizinin belirtisi olarak algılanıp panik atağıyla sonuçlanabilmektedir (48). PB hastaları bedensel duyularını, özellikle panik atağı belirtileri ile uyumlu olanları daha çabuk algılar (46). Özetle Clark kuramında panik bozukluğun bedensel duyuların hatalı yorumlanmasıyla ortaya çıktığını ve panik nöbetleri sırasında ortaya çıkan baş dönmesi, çarpıntı, nefes alma güçlüğü gibi bazı fiziksel duyuların, felaketleştirici şekilde yorumlanmasından kaynaklandığını varsaymaktadır. Çarpıntılar kalp krizi, soluk alıp verme güçlüğü'nün ölüm habercisi gibi yorumlanması ve gerçekte olduğundan daha tehlikeli algılanması gibi katastrofik inançlar anksiyete artışına ve dolayısıyla daha fazla bedensel duyuma neden olmaktadır. Oluşan bu kısır döngü yeni panik atakları tetiklemekte ve çoğu zaman kaçınma davranışıyla sonuçlanmaktadır (48, 17, 18, 110, 111), Buradan panik bozukluğundaki bilişsel belirtilerin hastalığın şiddetini ve seyrini değiştirdiği

şeklinde yorum yapılabilir. Japonya’ da yapılan bir çalışmada panik atak sırasında ortaya çıkan katastrofik bilişin hastalık semptomlarının şiddeti ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar elde edilmiş ve panik konusunda tek bir bilişsel belirtinin bile hastalarda daha fazla panik belirtisi ve daha fazla subjektif sıkıntıya yol açtığı görüşü güçlenmiştir (112). Ülkemizde 2009 yılında Barışkan’ ın yaptığı bir çalışmada bedensel belirtiler ile bu belirtilerin felaket olarak yorumlanması arasında genellikle anlamlı bir bağlantı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çarpıntı gibi kardiyak bir belirti yaşayan kişinin kalp krizi geçirdiğini, kalbinin duracağını, öleceğini düşünebildiği ya da nefesin tıkanması gibi bir belirtide boğulacağı düşüncesinin eşlik edebildiğinden bahsedilmiştir (113). Yaptığımız çalışmada panik bozukluğu hasta grubunda BDÖ ve FBÖ puanlarının hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu, bu da panik bozukluğu hastalarında beden duyularına odaklanma ve felaketleştirme düzeyinin daha yüksek olduğu şeklindeki literatür bilgisini destekler niteliktedir. Ayrıca çalışmamızda bu iki bilişsel kavramın birbiri ile korele olduğu yani felaketleştirme düzeyi yüksek olan kişilerin beden duyularına odaklanma oranlarının da daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Felaketleştirme ve beden duyularına odaklanma düzeyi arttıkça hastalık şiddetinde artması dikkati çekmektedir. Felaketleştirme düzeyi yüksek olan hastalarda muhtemelen hastalığın daha şiddetli olmasının da etkisi ile hastalığın daha erken yaşta başladığı, tedavi için başvuru yaşı daha küçük olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada panik bozukluk hastalarının bedensel algılama, felaketleştirme düzeyleri ve bilişsel çarpıtmaların sağlıklı gönüllülerden farklı olup olmadığı, beden duyularına odaklanma ve felaket algısı ile hastaların kişilik özelliklerinin bilişsel yönü arasındaki ilişki üzerine çalışılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda PB hastalarının felaketleştirme ve beden belirtilerine odaklanma davranışının sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğu; hastalardaki felaketleştirme ve beden duyularına odaklanma davranışı arttıkça hastalığın şiddetinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca PB hastalarında çekingen, bağımlı, pasif- agresif, obsesif- kompulsif, narsisistik, paranoid, borderline kişilik özelliklerinin daha ön planda olduğu görülmüştür. Bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik özelliklerinin ön planda olduğu hastalarda beden duyularına odaklanmanın; çekingen, obsesif, bağımlı, pasif- agresif, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik özelliklerinin ön planda olduğu hastalarda ise felaketleştirme davranışının arttığı gözlenmiştir. Tüm kişilik özelliklerine bakıldığında şizoid kişilik dışındaki diğer tüm kişilik paternlerine ait özelliklerin PB hastalarında hastalık şiddetini arttırdığı saptanmıştır.

