



**T.C.**  
**S.B. ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT**  
**EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**II. PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**Klinik Şefi Doç. Dr. M. Hakan TÜRKCAPAR**

**AGORAFOBİ VE AGORAFOBİNİN EŞLİK ETTİĞİ PANİK**  
**BOZUKLUK HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER,**  
**KOMORBİDİTE VE KOGNİTİF ÖZELLİKLERİNE GÖRE**  
**KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Ayőegöl KART**

**UZMANLIK TEZİ**

**ANKARA**  
**2011**



**T.C.**

**S.B. ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
II. PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**Klinik Şefi Doç. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR**

**AGORAFOBİ VE AGORAFOBİNİN EŞLİK ETTİĞİ PANİK  
BOZUKLUK HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER,  
KOMORBİDİTE VE KOGNİTİF ÖZELLİKLERİNE GÖRE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Ayşegül KART**

**UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR**

**ANKARA**

**2011**

T.C. Sağlık Bakanlığı'na;

Bu çalışma jürimiz tarafından, uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Üye :.....

(Ünvanı, Adı Soyadı) (Kurum)

Bu tez, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve..... kararıyla kabul edilmiştir.

## TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan I. Psikiyatri Kliniği Şefi Doç. Dr. M. Haluk Özbay'a, II. Psikiyatri Kliniği Şefi Doç Dr. M. Hakan Türkçapar'a, I. Psikiyatri Kliniği Şef Yardımcısı Dr. Nazmiye Ayhan'a, II. Psikiyatri Kliniği Şef Yardımcısı Doç. Dr. Sibel Örsel'e, I. ve II. Psikiyatri Kliniği'nin tüm uzman, asistan, psikolog, hemşire ve personeline,

Ayrıca rotasyonlarım süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıları olan III. Dahiliye Kliniği Şefi Doç. Dr. İ. Safa Yıldırım'a, III. Nöroloji Kliniği Şefi Doç. Dr. T. Kurtuluş Yoldaş'a, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ayla Aysev'e ve bölümün diğer hocalarına,

Hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili ailem ve dostlarıma teşekkür ederim.

**Dr. Ayşegül KART**

**2011**

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR .....	v
TABLolar DİZİNİ .....	vi
I. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. TARİHÇE: ICD VE DSM SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİNDE AGORAFOBİ.....	4
2.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	7
2.2.1. Yaygınlık .....	7
2.2.2. Başlangıç Yaşı ve Cinsiyet .....	8
2.2.3. Risk Etmenleri .....	9
2.3. ETYOLOJİ .....	9
2.3.1. Genetik ve Ailesel Faktörler .....	9
2.3.2. Diğer Nörobiyolojik Faktörler .....	11
2.3.3. Psikofizyolojik Çalışmalar.....	11
2.3.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları .....	12
2.3.5. Aile Ortamı .....	12
2.3.6. Yaşam Olayları .....	12
2.3.7. Mizaç ve Kişilik.....	12
2.3.8. Dinamik Kuram .....	13
2.3.9. Bilişsel Davranışçı Kuram .....	14
2.4. TANI KRİTERLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER.....	16
2.5. KOMORBİDİTE .....	18
2.5.1. AG ve PA/PB Komorbiditesi.....	18
2.5.2. Diğer Bozukluklarla Komorbidite .....	20

2.6.	AYIRICI TANI .....	21
2.7.	TEDAVİ .....	23
2.8.	PROGNOZ .....	23
3.	YÖNTEM .....	24
3.1.	ÖRNEKLEM .....	24
3.2.	KULLANILAN KLİNİK ÖLÇEKLER VE TESTLER .....	24
3.2.1.	Sosyodemografik Bilgi Formu .....	25
3.2.2.	DSM-III-R Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) .....	25
3.2.3.	Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	26
3.2.4.	Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	26
3.2.5.	Felaketleştiren Bilişler Anketi (FBA).....	26
3.2.6.	Agorafobik Bilişler Anketi (ABA) .....	27
3.2.7.	Beden Duyumları Anketi (BDA).....	27
3.2.8.	Mobilite Envanteri (ME) .....	27
3.3.	İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	28
4.	BULGULAR.....	29
4.1.	SOSYODEMOGRAFİK VERİLER .....	29
4.2.	KOMORBİDİTE .....	33
4.3.	HASTA GRUPLARININ ÖLÇEK PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI .....	33
4.4.	GRUPLARDA ÖLÇEK KORELASYONLARI.....	34
5.	TARTIŞMA .....	36
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER .....	41
7.	ÖZET .....	43
8.	ABSTRACT.....	44
9.	KAYNAKLAR .....	45
10.	EKLER.....	57

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>5-HIAA</b>	5-hidroksi indol asetik asit
<b>5-HT</b>	Serotonin
<b>AAB</b>	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
<b>ABA</b>	Agorafobik Bilişler Anketi
<b>AG</b>	Agorafobi
<b>BAE</b>	Beck Anksiyete Envanteri
<b>BDA</b>	Beden Duyumları Anketi
<b>BDE</b>	Beck Depresyon Envanteri
<b>BDT</b>	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>COMT</b>	Katekol-o-metiltransferaz
<b>CCK</b>	Kolesistokinin
<b>DA</b>	Dopamin
<b>DSM</b>	Diagnostical and Statistical Manual
<b>EEG</b>	Elektroensefalografi
<b>FBA</b>	Felaketleştiren Bilişler Anketi
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>MAO</b>	Monoamin Oksidaz
<b>MDS</b>	Majör Depresif Sendrom
<b>ME</b>	Mobilite Envanteri
<b>NPY</b>	Nöropeptid-Y
<b>NAG</b>	N-Asetil Glukozaminidaz
<b>OKB</b>	Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PA</b>	Panik Atak
<b>PB</b>	Panik Bozukluk
<b>PBA</b>	Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk
<b>SCID I</b>	DSM-III TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No:

Tablo 1. Panik atağı için DSM-IV tanı ölçütleri.....	16
Tablo 2. Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri .....	17
Tablo 3. Agorafobi olmadan panik bozukluğu için DSM-IV tanı ölçütleri.....	17
Tablo 4. Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri.....	17
Tablo 5. Gruplara ait sosyodemografik özellikler .....	29
Tablo 6. Hasta gruplarının başvuru ve hastalık başlangıç yaşları.....	32
Tablo 7. Komorbidite.....	33
Tablo 8. Verilen ölçeklere göre hasta gruplarının karşılaştırması .....	34
Tablo 9. PBA hasta grubunda ölçeklerin korelasyonları .....	35
Tablo 10. AG hasta grubunda ölçeklerin korelasyonları .....	35



## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Agorafobi, beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen panik atağın ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda yardım sağlanamayacağı ya da kaçınmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma olarak tanımlanmaktadır (1). Agorafobinin, panik atak ve panik bozukluktan ayrı, bağımsız bir tanısal kategori olup olmadığı ise tartışmalıdır (2).

DSM-IV'de agorafobi kodlanabilir bir bozukluk değildir, sadece panik bozukluk içeriğinde veya panik atak veya panik benzeri belirtilerin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (2). Bu tanıma göre; panik olmaksızın agorafobi varlığı söz konusu değildir. Klinik örneklerde yapılmış birçok çalışmada da, agorafobinin her zaman ilk panik atak sonrasında başladığı ve durumsal olmayan panik atak olmaksızın agorafobi varlığının oldukça az olduğu gösterilerek bu görüş desteklenmiştir (3, 4, 5).

ICD-10'da ise panik atak olmaksızın agorafobi, fobiler içerisinde ayrı bir tanı olarak yer almaktadır (6). Panik bozukluk gelişimi öncesinde fobik bir tutumun yer aldığı ve bozukluğun ortaya çıkışında bu gibi spesifik özelliklerin önemli olduğu öne sürülmüştür. Buna uygun olarak, yapılan birçok toplum çalışmasında öncesinde panik atak olmaksızın agorafobi prevalansı daha belirgindir ve bu da panik bozukluk öncesinde agorafobi varlığını göstermektedir (7, 8, 9).

DSM-5'de ise agorafobinin ayrı, kodlanabilir bir bozukluk olarak yer alması planlanmaktadır ve agorafobi; bir grup agorafobik durumda belirgin korku veya anksiyete yaşamak, bu durumlardaki korku/kaçınmanın sebebi ise; kişinin kaçmasının zor olması veya yardım alamayacağını düşünmesi olarak tanımlanmıştır (10).

Agorafobinin tanımlanma ve sınıflandırılmasındaki farklılıklara ek olarak, panik atak yaşantısı veya korkusu olmaksızın agorafobiden, agorafobi olmaksızın

panik bozukluğa uzanan bir ‘süreklilik’ hipotezi öne sürülmüştür (11). Fakat agorafobinin, panik bozukluk dışında spesifik fobi, sosyal fobi, ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi diğer bozukluklarla olan ilişkisine dair çalışmaların da bulunması bu hipotezi desteklememektedir (12, 13).

Panik atak olmaksızın agorafobi var ise, hiç panik atak yaşamamış bu kişilerde korkunun sebebine yönelik yapılan çalışmalarda, felaketleştiren bilişlerin rol oynayabileceği öne sürülmüştür (14). Agorafobi, toplumsal alanda bulunmaktan veya evden uzakta olmaktan dolayı duyulan korkudan ziyade ‘korkudan korku’ olarak hipotez edilmiştir. Bu kişiler, yaşadıkları anksiyetenin olası sonuçlarını ve bedensel belirtilerini yanlış yorumlayarak felaketleştirmektedirler (15). Yapılan birçok çalışma da bu hipoteze uygun olarak, belirtileri felaketleştirme eğiliminin yüksek agorafobik kaçınma düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (16).