Sonuç olarak PB hastalarında felaketleştirme ve beden duyularına odaklanma davranışı fazla olup bu bilişsel özellikler hastalık şiddetini arttırmaktadır. Hastalarda kişilik bozukluğunun varlığı felaketleştirme ve beden duyularında odaklanma gibi bilişsel belirtileri arttırmak suretiyle hastalığın şiddetini arttırmaktadır.

7. KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2009; 21:95-102.
3. McMahon FJ, Kassem L. Anksiyete Bozuklukları: Genetik. In: Aydın H, Bozkurt A (eds). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed). Güneş Kitabevi, Ankara 2007, pp. 1759-60.
4. Noyes R Jr, Reich JH, Suelzer M. Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment. *Compr Psychiatry* 1991; 32:283-294.
5. Friberg O, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord* 2013; 145:143-155.
6. Mavissakalian M, Hamann MS (1986) DSM-III personality disorders in agoraphobia. *Comp Psychiatry*, 27: 471-479.
7. Mavissakalian M, Hamann MS (1987) DSM-III personality disorders in agoraphobia II: Changes with treatment. *Comp Psychiatry*,28:356-361.
8. Starcevic V, Uhlenhuth EH (1996) Personality dimensions in panic disorder before and after effective treatment. *Anxiety*, 2:87-04.-
9. Hoffman SG, Shear MK, Barlow DH ve ark. (1998) Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depress Anxiety*, 8:14-20.
10. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413-20.
11. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Cilt I. Yenilenmiş (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2013), Beşinci Baskı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Birliği, Arlington VA, (Çev. Ertuğrul Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

13. Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley & Sons.
14. Etik, Ç., Taner, E., Aslan, S., & Işık, E. (2007). Panik bozukluğu: solunumsal alt tipler, yakın ve geçmiş yaşam olaylarının rolü. In *Yeni Symposium* (Vol. 45, No. 3, pp. 128-33).
15. Örsel, S., Güriz, O., Akdemir, A., ve Türkçapar, H. (2003). The determination of panic disorder subtypes according to symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6(4), 204-212.
16. Işık E. *Panik Bozukluk: Nevrozlar*. 1.Baskı, Ankara: Kent Basımevi, 1996; 1–69.
17. Ceylan M.E, Yazan B. *Anksiyete Bozuklukları*. “Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri”den, 1. Baskı, 3. cilt.. İstanbul, Altan Matbaacılık, 2000; 77-112.
18. Güleç C, Köroğlu E. I. *Temel Psikiyatri Kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği,1997;120–126.
19. Atalay ND, Bayraktar E. *Panik Bozukluk*. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1992; 141.
20. Tükel, R., & Alkın, T. (2000). *Anksiyete bozuklukları*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
21. Berrios GE. *The history of mental symptoms. Decriptive psychopathology since the nineteenth century* (1st ed). Cambridge University Press Butterworths; London 1996, p.:32-55.
22. Sevin BH. *Mitral valve prolapse, panic states and anxiety*. *Psyciatr Clin North Am* 1987; 10: 141–150.
23. Köroğlu E. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised (DSM III–R)*, Washington DC: American Psychiatric Association; 1987. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1989.
24. Köroğlu E. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (DSM–IV)*, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
25. Şar V. *DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış Klinik Psikiyatri* 2010;13:196-208.

26. Angst J. Panic disorder: History and epidemiology. *Eur Psychiatry* 1998;13(Suppl 2):51s-5s.
27. Pine DS, McClure EB. Anksiyete Bozuklukları: Klinik Özellikleri. In: Aydın H, Bozkurt A (eds). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed). Güneş Kitabevi, Ankara 2007, pp. 1768-71.
28. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Esleman S ve ark. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
29. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG ve ark. The cross national epidemiology of panic disorder. (Epidemiologic Catchment Area) *Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 305-9.
30. Köroğlu E. *Panik Bozukluğu* (1. Baskı). Hekimler Yayın Birliği; Ankara 2006.
31. Onur E, Alkın T, Molkun ES, et al. Panik-agorafobi spektrumu kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:215-23.
32. Turan MT, Eşel E. Panik Bozukluğun Elektrofizyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002;12:106-8.
33. Arısoy O. Psikiyatrik Genetik, *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2004;17:109–125.
34. Ceylan ME, Yazan B. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları*, İstanbul 1997.
35. Gorwood P, Feingold J, Ades J. Genetic epidemiology and psychiatry (I): scope and limitations of familial studies. Case of panic disorder. *Encephale* 1999;25:21-9.
36. Smoller JW, Tsung MT. Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *Am J Psychiatry* 1999;155:1152–62.
37. Fyer AJ, Hamilton SP, Durner M, et al. A third-pass genome scan in panic disorder: evidence for multiple susceptibility loci. *Biol Psychiatry* 2006;60:388-401.
38. Kennedy JL, Bradwejn J, Koszycki D, et al. Investigation of cholecystokinin system genes in panic disorder. *Mol Psychiatry* 1999;4:284-5.