Panik atak olmaksızın agorafobiye ait çok az veri bulunmaktadır (17). Komorbidite ile ilgili olarak yapılan az sayıdaki çalışmada, hem panik bozukluk olmaksızın agorafobinin hem de agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğun nadiren pür formlarda görüldüğü, genellikle başka anksiyete, duygudurum, madde ve somatoform bozuklukların eşlik ettiği gösterilmiştir (18, 19). Agorafobi olmaksızın panik bozukluğa daha yüksek oranda depresyon eşlik ederken, panik bozukluk olmaksızın agorafobiye diğer fobik bozuklukların daha yüksek oranda komorbid oldukları bulunmuştur (20, 21).

Literatürden görüldüğü gibi bu iki antitenin birbirlerine benzer yönleri olduğu gibi farklı yönleri de bulunmaktadır ve neden panik bozukluğu olmaksızın bazı hastalarda agorafobi gelişebildiği sorusunun cevabı ise tartışmalıdır. Panik bozukluğunu öne çıkaran yaklaşım hemen bütün durumlarda agorafobinin panik bozukluğuna ikincil olduğunu savunurken, diğer bir görüşte agorafobinin panik bozukluk olmaksızın da görülebileceğini savunmaktadır.

Bu nedenlerle bu çalışmada, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu olan hasta grubunu (PBA), panik bozukluk olmaksızın agorafobisi olan hasta grubu (AG) ile sosyodemografik özellikler, komorbidite ve bilişsel özellikler açısından karşılaştırmayı amaçladık. Böylece, bu iki durumun araştırdığımız özellikler

açısından farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymaya çalışacağız. Bizim araştırma hipotezimiz bu iki grubun sosyodemografik ve bilişsel açıdan farklı özellikler gösterecekleri biçimindedir. Bu hipotezi test etmenin yanı sıra çalışmamızın ikinci bir amacı da panik bozukluk olmaksızın agorafobinin olduğu durumlara ait daha fazla veri elde ederek bu antitenin bağımsız bir durum olup olmadığı konusunda ek veri sağlamaktır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. TARİHÇE: ICD VE DSM SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİNDE AGORAFOBİ

Agorafobi ilk olarak 1871'de Westpal'ın, açık alanlarda şiddetli korku yaşayan ve bu nedenle evlerine gitmek üzere tanımadıkları kimselerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirdiği "Die Agoraphobie" isimli çalışmasında tanımlanmıştır (Latince'de "agora" alışveriş yapılan pazar yeri, "phobus" ise korku anlamına gelmektedir) (22). Panik bozukluk (PB) ise, ilk olarak DSM-III'te yer almasına rağmen tekrarlayan, kendiliğinden olan korku atakları ile karakterize bir sendrom olarak yüzyıldan daha önce tanımlanmıştır. Tarih boyunca, örneğin 19.yüzyılın sonlarında Da Costa sendromu ve 20. Yüzyılda Efor sendrom veya nörodolaşımsal asteni gibi birkaç isim almıştır. Freud'un anksiyete nörozu tanımı panik bozukluğun birçok anahtar özelliğini içerir. Önceleri panik bozukluk ve agorafobi daha düşük oranda ilişkilendirilirken, 1980-1994 yılları arasında sıkı bir ilişkilerinin olduğunun tanımlanması ile DSM'deki agorafobi tanısı sadece panik ile ilişkili bir tanım olarak değişirken, ICD'de ayrı bir bozukluk olarak kalmıştır (23).

DSM-III-R (24) yayınlanıncaya kadar agorafobi, literatürde yaygın ve sıkıntı verici bir fobik bozukluk veya bir fobik nevroz olarak tanımlanmıştır. ICD-9'da (1970'lerde) (25)AG bağımsız bir tanı ve ayrı bir sendrom olarak kodlanmaktaydı ve bu konumu ICD-10'da (6) da devam etmiştir. DSM sisteminde de AG, fobik nevroz ve anksiyete nevrozunun bir sonucu olarak görünmekteydi. Fakat, 1980'de yayınlanan DSM-III'de (26), AG tanımı fobilerden ziyade panik ataklar ile ilişkilendirilmiştir. Eğer bozukluğun başlangıç fazında tekrarlayan panik ataklar (PA) var ise 'panik atakların eşlik ettiği agorafobi' kodlanmaktaydı. Diğer yandan hastada panik atak öyküsü yok ise o zaman da 'panik atak olmaksızın agorafobi' tanısı konulmaktaydı.

DSM-III-R ile birlikte AG, panik atakların ortaya çıktığı durumlara bir klasik koşullanma yanıtı olarak tanımlandı. Deneysel ve klinik çalışmaların artması ile AG sadece kavramsal olarak panik atak ve panik bozukluğa bağlanmadı, ayrıca sadece geçici bir ikincil komplikasyon olarak da görülmeye başlandı. Gerçekten de, herbir DSM revizyonu ile PA ve PB ile AG arasındaki ilişkiye dair literatürdeki çalışmalar da giderek artmıştır. DSM-IV-TR’da AG ‘kodlanabilen bir bozukluk değildir’ şeklinde tanımlanmıştır. Kodlama sadece AG’nin ortaya çıktığı bozukluklar için yapılabilmektedir; AG’nin eşlik ettiği PB veya panik bozukluk öyküsü olmaksızın AG gibi. AG tanısı, panik benzeri belirtilerin oluşacağına dair korku ile ilişkilendirilmiştir. DSM-IV-TR’da mevcut diğer bozukluklardan farklı olarak, PA ve AG gibi iki temel psikolojik sendrom, spesifik tanıdan önce tanımlanmıştır (17).

Zaman içerisinde DSM ve ICD arasındaki farklılık da artmıştır. ICD-9 ve ICD-10’da, AG’nin büyük ölçüde PA’dan kaynaklandığı düşünülmemiş ve bu nedenle AG panik bozukluktan bağımsız, ayrı bir bozukluk olarak kalmıştır. Ayrıca DSM-IV-TR’da AG tanımı diğer fobik bozukluklar için kullanılan tanımdan büyük ölçüde farklıdır, AG için kullanılan tanısal kriterler sadece PA ve PB kavramlarına değil aynı zamanda ‘panik-benzeri belirtiler’e de bağlanmıştır. Aslında DSM’deki bu kavramsal gelişme, Amerika Birleşik Devletleri’nde DSM-III-R kriterleri kullanılarak klinik örneklerde yapılan çalışmalarda PA veya panik-benzeri belirtileri olmayan AG hastalarının oldukça az sayıda bulunmasına dayanmaktadır (5, 27). Fava ve ark bu durumu, tanısal kriterlerin ve değerlendirme araçlarının birincil neden olarak panik ataklar veya panik benzeri belirtilere olan yönelimleri nedeniyle, birincil PA veya panik benzeri belirtiler kavramları dışında bir AG tanısı koymanın imkansız olmasına bağlamıştır. Bu nedenle bugüne kadar, DSM’deki hiyerarşik kriterler bu konunun çözümü için sistematik verilerin toplanmasını imkansız kılmıştır. Çözümün olmaması ise, dünyada iki farklı tanısal kriter setinin olmasına ve farklı tanısal görüşmelerde farklı tanısal kriterlerin kullanılmasına yol açmıştır. Bu da, bu alanda direkt karşılaştırmalar yapmayı zorlaştırmış ve hatta bazı alanlarda imkansız kılmıştır (28).

DSM ve ICD’de, AG’nin tanımı ve PA veya panik benzeri belirtilerin varsayılan nedensel rolündeki farklılıklara rağmen, PA veya PB’nin tanısal

kriterlerinde veya her ikisinin de AG ile sık olarak eşzamanlı bulduklarına dair bir çelişki bulunmamaktadır. Ayrıca her iki görüş de, klasik literatürle uyumlu olarak PA ve panik benzeri belirtilerin AG hastalarının bir kısmında (ama hepsinde değil) temel bir rollerinin olabileceğine katılmaktadır (29). Temel olarak anlaşmazlık;

- a- AG, başlangıçta PA veya panik benzeri belirtilerin olmasından tamamen bağımsız olarak mı ortaya çıkmaktadır?
- b- PA veya panik benzeri belirtilerin her zaman AG ile nedensel bir bağlantısı var mıdır?
- c- AG’i ayrı bir bozukluk olarak tanımlamanın klinik bir yararlılığı var mıdır?
- d- AG kriterlerini daha iyi nasıl tanımlayabiliriz? konularındadır (17).

Diğer bir sorun ise, AG tanısı için DSM-IV-TR’in gerektirdiği panik benzeri belirtileri olmayan hastalara nasıl tanı konulacağıdır. Böyle vakaların olduğunu varsayılırsa, DSM’ye göre bu vakalara başka yerde sınıflandırılmamış anksiyete bozukluğu olarak mı yoksa basit fobi olarak mı tanı konulmalıdır? Fobik bozukluklardan farklı olarak, mevcut AG tanımlamasında agorafobik durumları nelerin oluşturduğu ve panik benzeri belirtilerin ortaya çıkışında veya bu belirtilerden korkmanın altında nelerin olduğu ayrıntılı bir şekilde belirtilmemiştir. Ayrıca, AG kriterlerinde fobik bozukluklarda tanımlanan ‘maruziyet’ kriteri (B), kişinin korkusunu aşırı ya da anlamsız olarak tanımladığına dair kriter (C) veya sıkıntı duyma veya işlevsellikte bozulma kriteri (E) gibi zorunlu kriterler de bulunmamaktadır. ICD-10’da ise AG tanısı, dört prototipik durumdan (kalabalık yerler, kamu alanları, evden uzakta olmak ve yalnız başına olmak) en az ikisinde ortaya çıkıyor ise konulmaktadır. DSM-IV-TR’da böyle net bir tanımlama olmadığından birçok ve çoğunluğu eski DSM çalışmalarında tanı, sadece bir agorafobi durumu olduğunda ve tüm fobik bozukluklar için kullanılan ek zorunlu kriterler olmadığında da konulmuştur (17).