39. Gorman J.M., Kent J. M., ve ark. 2000. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, reviced. *Am. J. Psychiatry*; Apr;157:493-505.
40. Davis M. 1992. The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annu. Rev. Neurosciens.* 15: 353-375.
41. Konkan R. Panik Bozukluğunun Faktör analizi yapılarak alt tiplerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2003.
42. Russell Noyes Jr, Rudolf Hoehn- Saric.1998:Anksiyete Bozuklukları.csa Medikal &Paramedikal Yayıncılık, s:86.
43. Michael H. Ebert, Peter T. Loosen, Barry Nurcombe ve ark (2003) *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.* Güneş Kitapevi, s:328-340.
44. Tükel R. Panik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1997;1:12-7.
45. Monkul SO. Panik bozukluğunun patogenezi (1. Baskı). In Tükel R, Alkın T (eds). *Anksiyete Bozuklukları.* Pozitif Matbaacılık, Ankara 2006.
46. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. *Klinik Psikiyatri.* Çev. Ed. Abay, E, 2004, Nobel Tıp Kitapevleri s:189-219.
47. Goldstein, A. J. & Chambless, D. L. (1978). A Reanalysis of Agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
48. Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (4), 461-70.
49. Rapee, R., Mattick, R. & Murrel, E. (1986). Cognitive Mediation in The Affective Component of Spontaneous Panic Attacks. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 17 (4), 245-253.
50. Busch F, Shear M, Cooper A. An empirical study of defense mechanisms in panicdisorder. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 299-303.
51. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, et al. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry.* 1993; 150: 859-866.
52. Gabbard GO. *Anxiety Disorders Dynamic Aspects to Axis I Disorders.* Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice (3rd ed). American Psychiatric Press, Washington DC 2000 p. 233-267.
53. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry* 1993;150:246-9.

54. Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF, Gender differences in panic disorder: findings from the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 55-8.
55. Burke KJ, Burke JD, Reiger DA, Rae DS. Age on onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47: 511-18.
56. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Weissman MM. Panic and panic disorder in United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413-20.
57. Katsching H, Amering M. The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18(suppl.2):6-11.
58. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety* 2003;17: 173-9.
59. Clayton AH, Stewart RS, Fayyad R, et al. Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:151-7.
60. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları. I. Baskı, Ankara: Pozitif Matbaacılık, 2006; 98–108.
61. Aranson TA, Logue CM. Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients' self-reports. *J Clin Psychiatry* 1988;49: 8–13.
62. Alkın T. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 9–640.
63. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, İstanbul: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
64. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorder: The nature and treatment of anxiety and panic*. Sixth Edition. New York: Guilford Pres, 2002: 186–196.
65. Craske MG, Tsao JCI. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. *Sleep Med Rev* 2005; 9: 84–173.
66. Den Boer JA. Defining panic—A diagnostic dilemma. *Human Psychopharmacol* 1997; 12: 3–6.
67. Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL, Dupuis G, Beitmen BD. Non-fearfull panic disorder: a variant of panic in medical patients? *Psychosomatics* 2000; 41: 20–311.

68. Lesch KP. Genetic dissection of anxiety and related disorders. Nutt DJ, Ballenger T (editors). *Anxiety Disorders*. Oxford; Blackwell Science Ltd 2003; 229.
69. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 24–415.
70. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 6. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995: 266-278.
71. Öyekçin GD, Demet MM. Panik Bozukluğunda Tanı, Eştanı ve Ayırıcı Tanı. *Türkiye Klinikleri J. Psychiatry Special Topics* 2012 5 1-12.
72. Alkın T. Panik bozukluğu ve agorafobi. Tükel R (ed.) *Anksiyete Bozuklukları*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Ankara; Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, s.5-50.
73. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999;60:492-9.
74. Dunner DL. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depress Anxiety* 2001;13:57-71.
75. Stein MB, Uhde TW. Infrequent occurrence of EEG abnormalities in panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 517–520.
76. Tükel MR. Panik bozukluğu ve eşlik eden psikopatolojiler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992; 29: 93–101, Reiter SR, Otto MW, Pollack MH. Major depression in panic disorder patient with social phobia. *J Affect Disord* 1991; 22: 171–177.
77. Torres AR., Dedomenico AM., Crepaldi AL, Miguel EC. Obsessive–compulsive symptoms in patients with panic disorder. *ComprPsychiatry* 2004; 45:219–224.
78. Karno M., Golding JM, Sorenson SB, Burnam M.A. The epidemiology of obsessive–compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*. 1988; 45:1094–1099.
79. Austin LS, Lydiard RB, Fossey MD, Zealberg JJ, Laraia MT, Ballenger JC. Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990, 51, 456-58.
80. Breier A ve ark. Agoraphobia with panic attacks. Development Diagnostic Stability and Course of Illness. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 1029-36 ,1986.


81. Hoffart A, Thornes K, Hedley L. DSM III-R Axis 1 and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:186-191.
82. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Kalaf J, Domingues AM, Versiani M. Obsessions with aggressive content emerging during the course of panic disorder: a different subtype of obsessive-compulsive disorder? *Int Clin Psychopharmacol*. 2005;20:343-346.
83. Battaglia M, Bernardeschi L, Politi E. Comorbidity of panic and somatization disorder. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 411-420.
84. Kocabaşoğlu N. Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Diğer Komorbid Durumlar; *Yeni Symposium*2002; 40 (2): 68-75.
85. Krystal JH, Leaf PJ, Bruce ML, et al. Effects of age and alcoholism on the prevalence of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:77-82). (Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, et al. Comorbidity in panic disorder: II. Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *Psychiatry Res* 1993;46:285-93.
86. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, et al. Comorbidity in panic disorder: II. Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *Psychiatry Res* 1993;46:285-93
87. Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, et al. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J. Affect Disord* 1993;27:71-9.
88. Mavissakalian M, Hamann MS, Jones B. A comparison of DSM-III personality disorders in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1990;31:238-44.
89. Bandelow B, Assesing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10: 73–81.
90. Tural Ü, Fidaner H, Alkın T. Panik ve Agorafobi Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 29–39.

91. Türkçapar, M. H., Örsel, S., Uğurlu, M., Sargın, E., Turhan, M., Akkoyunlu, S., ve Karakaş, G. (2007). Kişilik inanç ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *KlinPsikiyatr*, 10, 177-91.
92. Taymur, İ., Türkçapar, M. H., Örsel, S., Sargın, E., ve Akkoyunlu, S. (2011). Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Formunun (KIÖ-KTF) Türkçe Çevirisinin Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik, Güvenilirliği. *Klin Psikiyatr*, 14, 199-209.
93. Taymur, İ. ve Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: Tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (2), 154-177.
94. Chambless DL, Beck AT, Gracely EJ (2000) Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms; a test of the cognitive theory of panic. *Depress Anxiety* 11(1);1-9.
95. Kart, A. ve Türkçapar, M.H. (2014) Beden duyuları ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 3(1),18-22.
96. Khawaja NG, Oei TPS. Development of a Catastrophic Cognitions Questionnaire. *J Anxiety Disord* 1992;6(3):305-18.
97. Kart, A., Önder, Ö., Türkçapar, MH. (2015) Felaketleştiren Bilişler Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliği. *J Clin Anal Med* 2015;6(suppl 2): 121-4.
98. Işık, E. ve Işık, Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları,1. Baskı, İstanbul, Golden Print Yay. 2006.
99. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues Clin Neurosci* 2003;5:281-98.
100. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413-20.
101. Örsel S, Güriz O, Akdemir A, et al. Panik Bozukluğu Alt Tiplerinin Belirtiler Açısından Araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003;6:204-12.
102. Aksoy UM. Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması 2006.
103. Erek, Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi ve Afektif Temperament Özelliklerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, 2006.