Bu temel konular dışında DSM-III revizyonlarına, AG’nin daha iyi tanımlanmasına yönelik bazı düzenlemeler eklenmiştir (30); DSM-III-R’da AG

tanısı, panik atak olacağı anksiyetesi ile bireyin yolculuğunu kısıtlaması (kaçınma), yolculuk için eşlik eden birine ihtiyaç duyması veya yoğun anksiyeteye rağmen AG durumlarında kalmaya devam etmek olarak tanımlandı. Hastalar yanlarında eşlik eden birisi olduğu sürece yolculuk edebilirlerdi veya sıkıntı yaşamalarına rağmen yalnız yolculuk edebilirlerdi yani AG tanısı için kaçınma zorunlu değildi (31). DSM-III-R'da AG, durumsal kaçınma temelinde dört farklı düzeyde sınıflandırdı (yok, hafif, orta, şiddetli). DSM-IV'de ise ikili (var veya yok) bir AG tanısı kullanılmıştır. Agorafobik davranışları düzenlemede boyutsal yaklaşımdan ziyade ikili yaklaşımın daha iyi olduğu öne sürülmüştür. Fakat bunu destekleyecek bir veri bulunamamıştır (17).

## **2.2. EPİDEMİYOLOJİ**

### **2.2.1. Yaygınlık**

1980'lerden itibaren AG, panik bozuklukla ilişkili olarak değerlendirilmiştir ve günümüze kadar tüm dünyada DSM-III, III-R ve IV kriterlerine göre PA'ların, PB'nin ve AG'nin yaşamboyu ve 12 aylık yaygınlıkları yapılan birçok toplum çalışması ile belirlenmiştir (32, 33, 34). Yaşam boyu yaygınlık ölçümlerinde bazı farklılıklar olmasına rağmen neredeyse tüm çalışmalarda olan ortak noktalar şunlardır:

- a- DSM-III-R ve IV'e göre panik ataklar oldukça sık görülmektedir (birçok örnekte %20 ve üzerinde).
- b- Yaşam boyu PB oranı, yapılan çalışmalara göre değişmekle birlikte %3-5 aralığındadır; bu hastaların yaklaşık %35-65'i agorafobinin eşlik ettiği PB kriterlerini karşılamaktadır.
- c- PB öyküsü olmaksızın AG oranları, en az PB kadar yüksektir. Fakat muhtemelen metodolojik faktörler nedeniyle çalışmalardaki yaygınlık %1 oranından %22'e kadar değişmektedir (1990'dan itibaren olan çalışmalarda ortalama %3.8) (17).

Beş epidemiyolojik çalışmanın bir gözden geçirmesinde, AG'si olan bireylerin %46-85'inde PA olmadığı ve ayrıca PA olmaksızın AG'nin, toplum örneklemelerine göre klinik örneklerde daha az olduğunu gösterilmiştir (%0-31) (35). ICD ve DSM kriterlerine uygun olarak en az iki agorafobik durumu gerektiren AG tanımının kullanıldığı, 1990'lardan itibaren yayınlanan çalışmalarda PB'nin 12 aylık oranı %1.8 iken, PA olmaksızın AG oranı %1.3 olarak bulunmuştur (8, 18, 36). Çalışmalar arasındaki değişkenlik gerçek farklılığı yansıtmaktan çok çalışma tasarımına, metodolojik ve değerlendirmedeki değişkenlere bağlanmıştır (34, 36). NCS-R gibi güncel çalışmaların bulguları da, panik/AG sendromu olan hastaların yaklaşık %25'inin PA veya PB olmaksızın AG kriterlerini karşıladığını göstermiştir (8, 19). Geniş bir örneklem grubunda yapılan bir çalışmada ise panik benzeri belirtileri bile olmayan AG hastaları için yaşamboyu yaygınlık %1.5 olarak bulunmuş ve vakaların %1.3'ünde panik benzeri belirtilerin (korku atakları) AG başlangıcı sonrasında olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada PB öyküsü olmaksızın AG'nin DSM-IV-TR'a göre tanımını hastaların sadece %0.6'sı karşılarken, AG'li PB oranı %1.9 olarak bulunmuş (17).

Ergen/genç erişkinlerden oluşan bir örnekleme yapılan prospektif uzunlamasına bir çalışma, DSM-IV kriterleri uygulanmadığında AG insidansının çok daha yüksek olduğunu göstermiştir (kriterler uygulanmadığında oran %5.3, uygulandığında ise %0.6) (2). Yaşlılarda yaygınlık oranı daha düşüktür (37).

Amerika'da yapılan çalışmalarda 'PB öyküsü olmaksızın AG' tanısının klinik pratikte nadiren konulduğu gösterilmiştir (27). Sekiz klinik çalışmadan yapılan bir gözden geçirmede, dört çalışmada bir tane bile panik olmaksızın AG vakasının olmadığı ve diğer dört çalışmada da AG hastaları arasında PA oranının %2-31 oranında olduğunu bildirilmiştir (35).

### **2.2.2. Başlangıç Yaşı ve Cinsiyet**

Agorafobi, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (34, 38). PB ve AG arasındaki yaş-cinsiyet etkileşimi farklılıklarını bildiren bir çalışma bulunmamaktadır. AG'nin eşlik ettiği ya da etmediği PA ve PB için başlangıç yaşı



daha önce birçok çalışmada değerlendirilmiştir ve aralarında çok az farklılık olduğu bildirilmiştir. 18 yaş üstü bireyleri içeren retrospektif kesitsel toplum çalışmalarına göre, her üç grup içinde başlangıç yaş ortalaması 21-23'dür (18). Farklı örneklem bileşimleri nedeniyle bazı çalışmalarda biraz daha ileri yaşlar (23-36) bildirilmiştir (33, 39, 40). Yapılan çalışmalarda tüm PB vakalarının üçte ikisinin 35 yaş altında başladığı ve özellikle geç ergenlik döneminde riskin arttığı ve çocukluk döneminde nadiren görüldüğü gösterilmiştir (41). PA'lar için ise 15-19 yaşlarında bir pik ve daha ileri yaşlarda (35-50) başka bir pik olmak üzere bimodal bir risk dağılımının olduğu bazı yayınlarda gösterilmiştir (42, 43, 44). Bazı çalışmalar AG varlığının, ileri yaş PB başlangıcını ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür(45, 46). Sonuç olarak, PA olmaksızın AG'nin başlangıç yaşına ait daha az veri bulunmaktadır. Özellikle PA olmaksızın AG'yi inceleyen çalışmalarda, AG başlangıcı için 25-29 yaş aralığı gibi biraz daha ileri yaşlar gösterilmiştir (44, 47, 48), başlangıç yaşı açısından bimodal bir risk (ikinci yüksek risk periyodu; 40 yaş sonrası) olduğunu gösteren bazı bildiriler de bulunmaktadır. AG'nin çocukluk dönemi gibi erken dönemlerde PB'dan daha sık olabileceğini gösteren bulgular da bulunmaktadır (7, 49).

### **2.2.3. Risk Etmenleri**

Agorafobi için risk etmenleri; panik bozukluk varlığı, genç yaş, kadın cinsiyet ve diğer fobilerdir (50). Panik atakların sıklık ve şiddetine göre agorafobik kaçınma işlevsellikte bozulmanın daha iyi bir göstergesidir (51). AG'nin eşlik etmediği PB'a kıyasla AG'nin eşlik ettiği PB'da işlevsellikte daha fazla bozulmanın, PB belirti şiddetinin daha fazla ve diğer eksen I bozukluklarla komorbiditenin daha fazla olduğu bulunmuştur (18).

## **2.3. ETYOLOJİ**

### **2.3.1. Genetik ve Ailesel Faktörler**

Farklı klinik ve aile çalışmalarında PB ve agorafobi etyolojisinde ailesel bir agregasyonun olduğu gösterilmiştir (52, 53). Hayward, ebeveynlerde AG'nin eşlik

ettiği PB öyküsünün olmasının çocukta PA gelişimi açısından temel bir rolünün olabileceğini öne sürmüştür (54). Fakat, PA ve PB'nin kendisi de diğer bozuklukların morbidite riskini arttırdıklarından bu görüş tartışmalıdır (55, 56). Yine de, birçok çalışmada AG'nin eşlik ettiği PB için az da olsa bir özgüllüğün olduğu öne sürülmüştür (52, 57, 58). Sadece birkaç çalışmada PA/PB ve AG için farklı bir ailesel agregasyon var mı diye araştırılmıştır. Harris, agorafobik hasta yakınlarındaki artmış riskin sadece AG (%33, kontrollerde %15) ile sınırlı olmadığını aynı zamanda PB (%32) ve diğer fobiler için de geçerli olduğunu bulmuştur (59). Tersine Smeraldi, PB için değil de sadece AG için artmış riskin olduğunu bildirmiştir (60). Sonrasında Tsuang, PA ile birlikte olan AG'nin ailesel olduğunu, ikizlerdeki AG'nin artmış PB agregasyonu ile ilişkili olmadığını bildirmiş ve bu nedenle AG ve panik yatkınlığının agorafobi-panik sürekliliği içerisinde yer almadığını öne sürmüştür (61). Nocon ise, PB ve AG'nin ailesel agregasyonlarının olduğunu, PB olmaksızın AG'nin ailesel olmadığını ama PB'un ailesel geçişini artırıyor olabileceğini bulmuştur (62). Ebeveynlerde olan AG ve PB'un her ikisi de çocukta herhangi bir anksiyete bozukluğu gelişme riskini benzer şekilde arttırmaktadır (63).

Kalıtıllık, PB için %43-48 ve AG için %61 olarak hesaplanmıştır (64, 65). Kendler, kadınlarda fobi kalıtıllığının daha yüksek olması (%40-60) nedeniyle, mevcut 'fobi yatkınlığı'nın AG ile en kuvvetli ve en özgül ilişkide olduğunu öne sürmüştür (66).