104. Apfeldorf WJ, Shear MK, Leon AC, et al. Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depress Anxiety* 2000; 12:78-84.
105. Ceylan ME, Yazan B. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, İstanbul 1997.
106. Tükel MR (1992) Panik bozukluklarında gelişim, klinik seyir ve panik atakları ile agorafobi ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*,3:18-29.
107. Mark P, Michael O, Jerrold R. Personality disorder in patients with panic disorders. *Compr Psychiatry* 1992; 33:78-83.
108. Abby JF, Salvatore M, Jeremy DC. Anxiety Disorders in Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6. baskı. Baltimore: Williams Wilkins, 1995; 1191-1204.
109. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clin Psychol Rev* 2009;29 (7):623-37.
110. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, Baltimore: 594–602, 1998.
111. Fyer AI, Sandberg D. Pharmacologic treatment of panic disorder. in Frances AJ, Hales RE. Review of Psychiatry Vol 7. Washington DC, American Psychiatric Press, 1988;88-120.
112. Gazarian, D., Multach, M. D., Ellison, W. D., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2016). Does 'fear of dying' indicate a more severe presentation of panic disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 52-57.
113. Barışkın, E. (2009). Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi. I. Savaşır, G. Soygüt & E. Kabakçı (editörler). Bilişsel Davranışçı Terapiler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

8. EKLER

EK-1: Araştırma Etik Belgesi

 T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 31/05/2017
TOPLANTI NO : 2017/11

KARARLAR :

5- Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2017-60-31/05 Protokol no'lu "Panik Bozukluğun Klinik Bulguları ile Kişilik Özelliklerinin Bilişsel Yönü Arasındaki İlişki" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 67600 KOZLU/ ZONGULDAK, Tel:0 372 261 32 60 Fax: 0 372 261 02 65

EK-2: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Tuzluca İnci ve Tuzluca Çiğdem Kurumu</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sizi DOÇ.DR.ÖZGE SARAÇLI tarafından yürütülen “ PANİK BOZUKLUĞUN KLİNİK BULGULARI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN BİLİŞSEL YÖNÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarımız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 147 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 30 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Doç.Dr.Özge Saraçlı


Araştırmanın Amacı: PANİK BOZUKLUK HASTALARININ KLİNİK BULGULARI, BELİRTİ ALT TIPLERİ, BEDEN DUYUMLARINA ODAKLANMA VE FELAKET ALGISI İLE HASTANIN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ NİN BİLİŞSEL YÖNÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNDAN FARKLARININ ARAŞTIRILMASI AMAÇLANMIŞTIR.

Araştırmanın Süresi: 14 AY

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: DREMİNE MUTLU
DOÇ.DR.ÖZGE SARAÇLI
YAR.DOÇ.DR.FİRÜZAN KÖKTÜRK

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı, Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırmaya dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimim bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:


Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:


İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 3/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK-3: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Sağlıklı Kontrol Grubu)

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Tıbbi İlaç ve Teşvihi Kurumu</p>	ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROL GRUBU)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sayın

Sizi BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 'de yürütülen "PANİK BOZUKLUĞUN KLİNİK BULGULARI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN BİLİŞSEL YÖNÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ " başlıklı araştırmaya davet ediyoruz . Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmamızın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmamızın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmamızın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı-Soyadı-Ünvanı-İmza)
Doç.Dr.Özge Saraçlı

Araştırmamızın Amacı: PANİK BOZUKLUK HASTALARININ KLİNİK BULGULARI, BELİRTİ ALT TIPLERİ, BEDEN DUYUMLARINA ODAKLANMA VE FELAKET ALGISI İLE HASTANIN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN BİLİŞSEL YÖNÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNDAN FARKLARININ ARAŞTIRILMASI AMAÇLANMIŞTIR.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: BU ARAŞTIRMADA SİZE HERHANGİ BİR GİRİŞİMSEL İŞLEM UYGULANMAYACAKTIR. BİR PSİKİYATRİ UZMANLIK ÖĞRENCİSİ SİZİNLE GÖRÜŞME YAPACAK VE ANKET CEVAPLAMANIZ İSTENECEKTİR.

Araştırmamızın Yapılacağı Yer(ler):BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ


Araştırmamızın Süresi:14 AY

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 50

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

(Gönüllülerin çalışmaya katılmalarını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır)

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: ARAŞTIRMADA SİZE EK RİSK VEYA RAHATSIZLIK SÖZ KONUSU DEĞİLDİR.

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROL GRUBU)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

(Çalışmanın özelliğine göre bu bölüm BGOF'dan çıkarılabilir)

Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk:

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar

..... tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktadır, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir *(Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir)*.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- DR.EMİNE MUTLU
- DOÇ.DR.ÖZGE SARAÇLI
- YAR.DOÇ.DR.FİRUZAN KÖKTÜRK

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarımız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 03722612254 nolu telefondan Dr.EMİNE MUTLU 'ya ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak anlatıldı, Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırmaya dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavinin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.


Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin *(kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile)* yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.);

(Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROL GRUBU)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 3/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile) Adı-Soyadı: İmzası: Adresi: (varsa Telefon No, Faks No): Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....
--

Velayet veya Vesayet Altında Buhmanlar İçin Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile) Adı Soyadı: İmzası: Adresi: Varsa Telefon No, Faks No: Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....
--

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı-Soyadı: İmzası: Görevi: Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı-Soyadı: İmzası: Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK-4: Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

Adı-Soyad:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni durum: bekar/ evli / dul-
boşanmış

Eğitim düzeyi:

ilk / orta/ lise/ üniversite

Çalışma durumu:

Hastalığın başlangıç yaşı:

Hastalık süresi:

Tedavi için başvurduğu yaş:

Tedavi süresi:

Kullandığı ilaçlar:

Ek psikiyatrik hastalık varlığı:

Fiziksel hastalıklar:

Alkol madde kullanımı:

Ailede panik boz öyküsü: var / yok

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: var / yok

Panik atak belirti listesi:

DSM 5 BELİRTİLİRTİLERİ:

1)Çarpıntı:

2)nefes darlığı:

3)boğulma hissi

4)baş dönmesi/ sersemlik hissi:

5)ölüm korkusu:

6)göğüs ağrısı/ göğüste sıkıntı hissi

7)parestezi:

8)üşüme/ateş basması:

9)depersonalizasyon /derealizasyon:

10)bulantı/ karın ağrısı:

11)titreme/ sarsılma:

12)çıldırma /kontrolünü kaybetme
korkusu:

13) terleme:

DSM DE OLMAYAN BELİRTİLER:

14)huzursuzluk:

15)ağız kuruluğu:

16)görme bulanıklığı:

17)boğazda düğümlenme hissi:

18)ümitsizlik/ çaresizlik:

19)dikkatini toplayamama:

20)zihin bulanıklığı:

EK-5: Kişilik İnanç Ölçeği

PBQ-S1

Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form-V.1

Adı-Soyadı: _____ Tarih: _____

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve HER BİRİNE NE KADAR İNANDIĞINIZI belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinize göre karar veriniz.

4	3	2	1	0
Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum

Örnek	NE KADAR İNANIYORSUNUZ?				
1. Dünya tehlikeli bir yerdir. (Lütfen daire içine alınız.)	4	3	2	1	0
	Tümüyle	Çok Fazla	Orta Derecede	Biraz	Hiç

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum
1. Aşağılanma veya yetersizlikle karşılaşmak katlanılamaz bir şeydir.	4	3	2	1	0
2. Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.	4	3	2	1	0
3. Eğer insanlar dostça davranıyorlarsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.	4	3	2	1	0
4. Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.	4	3	2	1	0
5. Rahatsızlık verici duygulara katlanamam.	4	3	2	1	0
6. Kusurlar, eksikler ya da yanlışlar hoş görülemez.	4	3	2	1	0
7. Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.	4	3	2	1	0
8. İlgi merkezi olmalıyım.	4	3	2	1	0

Personality Belief Questionnaire (PBQ)-S, ©1995 by Aaron T. Beck, M.D. , Judith S. Beck, Ph.D. Türkçe Versiyon: ©M. H. Türkçapar & Samet Köse 2003