Moleküler genetik stratejiler PB'da sık olarak kullanılmıştır ve nörobiyolojik ve farmakolojik hedeflerle ilişkili birçok aday gen ve mekanizma tespit edilmiştir, fakat birçoğu da tutarsızdır: Locus caeruleus (NTRK3), dopamin (D4DR, DAT), serotonin (5HT-1A, 5HT-2C, 5HTTLPR), katekolamin sistemi (MAO-A, COMT), nöropeptid (NPY Y1, Y2, Y5), adenosin reseptörleri (ADORA1, ADORA2a) ve CCK(örn. CCKAR) gibi (67, 68). Özellikle PB ve AG'yi ayırt eden birkaç çalışma bulunmaktadır. Politi, AG vakalarını dışlayınca kadar glioksalaz-1-polimorfizmi ile AG'nin eşlik ettiği PB arasında bir ilişki bulamamıştır (69). Rothe, AG'nin eşlik ettiği ve etmediği PB için 5HT transporter polimorfizmine göre farklılıklar bildirmiştir (67). Hettema, PB ve AG bayan hastalarında COMT geniyle bir ilişki bildirmiştir (70).

Özetle hem PB hem de AG için tanısal açıdan özgül genetik mekanizmaya dair çok az veri bulunmaktadır.

### **2.3.2. Diğer Nörobiyolojik Faktörler**

Panik-agorafobinin psikofizyolojik ve nöroendokrinolojik mekanizmalarına dair yeterli çalışma olmasına rağmen (71, 72), PB, AG'nin eşlik ettiği PB ve PA olmaksızın AG arasındaki farklılıkları değerlendiren sadece birkaç tane çalışma bulunmaktadır. Garvey ve Noyes (73), laboratuvar ölçümleri ile PB ve AG'nin ayrı hastalıklar mı yoksa aynı hastalığın farklı varyantları mı olduklarını değerlendirmişlerdir. PA'nın varlığına göre sınıflandırmaksızın 91 AG hastasını ve 24 PB hastasını, serotonin bağlanma ve metabolizmasının bir belirteci olarak düşünülen üriner lizozomal enzim NAG düzeyine göre değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada AG'ye göre PB hastalarında NAG düzeylerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu bulunmuştur ve PB ve AG'nin ayrı hastalıklar olduklarına dair az da olsa bir destek sağlanmıştır.

### **2.3.3. Psikofizyolojik Çalışmalar**

PB hastalarında EEG aktivitesinin değerlendirildiği çalışmalarda, alfa ritminde bir azalma ile beta aktivitesinde bir artış belirlenmiştir (74, 75). AG'nin eşlik ettiği PB ile AG'nin eşlik etmediği PB hastaları ile yapılan güncel bir çalışmada, AG'nin eşlik ettiği olgularda asendan mesensefalik retiküler formasyonda aktivite artışı saptanırken, AG'nin eşlik etmediği olgularda temporal-limbik yapılarda bir aktivite artışı saptanmıştır. Ayrıca AG'nin eşlik ettiği olgularda P300 amplitüdünün daha düşük, P300 adaptasyonu ve dikkatte daha fazla bozulmanın olduğu gösterilmiştir (76).

#### **2.3.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

PA'ların beyin sapı kaynaklı olduğu, beklenti anksiyetesinin limbik yapılarla ilişkili olduğu ve AG'nin frontal korteksle ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Frontal korteksin amigdala üzerindeki anksiyeteyi ortadan kaldıracak şekildeki baskılayıcı etkisinin PB'da ortadan kalktığı öne sürülmektedir (77).

#### **2.3.5. Aile Ortamı**

PB ve AG hastalarında yapılan birçok çalışmada aile ortamı veya çocuk yetiştirme tutumları, azalmış yakınlık ve artmış koruyuculuk ile ilişkilendirilmiştir (78, 79). Bu ilişki özellikle PB için saptanmıştır, PA olmaksızın AG ile yapılan çalışmalarda ise nadiren özellikle değerlendirilmiştir. Kendler, kadın AG hastaları ile ebeveyn yakınlığının az olması, aşırı koruyuculuk ve otoriterlik arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ve bu ilişkinin PB için geçerli olmadığını göstermiştir (80).

#### **2.3.6. Yaşam Olayları**

Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz olayların (ayrılık, ebeveyn ölümü gibi) hem AG hem de PB ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (81, 82). Olumsuz yaşam olaylarının artması ile tanısal özgüllük olmaksızın çeşitli bozuklukların başlangıcı arasında bir ilişki bulunmaktadır (83). Birkaç çalışmada erken ölüm ve ayrılık PB ile ilişkili iken sadece ölümün (ayrılığın değil) AG ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (82, 84). AG, PB veya diğer anksiyete bozukluklarının hepsinin yaygınlığı önemli yaşam olayları ile artmaktadır (85).

#### **2.3.7. Mizaç ve Kişilik**

Davranışsal inhibisyon ve nevrotik eğilim AG, fobik bozukluklar, PB ve birçok farklı bozuklukla ilişkili bulunmuştur. Mizaç özelliklerinin de agorafobi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

- Dışadönüklük/içedönüklük: Dışadönüklük AG ile ters ilişkilidir, PB için ise böyle bir ilişki bulunmamıştır. Dışadönüklüğün az olması, yaşamboyu AG tanısının artması ile ilişkili bulunmuştur (86). Ayrıca yapılan çalışmalarda dışadönüklük durumsal kaçınmanın varlığı ve şiddeti ile de ilişkili bulunmuştur (87). Yapılan bir ikiz çalışmasında, agorafobinin kalıtsal etkileri üzerine dışadönüklük ve nevrozizmin bağımsız genetik katkıları (genetiğe karşılık paylaşılmış çevresel faktörler) değerlendirilmiştir (88). Dışadönüklük ve AG arasında ters bir ilişki bulunurken, dizigotik ikizlere göre monozigotik ikizlerde daha yüksek ikizlerarası ilişki bulunmuştur. Bu nedenle, dışadönüklüğü etkileyen genetik bileşenlerin yaşam boyu AG tanısını da etkilediği öne sürülmüştür.
- Anksiyete duyarlılığı: Anksiyete belirtilerinin tehlikeli olduğuna inanma eğilimidir. Hem PB hem de PA olmaksızın AG için bir gösterge olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (14, 87).
- Bağımlılık: Avoidant, bağımlı ve ilişkili kişilik özelliklerinin, AG başlangıcı için bir gösterge oldukları bulunmuştur (89).
- Diğer: Kontrol kaybı (90) ve düşük özgüven (91), agorafobik kaçınma ve durumsal korku ile ilişkilendirilmiştir.

### 2.3.8. Dinamik Kuram

Agorafobinin belirti görüntüsüne hem ödipal hem de preödipal kaygıların katkısının olduğu düşünülmektedir. Temel olarak agorafobi, ödipal kaygılar nedeniyle dayanılmaz anksiyete durumlarından bir kaçış olarak tanımlanmaktadır. Bu kaygılar, cinsel günah ve karışıklık, kastrasyon, çözülmemiş agresif çatışmalar ve yeni kazanılmış bağımsızlıkla ilişkili korkuları içermektedir. Bu formülasyon, AG'nin genellikle başlıca yaşam geçişlerinin ardından, genç erişkinlikte yani böyle çatışma ve korkuların artmaya başladığı bir dönemde ortaya çıkması ile de uyumludur. Özgül ödipal korku, daha kabul edilebilir korkularla yer değiştirir ve içsel olarak uzaklaştırılmayan anksiyete dışsal durumlara yansıtılır. Bu formülasyonda regresyon kaçınma olarak ve aniden ortaya çıkan belirtiler de ödipal ikilemlerin bir sonucu olarak görülür. Agorafobinin oluşmasında, ilkel otistik

savunmaların varlığının ve yansıtımlı özdeşimin olmamasının önemli olduğu da öne sürülmüştür (92).

### 2.3.9. Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel-davranışçı model, PB ve AG'yi ilkel çevredeki korkuların uyum sağlayıcı doğası üzerine temellendirmiştir. Örneğin, açık alanlardan kaçınmak, yırtıcıların hedefi olan hayvanlar (insanlar gibi) için uyum sağlayıcıdır, çünkü bu alanların kenarında bulunmak riski azaltır. Yüksek yerler (ki genellikle baş dönmesini tetikler) vahşi hayatta kaçınılması gereken makul durumlardır, çünkü yüksek yerler daha fazla risk içermektedir. Kapana kısılma korkusu da 'uyum sağlayıcı' korku olarak görülebilir. Bu korkular olası uyum sağlayıcı değerleri nedeniyle türlerde tutulmuş olabilir, ama hastanın panik olarak yaşadığı 'kaç, savaş ya da donakal' cevabı günümüzde artık uyum sağlayıcı değildir.

Bu model, PB olan bireylerin ilk panik ya da yüksek seviyede kaygı deneyimlerini biyolojik yatkınlığa, zorlanmaya veya fiziksel nedenlere (hastalık gibi) bağlamaktadır. Fizyolojik uyarılma sonucundaki duyular (örn. hiperventilasyon, terleme, baş dönmesi veya kalp çarpıntısı) felaketleştirici yorumlara (örn. 'kalp krizi geçiriyorum' ya da 'çıldırıyorum') ve bu da hipervijilansa yol açmaktadır. Sonraki durumlarda kişi, kendi fizyolojik uyarılmalarına ilişkin bedensel duyularını yanlış yorumlar ve kaçınılmaz felaket sonuçların geleceğine işaret olarak değerlendirir (bu yanlış yorumlamalar 'yanlış alarmlar'dır) ve nihayetinde de tam bir panik nöbeti yaşanır. Sonuç olarak, birey beklenti kaygısı geliştirir ve kaygı oluşturma riski ile ilişkisini kurduğu durumlardan kaçınır; bu da zamanla agorafobiye yol açar. Bazı olgularda agorafobili hastalar baş etmek için güvenlik sağlayıcı davranışlar ya da büyüsel düşünce kullanırlar. Bu teknikler kaygıyı azaltırken, sonuçta agorafobiyi pekiştirir ve ona katkıda bulunur.