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tamıyla inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanıyorum
9. Eğer bir sistemim olmazsa herşey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
10. Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.	4	3	2	1	0
11. Her şeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.	4	3	2	1	0
12. Diğer insanlarla birlikte bir şeyler yapmaktansa kendi başıma yapmaktan daha çok hoşlanırım	4	3	2	1	0
13. Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullanmaya ya da yönlendirmeye çalışır.	4	3	2	1	0
14. Diğer insanların gizli amaçları vardır.	4	3	2	1	0
15. Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.	4	3	2	1	0
16. Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.	4	3	2	1	0
17. Diğer insanlar bilerek beni aşağılıyorlar.	4	3	2	1	0
18. Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
19. Ayrıntılar son derece önemlidir.	4	3	2	1	0
20. İnsanlar çok fazla patronluk tasarlarsa onların isteklerini dikkate almamaya hakkım vardır.	4	3	2	1	0
21. Yetkili kişiler sınırlarını bilmeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler.	4	3	2	1	0
22. İstedığimi almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.	4	3	2	1	0
23. Kârlı çıkabilmek için elimden gelen her şeyi yapmalıyım.	4	3	2	1	0

Personality Belief Questionnaire (PBQ)-S, ©1995 by Aaron T. Beck, M.D. , Judith S. Beck, Ph.D. Türkçe Versiyon:
©M. H. Türkçapar & Samet Köse 2003

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	hiçlikle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	hiçlik inanıyorum	Hiç inanmıyorum
24. Eğer insanlar benimle ilgili bir şeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.	4	3	2	1	0
25. İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.	4	3	2	1	0
26. Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.	4	3	2	1	0
27. Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.	4	3	2	1	0
28. Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.	4	3	2	1	0
29. Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissederim.	4	3	2	1	0
30. Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa her şey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
31. Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.	4	3	2	1	0
32. Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.	4	3	2	1	0
33. Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.	4	3	2	1	0
34. Başkalarının bana olan ilgilerini sürdürmezsem benden hoşlanmazlar.	4	3	2	1	0
35. Eğer bir şey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.	4	3	2	1	0
36. Diğer bir insana “bağlanıp” kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.	4	3	2	1	0
37. İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçim.	4	3	2	1	0

Personality Belief Questionnaire (PBQ)-S, ©1995 by Aaron T. Beck, M.D. , Judith S. Beck, Ph.D. Türkçe Versiyon:
©M. H. Türkçapar & Samet Köse 2003

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tamıyla inanyorum	Çok fazla inanyorum	Orta düzeyde inanyorum	Biraz inanyorum	Hiç inanyorum
38. Eğer ilk önce harekete geçip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.	4	3	2	1	0
39. İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.	4	3	2	1	0
40. Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.	4	3	2	1	0
41. Zaman sınırlarına uymak, istenenlere itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.	4	3	2	1	0
42. Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.	4	3	2	1	0
43. İnsanlar bana yaklaşırlarsa benim "gerçekten" ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.	4	3	2	1	0
44. Muhtaç ve zayıfım.	4	3	2	1	0
45. Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.	4	3	2	1	0
46. Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.	4	3	2	1	0
47. İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.	4	3	2	1	0
48. Eğer fırsat verirsem insanlar beni kullanırlar.	4	3	2	1	0
49. Her zaman hazırlıklı olmalıyım.	4	3	2	1	0
50. Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.	4	3	2	1	0
51. Kurallar keyfidir ve beni sıkır.	4	3	2	1	0

NE KADAR İNANİYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Hiçlikle inanmıyorum	Çok fazla inanmıyorum	Orta düzeyde inanmıyorum	Biraz inanmıyorum	Hiç inanmıyorum
52. İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.	4	3	2	1	0
53. İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.	4	3	2	1	0
54. Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.	4	3	2	1	0
55. Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü farketmezler.	4	3	2	1	0
56. İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
57. Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.	4	3	2	1	0
58. Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.	4	3	2	1	0
59. Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.	4	3	2	1	0
60. Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim.	4	3	2	1	0
61. Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.	4	3	2	1	0
62. Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.	4	3	2	1	0
63. Temelde yalnızım- kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.	4	3	2	1	0
64. Diğer insanlara güvenemem.	4	3	2	1	0
65. Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.	4	3	2	1	0

Ek-6: Beden Duyumları Ölçeği

BEDEN DUYUMLARI ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıda endişeli olduğunuzda veya korktuğunuzda ortaya çıkabilecek beden duyularının bir listesi bulunmaktadır. Lütfen ölçeği kullanarak bu hislerin *sizi ne kadar korkuttuğunu* belirtiniz.

ne kadar korkutuyor	hiç	hafif	orta	çok	aşırı
1. Çarpıntı					
2. Göğüste baskı hissi					
3. Kol ve bacaklarda uyuşma					
4. Parmak uçlarında karıncalanma					
5. Vücudun diğer yerlerinde uyuşma					
6. Nefes darlığı					
7. Baş dönmesi					
8. Görme bulanıklığı veya bozuk görme					
9. Bulantı					
10.Midede rahatsızlık hissi					
11.Midede düğümlenme hissi					
12.Boğazda yumruk hissi					
13.Bacaklarda yalpalama ve tutmama					
14.Terleme					
15.Boğaz kuruluğu					
16.Kendinden geçme ve şaşkınlık hissi					
17.Bedenden kısmen ayrılma hissi					
18.Diğer(lütfen tanımlayınız).....					