Davranışsal açıdan, agorafobik kaçınma sürdürülür, çünkü her seferinde birey bir durumdan kaçınarak kaygısını azaltır. Bu öğrenilmiş kaçınma edimsel koşullanma ve uyarı genelleştirmesi ilkelerini izler. Böylece kaçınarak tekrarlanan pekiştirme, ileride kaçınmaya doğru güçlü bir yönelimle sonuçlanmaktadır, bunun

yanında en çok korkulan duruma benzer durumlardan da kaçınmaya başlamaktadır. Diğer uyaranlara da bu kaçınmayı genelleştirmeye doğru daha büyük bir eğilimin doğmasıyla sonuçlanmaktadır. Örneğin, artmış kaygı yüzünden kalabalık dükkanlardan kaçınmaya başlayan bir birey, sonrasında herhangi bir dükkana girmekten, hatta kaygının arttığı ve korkulan panik atağa yol açabileceği için dışarıya çıkmaktan bile kaçınabilir. Benzer biçimde, başlangıçta panik nöbeti ile bağlantılı olan bedensel uyarılma duyularından da kişi kaçınır, bu durum sonuçta bedensel uyarılmayı arttıracak bütün durumlardan kaçınma eğilimi ile sonuçlanabilir (93).

Dolayısıyla agorafobi, açık alanlardan ve evden uzakta olmaktan dolayı duyulan korkudan ziyade ‘korkudan korkmak’ (panik atakların kendisinden veya gerçek veya hayali sonuçlarından korkmak) olarak hipotez edilmiştir. PA olmaksızın AG olan bireylerde, DSM-IV AG kriterlerinde de belirtildiği üzere panik benzeri belirtilerin agorafobik kaçınmaya yol açtığı düşünülmektedir. Fakat yapılan bir çalışmada AG tanısı alan bireylerden sadece %33.9’unun herhangi bir korku atağı yaşadığı bulunmuştur. AG hastalarında korkunun asıl nedenini araştıran bir çalışmada, bazı bireyler yetersizlik korkusu (örn. bayılma gibi) veya utanç korkusu (işeme veya kusma gibi) yaşadıkları bulunmuştur. Bu sonuçlar sonucunda, genellikle PB ile ilişkilendirilen felaketleştirici yorumların PA olmaksızın AG’de de olabileceği öne sürülmüştür. Zaten korkular, bu vakalarda sıklıkla dışarıdaki bir tehlike ile ilişkilidir, örneğin saldırıya uğrama, kaybolma veya köprünün çökmesi gibi anlamsız ve felaketleştirici korkuları vardır. Bu vakalarda korku içsel bir belirti (örn. panik veya panik benzeri duyular) nedeniyle değildir, çevredeki bir obje veya durumla ilgili bir korku bulunmaktadır. Yine de pratikte bu ayırım yapmak kolay değildir. Kişiler kaçınmalarının obje veya durum nedeniyle olduğunu düşünebilirler ve bu nedenle içsel uyarılarının farkında olmayabilirler (14).

AG’nin eşlik ettiği ve etmediği PB hasta grupları, kaçınmaya yol açan bilişsel eğilimleri tespit etmek amacıyla değerlendirilmiştir. PA şiddeti ve sıklığının iki grup arasında farklılık göstermediği, asıl farklılığı panik tehlikesinin bilişsel tahmininde olduğu gösterilmiştir. Benzer bir çalışmada, ‘aptalca davranacağım’ korkusunun iki grubu en iyi ayırt eden faktör olduğu ve kaçınma davranışının panik sıklığı ve şiddeti ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (14). Başka bir çalışmada AG’nin eşlik ettiği PB hastalarının belirtileri ile ilgili daha fazla fiziksel, sosyal ve kontrol

kaybı kaygılarının olduğu (94), diğer bir çalışmada ise ‘öleceğim’ veya ‘çıldıracağım’ korkusunun AG’nin eşlik etmediği PB hastalarına göre daha fazla olduğu bulunmuştur (95). Bu çalışmalardan farklı olarak yapılan bir çalışmada iki grubun panik belirtilerini felaketleştirmede farklılık göstermediği bulunmuştur (96). Dolayısıyla AG ile felaketleştirme arasındaki ilişkiye yönelik yapılan çalışmalarda sonuçlar tutarlı değildir. Fakat AG tanısı yerine agorafobik kaçınma düzeyi ile felaketleştirme arasındaki ilişkiye dair veriler daha tutarlıdır ve belirtileri felaketleştirme eğiliminin daha fazla agorafobik kaçınma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (16).

#### 2.4. TANI KRİTERLERİ VE KLİNİK ÖZELLİKLER

DSM-IV’de agorafobi sadece panik ile ilişkili olarak yer almaktadır ve ayrı, kodlanabilir bir bozukluk değildir. Yapılan birçok epidemiyolojik çalışmada ise, agorafobinin büyük oranda panikten bağımsız olarak ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bu nedenle ICD-10’da agorafobi halen ayrı, kodlanabilir bir bozukluk olarak yer almaktadır ve DSM-5’de de bu şekilde yer alması planmaktadır. Mevcut tanısal sınıflandırma sistemlerine göre panik atak, panik bozukluk ve agorafobi tanı kriterleri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Panik atağı için DSM-IV tanı ölçütleri

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:	6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması,	7. Bulantı ya da karın ağrısı,
2. Terleme,	8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma,
3. Titreme ya da sarsılma,	9. Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma),
4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları,	10. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu,
5. Soluğun kesilmesi,	11. Ölüm korkusu,
	12. Pareteziiler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları),
	13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları.



**Tablo 2.** Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri

A. Beklenmedik ya da durumsal yatkınlık gösterilen bir panik atağı ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda, yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında; tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üstünde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.	tıly bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.
B. Bu durumlardan kaçınılır ya da Panik Atağı / panik benzeri belirtiler ortaya çıkacağı anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntı	C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanma korkusu nedeniyle toplumsal durumlardan kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyon nedeniyle kir ve pislikten kaçınma), 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.

**Tablo 3.** Agorafobi olmadan panik bozukluğu için DSM-IV 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 biri (ya da daha fazlası) izler: a) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli kaygı, b) Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrol kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma, c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.	C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
B. Agorafobinin olmaması	D. Panik atakları, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örn. özgül fobik bir durumla karşılaşma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ya da pislikle karşılaşması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

**Tablo 4.** Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri

A. Panik benzeri belirtiler (örn. baş dönmesi ya da diyare) ortaya çıkacağı korkusuyla ilişkili olarak agorafobinin varlığı	ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
B. Tanı ölçütleri Panik Bozukluğunun tanı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.	D. Eşlik eden genel tıbbi bir durum varsa, A tanı ölçütünde tanımlanan korku genelde bu duruma eşlik eden korkudan çok daha fazladır.
C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir	

Agorafobi temel olarak belirli durumlarda anksiyete yaşama veya bu durumlardan kaçınma ile kendini gösterir. Agorafobili bireyler sıklıkla panik belirtilerinden ya da panik benzeri belirtilerden korktuklarını belirtirler. Kaçınılan durumlar şu şekilde özetlenebilir:

- Pazar yerinde, büyük bir mağaza ya da alışveriş yerinde olma,
- Otobüs, tren, vapur, uçak gibi toplu taşıma araçlarıyla yolculuk etme,

- Toplu olarak bulunulan ortamlarda, kalabalık içinde, işlek caddelerde olma,
- Özellikle trafiğin sıkışık olduğu yerlerde arabayla yolculuk etme,
- Köprüden geçme,
- Kuyrukta bekleme.

Kaçınma nedenleri farklılık gösterebilir. Vakaların büyük kısmında bireyler panik belirtileri ve sonrasında utanç ve çaresizlik hissi yaşamaktan korktukları için kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Anksiyete belirtileri nedeniyle kontrollerini kaybedeceklerinden veya öleceklerinden korkuyor olabilirler. Kontrolünü kaybetme korkusu bireye özgüdür ve mesane kontrolünün kaybı, kusma, bayılma, çıldırma veya hareket edememe korkularını içerebilir. Bazen hastalar korkularını tanımlamakta çok zorlanırlar ve genel bir korkudan bahsedebilirler.

Agorafobi hastalarının kendilerini rahat hissettikleri bir 'güvenli alan'larının olmasına sık rastlanır. Bu evleri olabilir veya çevrelerindeki belirli bir alan olabilir. Bu güvenli alandan çıkmaktan, özellikle de yalnız olduklarında kaçınırlar. Genellikle belirli bir durumdaki anksiyete düzeylerini azaltmak için güvenlik sağlayıcı davranışları vardır. Bunlar, bireyin olmasından korktuğu veya baş edemeyeceğini düşündüğü tehlikeden kendisini korumak için yaptığı davranışlardır. Bu davranışlar açık (örn. Kaçma, kaçınma, 'güvenilir' bir kişinin eşlik etmesi) veya gizlice (örn. Çıkışa yakın oturmak veya koruduğu düşünülen bir nesnenin yanında taşınması) olabilir. Bu davranışlar, bozukluğun sürmesinde etkili olabilir (97).

## **2.5. KOMORBİDİTE**

### **2.5.1. AG ve PA/PB Komorbiditesi**

AG'nin her zaman birincil spontan PA'larla veya en azından panik benzeri belirtilerle ilişkili olup olmadığını değerlendirmek için bazı çalışmalarda uzunlamasına veriler kullanılmıştır(7, 28, 98). Toplum örneklemelerinde agorafobiklerin büyük bir kısmının hiç PA veya panik benzeri belirtiler veya

agorafobik kaçınmaya öncülük eden herhangi bir psikofizyolojik belirti yaşamadıkları gösterilmiştir. Böyle belirtilerin olduğu vakalarda, bu belirtilerin sıklıkla AG başlangıcına ikincil olarak ortaya çıktıkları ve uzunlamasına yapılan çalışmalarda PA'nın AG'yi öngördüğü sıklıkta AG'nin de PA'ı öngördüğü bulunmuştur.

Amerika'da yapılmış daha ufak klinik çalışmalar (70 hastadan daha az), AG/PB veya AG'nin eşlik ettiği PA hastalarının büyük kısmında, agorafobik kaçınmanın PA'a ikincil olarak ortaya çıktıklarını bulmuşlardır (17). Ballenger ve Fyer, birincil PA'ların ikincil AG'yi etkileyip etkilemediğini değerlendirmişlerdir (99). Agorafobik kaçınma, PA sıklığı veya şiddeti gibi değişkenlerle ilişkili görünmese de, özgül ag durumlarında panik olma beklentisi ile ilişkili gibi görünmektedir. Yine de bu bulgu 'agorafobik kaçınma gelişimi için panik beklentisi nedensel bir önemdedir' anlamına gelmemektedir (17).

PA başlangıcından önceki eşik altı belirti örüntüsünü tespit etmek için klinik retrospektif çalışmalar yapılmıştır. Fava, AG'nin eşlik ettiği PB olan 40 hastanın büyük kısmının ilk PA öncesi prodromal belirtilerinin (AG, hipokondriyazis, yaygın anksiyete) olduğunu buldu (100). Bu çalışmadaki metodolojik farklılıklar 1980'lerde yapılan çalışmalardan oldukça farklıdır, o dönemde yapılan çalışmalar öz-bildirim araçlarına, yapılandırılmamış görüşmelere ve belirtiler yerine tanıya odaklanmaya dayanmaktaydı. Takip eden çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Garvey, 32 PB hastasından %28'inin ilk PA ortaya çıkmadan ortalama 5 yıl önce sona eren prodromal anksiyete belirtilerinin olduğunu bulmuştur (101). Lelliott, 57 AG'nin eşlik ettiği PB hastasından %70'inin prodromal depresyon, anksiyete ve kaçınmasının olduğunu göstermiştir. Hastaların %23'ünde agorafobik kaçınma ilk PA öncesindeydi (102). Argyle ve Roth, 56 AG'nin eşlik ettiği PB vakasında olayların sırasını incelemişlerdir (103). Hastaların büyük kısmında (%55.4) PB başlangıcından hemen sonraki 6 ay içerisinde AG başlarken, %19.6'sında AG net bir şekilde panik öncesindeydi ve %25'inde ise olaylar tersineydi. Özellikle sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer tanımlar sıklıkla panik başlangıcından önceydi. Perugi, 126 ardışık PB vakasını yarı yapılandırılmış görüşmeler ile değerlendirmiş ve Fava'nın bulgularına benzer sonuçlar elde etmiştir (104). Dahası,

birkaç çalışmada hastaların büyük kısmının ilk PA'larını halka açık alanlarda ve fobojenik durumlarda yaşadıkları bulunmuştur (17).

Bulgulardaki bu belirgin farklılık, çalışmalardaki metodolojik sorunlar nedeniyle çözülememiştir. En azından özetlersek; AG'li hastaların yaklaşık %50'sinde önce bir PA olduğuna dair tutarlı veriler bulunmaktadır ve bu da DSM-IV-TR'daki etyopatolojik yolu desteklemektedir. Fakat kalan %50, diğer yolların da olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu veri, aralarında her iki durumun da diğerinin oluşma ihtimalini arttırdığı anlamına gelen resiprokal bir ilişki olduğunu öne süren panik-agorafobi spektrumu kavramı ile de tam olarak uyumlu değildir. Epidemiyolojik kanıtlar bu resiprokal ilişkiyi desteklememektedirler (17).

İyi belirlenmiş yaş gruplarında yapılan prospektif uzunlamasına araştırmalar bu sorunları çözebilir fakat sayıları oldukça azdır. PA, PB ve AG'nin yaygınlığını sistematik bir şekilde tanımlayan sadece bir tane prospektif uzunlamasına çok merkezli bir çalışma bulunmaktadır. Bu prospektif çalışmada, başlangıçta PA olanların %23.5'de takip eden dönemde AG geliştiği ve yaklaşık %50'sinde de PB geliştiği bulunmuştur. Bu AG gelişimi için 17 kat ve PB gelişimi için 38 kat risk artışı demektir. PA'ların diğer anksiyete, duygudurum ve madde bozuklukları gibi tüm bozukluklarla da kuvvetli bir ilişkisi vardır ve AG veya PB'na özgül değildirler. Ayrıca birincil AG'leri olan vakaların (DSM-IV-TR'a göre PA veya panik benzeri belirtileri dahi olmayan) takiplerinde PA veya PB açısından riskleri artmamıştır; sadece %11.6'sında PA ve %2.4'ünde PB gelişmiştir (17).

### **2.5.2. Diğer Bozukluklarla Komorbidite**

Komorbidite örüntülerini toplum örneklemelerinde karşılaştıran birkaç çalışma bulunmaktadır. PB ve AG'nin her ikisinin de nadiren tek başlarına görüldüğü ve diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde ve somatoform bozukluklar gibi birçok tanı ile sıklıkla ilişkili oldukları bilinmektedir (18, 19). Doğrudan yapılan karşılaştırmalarda depresyon komorbiditesi, AG'nin eşlik ettiği PB (%52) ve AG'nin eşlik ettiği PA (%52.3) hastalarında PA olmaksızın AG (%33.1)

hastalarına göre daha yüksek çıkmaktadır. Bu nedenle, AG'nin eşlik ettiği PB ve AG'nin eşlik ettiği PA artmış depresyon riski açısından daha güçlü göstergelerdir. Diğer anksiyete bozuklukları ile komorbidite tüm gruplarda benzer bulunmuştur (%49-64), fakat anlamlı farklılık olmamasına rağmen PA olmaksızın AG'nin diğer fobik bozukluklarla daha sık komorbid olduğu bulunmuştur (17, 18, 19). AG'nin eşlik ettiği PB ve AG'nin eşlik ettiği PA'yı içeren çalışmalarda komorbidite oranları; basit fobi (%73.7-75.2), sosyal fobi (%66.5), yaygın anksiyete bozukluğu (%15-31.9), travma sonrası stres bozukluğu (%24.2-39.6), major depresif bozukluk (%38.5-48.7), bipolar bozukluk (%15.5-33) ve madde kullanım bozuklukları (%31.4-37.3) olarak bulunmuştur (20, 21, 97). Bir sendromdan diğer sendroma geçiş açısından ise, birincil PA olmasının takipteki psikopatoloji için duyarlı bir gösterge olduğu (%90 < en az bir mental bozukluk gelişmektedir) fakat bu durumun PB, AG veya diğer anksiyete bozukluklarına özel olmadığı, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları ile de sık birlikteliğinin olduğu bulunmuştur (99). AG'nin ise geçiş açısından, anksiyete bozuklukları (en yüksek olasılık) ve ikincil depresyonla daha özgül bir ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (21).

## 2.6. AYIRICI TANI

Agorafobideki korkular ve durumsal kaçınmalar birçok bozuklukla örtüşebilir. Ayırıcı tanı yapmak için dikkatli bir değerlendirme yapmak gerekmektedir.

- AG'nin eşlik ettiği PB: tekrarlayan beklenmedik panik atakların olması ile ayırt edilebilir.
- Sosyal anksiyete bozukluğu: bu bozuklukta korku diğerlerinin olumsuz değerlendirmelerine odaklıdır ve kaçınma sosyal durumlarla sınırlıdır. AG'de anksiyete belirtileri nedeniyle sosyal utanç korkusu olsa bile korkunun tek nedeni bu değildir. Ek olarak, AG'li bireyler insanların olup olmasına bakmaksızın kaçınırlarken, sosyal fobili bireyler insanların olmadığı durumlarda daha rahat hissederler.

- Basit fobi: Birden fazla basit fobinin ve agorafobinin olduğu vakalarda bir çok durumdan kaçınma vardır. Her bir durumdaki korku odağını tespit ederek ayırıcı tanı yapılabilir. Basit fobilerde korku genellikle durumun özgül bir yönü ile ilişkilidir. Örneğin, kişi sıkışıp kalmaktan korktuğu için asansörden kaçınabilir (durumsal fobi) veya yılanla karşılaşmaktan korktuğu için otlıklarda yürümekten kaçınabilir (hayvan fobisi). Agorafobi'de de kişi aynı durumlardan (asansör, otlaklık gibi) korkabilir fakat bu durumların hepsinde korkusunun sebebi aynıdır (örn. Panik belirtileri yaşama korkusu veya yardım alamayacağı korkusu).
- Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB): Tetikleyicileri ve kaçınmanın içeriğini belirlemek ayırıcı tanıda önemlidir. TSSB'da bir travma öyküsü vardır ve kaçınma travmaya özgül belirtilerle ilişkilidir.
- Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB): Bu bozuklukta da agorafobiye benzer kaçınmalar olabilir. Kaçınma nedenlerini tespit etmek ayırıcı tanıda önemlidir. OKB'de kişi obsesyonlarının tetiklenmesi korkusu nedeniyle kaçınıyor olabilir.
- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB): Her ikisinde de durumsal kaçınma vardır. AAB'da korku, evden veya major bağlanma figürlerinden ayrılma ve onların zarar görmesi (örn. Çocuk, annesini kaza geçireceğinden korkar) nedeniyledir.
- Major depresif sendrom (MDS): depresyondaki sosyal içe çekilme ve anhedoni, AG'deki kaçınmaya benzer olabilir. Kaçınma nedenlerini tespit etmek ayırıcı tanıda önemlidir. AG hastaları, genellikle bir duruma katılmak isterler fakat anksiyeteleri nedeniyle katılamazlar. MDS hastaları ise, ilgi ve enerji kaybı nedeniyle aktivitelere katılmak istemezler ve kaçınırlar.
- Genel tıbbi durumlar: İritabl barsak sendromu ve Crohn hastalığı gibi tıbbi durumlar belirgin anksiyete ve durumsal kaçınma ile ilişkili olabilirler. Eğer anksiyete ve kaçınma, iritabl barsak sendromunda barsak kontrolünü kaybetme gibi hastalıkla ilişkili bir korkudan kaynaklanıyorsa, AG tanısı yerine başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu tanısı koymak daha uygundur (97).