EK-7: Felaketleştiren Bilişler Ölçeği

FELAKETLEŞTİREN BİLİŞLER ÖLÇEĞİ

Yönerge: Bu anket aşağıda yer alan maddelere ilişkin inançlarınızı ve düşüncelerinizi ölçmeyi amaçlamaktadır. Bazen bu maddelerde yazan durumların *tehlikeli* olduğuna inanılır. Aşağıda tanımlanan durumları lütfen dikkatle okuyunuz ve bu durumların ne kadar tehlikeli olduğuna inandığınızı ölçeği kullanarak işaretleyiniz.

NE KADAR TEHLİKELİ?	HİÇBİR ZAMAN	BİRAZ	BAZEN	ÇOK	AŞIRI DERECEDE
asabi olma					
kaza geçirme					
zihnin normal çalışmaması					
size gülünmesi					
bulantı hissetme					
patlayacak gibi olma					
yaralanmak					
akılcı düşünememe					
sosyal ortamlarda utanmak					
kusma					
sallantı hissetmek					
öfkeli olmak					
kalp krizi geçirmek					
muhakeme güçlüğü yaşama					
bir hata yapma					
baş dönmesi hissetmek					
rahatlayamama					
kaygılı hissetme					
inme geçirmek					
korkmak					
düşünmeyi kontrol edememe					
ne söyleyeceğini bilmeme					
kalpte yanma					

uyarılmış halde olma					
gergin hissetme					
hasta olma					
duyularını kaybetme					
başarısız olma					
midede rahatsızlık hissi					
berbat hissetme					
saldırıya uğramak					
çıldırma					
insanları huzursuz etmek					
göğüste baskı hissi					
depresif olma					
görme kaybı					
zihnin durması					
uyuşma hissi					
panikleme					
sinirlilik					
boğuluyor gibi olmak					
zihinde bulanıklık					
zayıf hissetme					
huzursuz hissetmek					
ağrı hissetme					
çaresizlik hissi					
belleğini yitirme					
sinirsel gerginlik					
başetmede zorlanma					
sıkılganlık					

EK-8: Panik Agorafobi Ölçeği Hasta Anketi

PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ HASTA ANKETİ

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayın.

Panik atakları aşağıda belirtilerin eşlik ettiği bunalıtı (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

- Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- Terleme
- Titreme, sarsılma
- Ağzı kuruluğu
- Nefes almada güçlük
- Boğulma duygusu
- Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örn; midenin altüst olması)
- Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- Nesnelerin gerçekdışı 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 ataklarınız ne şiddetteydi?

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

A3. Panik ataklarının her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

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

(4) 2 saatten daha uzun sürdü.

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

(0) Çoğunlukla beklenmedik.

(1) Beklenmedikler beklenenlerden çok.

(2) Bazısı beklendik, bazısı beklenmedik.

(3) Beklenenler beklenmediklerden çok.

(4) Çoğunlukla beklendik.

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

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

(1) Oldukça nadir kaçındım.

(2) Bazen kaçındım..

(3) Sık sık kaçındım.

(4) Her zaman kaçındım.

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

(1) Uçaklar

(2) Metro (yer altında)

(3) Otobüs, trenler

(4) Gemiler

(5) Tiyatrolar, sinemalar

(6) Süpermarketler

(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

(24) 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 değerlendirirkeniz kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

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

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

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

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

- (0) Yok
(1) Çok az

- (2) Orta derecede
(3) Epeyce
(4) Çok şiddetli

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

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

Panik Agorafobi Ölçeği Hasta Anketi Sonucu

Aldığımız Toplam Puan: 0

Sonucun 12 ve üzerindeki puanlar çıkması durumunda Panik Bozukluğunuz olabilir.