## 2.7. TEDAVİ

Birçok çalışmada PB/AG tedavisinde, bilişsel davranışçı terapinin (BDT) ve antidepresanların oldukça etkili olduğu gösterilmiştir (105). Bu tedavilerin eşit düzeyde mi etkili oldukları ve kombine tedavilerin ek yararlılığının olup olmadığı konularında tartışmalar bulunmaktadır (105, 106). Bazı meta-analizlerde, sadece farmakoterapiye kıyasla sadece BDT'nin daha etkili olduğu öne sürülmüştür. AG tedavisinde maruz bırakmanın etkili olduğu gösterilmiştir. Farmakolojik tedavi (özellikle imipramin) etkinliği için de benzer değerlendirmeler bulunmaktadır fakat yine de AG için farmakolojik çalışmalar yetersizdir (22). AG eşlik ettiği PB hastalarında agorafobik kaçınmaya yönelik maruz bırakma ev ödevlerinin verilmesi kullanılmıştır. Londra-Toronto çalışmasında, agorafobik kaçınmayı hedefleyen maruz bırakma ev ödevlerinin ve farmakolojik plasebonun, alprazolam ve psikolojik plasebodan (gevşeme) daha etkili oldukları bulunmuştur (107). Bir çalışmada, AG'ye yönelik maruz bırakma tedavisi süresince PA'ların değişim mekanizmaları özellikle araştırılmıştır. AG'deki düzelmeyi, PA'larda iyileşme ve ardından tamamen düzelmeyi gösterdiği bulunmuştur. Benzer olarak, panik relapsından hemen önceki yıl içerisinde agorafobik kaçınmada bir artış gözlemlenmiştir (108).

## 2.8. PROGNOZ

Klinik ve epidemiyolojik örneklerde PB ve AG'nin klinik gidişatı kronik olarak süreklilik gösteren (AG) ve kronik olarak tekrarlayan (PB) olarak bulunmuştur (109). 10 yıllık bir izlemde panik olmaksızın AG'nin PB'a göre daha fazla homotipik süreklilik gösterdiği bulunmuştur (17). Ayrıca diğer fobilere kıyasla AG'de tam iyileşmenin nadir olduğu gösterilmiştir (38). PB'un uzun dönem sonuçları için şiddetli AG'nin en tutarlı gösterge olarak bulunmuştur. AG şiddeti, tam iyileşmeyi azaltmakta, tekrarlama riskini ve kronisiteyi ise arttırmaktadır (42, 99, 102). Maruz bırakma ile tedavi edilen AG'li PB hastalarının uzun dönem takiplerinde (2-14 yıl), kalıntı AG varlığının panik tekrarı için en kuvvetli gösterge olduğu bulunmuştur (110). Kronisite ve tekrarlama katkısı olan diğer faktörler ise; depresyon ve kişilik bozuklukları komorbiditesi ve mizaç ölçümlerinden yüksek puan alınmasıdır. Prognoz açısından PB, AG'li PB ve AG'yi özellikle karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır (17).

## 3. YÖNTEM

### 3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışmaya S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümüne Eylül 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında polikliniğe başvuran hastalardan PB olmaksızın AG tanısı almış olan 21 kadın 12 erkek hasta ile AG'nin eşlik ettiği PB tanısı almış olan 23 kadın 11 erkek toplam 67 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastalar, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve kendilerinden onam alındı.

Çalışmaya alınma ölçütleri aşağıdaki gibidir;

- 18-65 yaş arasında olması
- En az ilkokul mezunu olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

Çalışmaya alınmama kriterleri aşağıdaki gibidir;

- Komorbid psikotik bir bozukluğu olması
- Mental retardasyonu olması
- Ciddi nörolojik ve genel tıbbi durumu ilgilendiren hastalığı olması

### 3.2. KULLANILAN KLİNİK ÖLÇEKLER VE TESTLER

Çalışma kapsamında hastalara sosyodemografik bilgi formu, DSM-III-R eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), Beck depresyon envanteri (BDE), beck anksiyete envanteri (BAE), Agorafobik bilişler anketi (ABA), Beden duyuları anketi (BDA), felaketleştiren bilişler anketi (FBA) ve Mobilite envanteri (ME) verilmiştir.



### **3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:**

Bu formda çalışmaya katılan hastalara yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ortalama aylık geliri, kaç kardeş oldukları, 0-12 yaş arasında büyüdükleri yerin niteliği, çocukluk döneminde fiziksel şiddet görüp görmedikleri, ailelerinde ruhsal rahatsızlığı olan birisi olup olmadığı, ailede benzer hastalığı olan birisi olup olmadığı, alkol-madde ve sigara kullanımı sorulmuştur. Sosyodemografik bilgi formu ekte verilmiştir (ek 1).

### **3.2.2. DSM-III-R Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)**

DSM-III-R için yapılandırılmış klinik görüşme Spitzer ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. DSM-III-R bozukluklarından major depresif sendrom, geçirilmiş major depresif sendrom, şimdiki manik sendrom, geçirilmiş manik sendrom, distimi, psikoz, alkol ve madde bağımlılıkları, panik bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, andiferansiye somatoform bozukluk ve uyum bozukluğu tanımlarını içermektedir. SCID-I yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. Yani görüşmeci hastanın verdiği tüm yanıtları doğru kabul etmek zorunda değildir. Görüşmeci SCID-I kılavuzunda yazan araştırdığı bozukluk ile ilgili kriterleri sorduktan sonra yeterli bir yanıt alamazsa kendisi ek sorular sorabilir ya da gerek gördüğü durumlarda ek bilgi kaynakları (hastanın yakınları, ya da hemşire gözlemleri vb.) ya da kendi gözlemlerinden faydalanabilir. Bu nedenle klinik görüşme konusunda deneyimli ve DSM'ye hakim ve SCID kullanımı konusunda eğitim almış bir görüşmeci tarafından uygulanması gerekmektedir. SCID-I yapılandırılmış çerçevesiyle görüşmelerin daha sistematik bir şekilde yapılmasını sağlar ve bazı tanıların da gözden kaçmasını engeller. SCID-I'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sorias ve ark. tarafından yapılmıştır (111).

### **3.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Beck ve arkadaşları tarafından 1961’de geliştirilen ölçekte depresyonun duygusal, bilişsel ve somatik belirtilerini ölçen 21 madde bulunmaktadır. Her madde sıfır ile üç arasında değişen öz bildirim ifadesi içermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1988 yılında yapılmıştır (112). Bu çalışmada ölçeğin kesme puanı olarak 17 kabul edilmiştir (ek 2).

### **3.2.4. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)**

Aaron T. Beck tarafından geliştirilen BAE anksiyetenin subjektif ve somatik belirtilerini değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 (hiç) ile 3 (ciddi düzeyde) arasında puanlanan dört maddeden oluşur. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Toplam puanın artması bireyin anksiyete düzeyinin artması olarak yorumlanır. BAE’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Ulusoy ve ark. (1998) yapmıştır (113) (ek 3).

### **3.2.5. Felaketleştirilen Bilişler Anketi (FBA)**

1992 yılında Khawaja ve Oei tarafından geliştirilmiştir. Anket, Beck’in bilişsel teorisine dayanmaktadır. Kişinin olumsuz duyguları, fiziksel değişimleri veya düşünmedeki zorlukları ile ilişkili tehlikeliliği değerlendirmektedir. 50 madde ve emosyonel, fiziksel, mental, sosyal ve bedensel felaketleştirme şeklinde beş faktörden oluşmaktadır. Cronbach alfa ile iç tutarlılığı.86-.94’dür ve iyi bir ayırt edici geçerlilik göstermiştir (114). Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi ve geri çevirisi tarafımızdan gerçekleştirilmiştir. Ölçekle ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da kliniğimiz tarafından sürdürülmektedir (Ek 4).

### **3.2.6. Agorafobik Bilişler Anketi (ABA)**

14 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Anksiyete yaşamının olumsuz sonuçları ile ilgili felaketleştirilen düşüncelerin sıklığını ölçmektedir. Her bir maddenin 1 (düşünce hiç bir zaman olmaz) ile 5 (düşünce her zaman olur) arasında derecelendirildiği beş puanlı bir ölçektir. Herbir maddeye verilen yanıtların ortalaması alınarak toplam puan elde edilir. Fiziksel kaygılar faktörü (örn. 'inme geçireceğim') ve sosyal/davranışsal kaygılar faktörü (örn. 'saçmalayacağım') olmak üzere yedişer maddeden oluşan iki faktör belirlenmiştir. Cronbach alfa ile iç tutarlılığı.80'dir ve iyi bir ayırt edici geçerlilik göstermiştir (16). Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi ve geri çevirisi tarafımızdan gerçekleştirilmiştir. Ölçekle ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da kliniğimiz tarafından sürdürülmektedir (ek 5).

### **3.2.7. Beden Duyumları Anketi (BDA)**

17 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bireyin fiziksel belirtileri ile ilgili korku düzeyini ve sıklığını değerlendirmektedir. Her bir maddenin 1(hiç korkutmuyor) ile 5 (aşırı düzeyde korkutuyor) arasında derecelendirildiği beş puanlı bir ölçektir. 17 maddenin ortalama puanı alınır. Bu ölçek için Cronbach alfa ile iç tutarlılığı.87'dir (115). Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi ve geri çevirisi tarafımızdan gerçekleştirilmiştir. Ölçekle ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da kliniğimiz tarafından sürdürülmektedir (ek 6).

### **3.2.8. Mobilite Envanteri (ME)**

Kişinin 25 tipik agorafobik durumdan yalnızken ve eşlik eden birisi olduğunda ne ölçüde kaçındığını değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Herbir durumun 1 (hiçbir zaman kaçınmam) ile 5 (her zaman kaçınırım) şeklinde değerlendirildiği beş puanlı bir ölçektir. Her iki durum için (yalnızken ve eşlik eden birisi olduğunda) ayrı ayrı toplam madde puan ortalamaları alınır. İç tutarlılığı

'yanlızken' durumu için 0.94-0.96, 'eşlik eden birisi olduğunda' durumu için 0.91-0.97'dir (116). Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi ve geri çevirisi tarafımızdan gerçekleştirilmiştir. Ölçekle ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da kliniğimiz tarafından sürdürülmektedir (ek 7).

### **3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 15.00 paket programı kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Ki-Kare testi ve t-testi kullanılmıştır. Ayrıca Ki-Kare testinde dört gözden fazla olan tablolarda hangi satırın daha anlamlı olduğunu görmek için epi info statCalc analizi uygulandı. Ölçekler arası ilişkiler Pearson korelasyon testi ile değerlendirildi. Bütün istatistiksel analizler için p değerinin  $<0.05$  olması anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya PB olmaksızın AG tanısı (AG grubu) ve AG'nin eşlik ettiği PB tanısı (PBA grubu) almış olan toplam 67 hasta alındı. Gruplara ait sosyodemografik özellikler Tablo 5'da verilmiştir.

**Tablo 5.** Gruplara ait sosyodemografik özellikler

<b>Etmenler</b>		<b>PBA % (n)</b>	<b>Agorafobi%(n)</b>	<b>p –değeri**</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	67,6 (23)	63,1 (21)	0,5
	<b>Erkek</b>	32,4 (11)	36,0 (12)	
<b>Medeni Hal</b>	<b>Bekar</b>	35,3 (12)	45,5 (15)	0,5
	<b>Evli</b>	55,9 (19)	51,5 (17)	
	<b>Boşanmış</b>	5,9 (2)	3,0 (1)	
	<b>Dul</b>	2,9 (1)	0,0 (0)	
<b>Yaşadığı Kişi</b>	<b>Eş-çocuk</b>	50,0 (17)	51,5 (17)	0,2
	<b>Ebeveyn</b>	26,5 (9)	42,4 (14)	
	<b>Yalnız</b>	8,8 (3)	3,0 (1)	
<b>Eğitim</b>	<b>Geniş aile</b>	14,7 (5)	3,0 (1)	0,8
	<b>İlkokul</b>	20,6 (7)	21,2 (7)	
	<b>Ortaokul</b>	8,8 (3)	15,2 (5)	
	<b>Lise</b>	47,1 (16)	36,4 (12)	
	<b>Yüksek okul</b>	23,5 (8)	27,3 (9)	
<b>Çalışma Durumu</b>	<b>İşsiz</b>	20,1 (7)	15,2 (5)	0,3
	<b>Öğrenci</b>	5,9 (2)	24,2 (8)	
	<b>Ev hanımı</b>	35,3 (12)	24,2 (8)	
	<b>İşçi/memur</b>	29,4 (10)	30,3 (10)	
	<b>Emekli</b>	8,8 (3)	6,1 (2)	
<b>Gelir</b>	<b>Düşük</b>	50,0 (17)	51,5 (17)	1,0
	<b>Orta</b>	29,4 (10)	30,3 (10)	
	<b>Yüksek</b>	20,6 (6)	18,2 (6)	
<b>Yetiştığı Yer</b>	<b>Kırsal</b>	14,7 (5)	33,3 (11)	0,06
	<b>Kentsel</b>	85,3 (29)	66,7 (22)	
<b>Yaşadığı Yer</b>	<b>Kırsal</b>	0,0 (0)	9,1 (3)	0,1
	<b>Kentsel</b>	100,0(34)	90,9 (30)	

Tablo 5 Devam

Etmeler		PBA % (n)	Agorafobi%(n)	p –değeri**
Anne Sağ	Ölü	17,6 (6)	15,2 (5)	0,5
	Sağ	82,4 (28)	84,8 (28)	
Annenin Eğitimi	İlk okul	66,7 (8)	73,3 (11)	0,9
	Orta okul	16,7 (2)	13,3 (2)	
	Lise	16,7 (2)	13,3 (2)	
Annenin Mesleği	Ev hanımı	85,7 (12)	81,3 (13)	0,2
	İşçi/memur	0,0 (0)	12,5 (2)	
	Emekli	14,3 (2)	6,3 (1)	
Baba Sağ	Ölü	32,4 (11)	21,2 (7)	0,2
	Sağ	67,6 (23)	78,8 (26)	
Babanın Eğitimi	Okur yazar dğl	7,7 (1)	0,0 (0)	0,3
	İlk okul	38,5 (5)	64,3 (9)	
	Orta okul	23,1 (3)	14,3 (2)	
	Lise	30,8 (4)	14,3 (2)	
	Yüksek okul	0,0 (0)	7,1 (1)	
Babanın Mesleği	İşsiz	7,7 (1)	0,0 (0)	0,4
	İşçi/memur	30,8 (4)	40,0 (6)	
	Emekli	61,5 (8)	60,0 (9)	
Anne-Baba Boşanma	Yok	100,0 (34)	90,9 (30)	0,1
	Var	0,0 (0)	9,1 (3)	
Çocukken Aileden Ayrıl.	Hayır	76,5 (26)	63,6 (21)	0,2
	Evet	23,5 (8)	36,4 (12)	
Çocukken Göç	Hayır	64,7 (22)	75,8(25)	0,2
	Evet	35,3(12)	24,2(8)	
Ailede Dinsel Farklılık	Hayır	100,0 (34)	93,9 (31)	0,2
	Evet	0,0 (0)	6,1 (2)	
Aileden Dayak	Hayır	58,8 (20)	63,6 (21)	0,4
	Evet	41,2 (14)	36,4 (12)	
Ailede Psik hst	Hayır	67,6 (23)	78,8 (26)	0,2
	Evet	32,4 (11)	21,2 (7)	
İntihar	Hayır	79,4 (27)	84,8 (28)	0,4
	Evet	20,6 (7)	15,2 (5)	
alkol	Hayır	82,4 (28)	75,8 (25)	0,4
	Evet	17,6 (6)	24,2 (8)	
Bedensel hst	Hayır	82,4 (28)	78,8 (26)	0,5
	Evet	17,6 (6)	21,2 (7)	
Ailede şiddet	Evet /Var	52,9 (18)	24,2 (8)	0,01
	Hayır/Yok	47,1 (16)	75,8(25)	
Sigara	Evet /Var	67,6 (23)	42,4(14)	0,03
	Hayır/Yok	32,4 (11)	57,6 (19)	
Toplam*		100 (34)	100(33)	

\*Sütun yüzdesi

\*\* p&lt;0.05

AG grubunda 21 kadın (%63,1) ve 12 erkek (%36) toplam 33 hasta bulunmaktaydı. PBA grubunda ise 23 kadın (%67,6) ve 11 erkek (%32,4) toplam 34 hasta bulunmaktaydı. Gruplar arasında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,5$ ).

Medeni durumlarına bakıldığında AG grubunun %45,5'i bekar, %51,5'i evli, %3'ü boşanmıştı. PBA grubunun ise %35,3'ü bekar, %55,9'u evli, %5,9'u boşanmış ve %2,9'u duldu. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark yoktu ( $p=0,5$ ).

Ag grubunun %51,5'i eş ve çocukları ile, %42,4'ü ebeveynleri ile, %3'ü yalnız ve %3'ü geniş ailesi ile yaşamaktaydı. PBA grubunun ise %50'si eş ve çocukları ile, %26,5'i ebeveynleri ile, %8,8'i yalnız ve %14,7'si geniş ailesi ile yaşamaktaydı. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark yoktu ( $p=0,2$ ).

AG grubunun %21,2'si ilkokul, %15,2'si ortaokul, %36,4'ü lise ve %27,3'ü yüksek okul mezunuydu. PBA grubunun %20,6'sı ilkokul, %8,8'i ortaokul, %47,1'i lise ve %23,5'i yüksek okul mezunuydu. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark yoktu ( $p=0,8$ ).

Çalışma durumu açısından AG grubunun %15,2'si işsiz, %24,2'si öğrenci, %24,2'si ev hanımı, %30,3'ü işçi/memur ve %6,1'i emekli idi. PBA grubunun %20,1'i işsiz, %5,9'u öğrenci, %35,3'ü ev hanımı, %29,4'ü işçi/memur ve %8,8'i emekli idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık yoktu ( $p=0,3$ ).

AG grubunun %51,5'i düşük, %30,3'ü orta ve %18,2'si yüksek gelir düzeyindeydi. PBA grubunun %50'si düşük, %29,4'ü orta ve %20,6'sı yüksek gelir düzeyindeydi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık yoktu ( $p=1,0$ ).

Hastalara 0-12 yaş arasında büyüdükleri yerin niteliği sorulduğunda AG grubunun %33,3'ü kırsal, %66,7'si kentsel, PBA grubunun %14,7'si kırsal, %85,3'ü kentsel şeklinde cevaplamıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır ( $p=0,06$ ).

AG grubunun %9,1'i kırsal, %90,9'u kentsel bölgede yaşamını sürdürürken, PBA grubunun tamamı kentsel bölgede yaşamaktadır. İki grup arasında istatistiki fark yoktur ( $p=0,1$ ).

Anne ve babanın sağ/özü olma durumları, eğitimleri ve meslekleri, anne-baba boşanma/ayrılığının olup olmaması, çocukluk döneminde önemli bir yer değiştirme/ayrılık/göç yaşanıp yaşanmaması, çocukluk döneminde anne-babadan ayrılığın olup olmaması, ailede dinsel açıdan bir farklılığın olup olmaması, aileden şiddet görme ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi özellikler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. AG grubunun %24,2'si ve PBA grubunu %52,9'u aile içerisinde şiddet olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur( $p=0,01$ ).

AG grubunun %42,4'ü, PBA grubunun ise %67,6'sı sigara kullandığını ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,03$ ). Alkol ve diğer madde kullanımları açısından iki grup arasında fark saptanmadı.

Daha önce intihar girişimlerinin ( $p=0,4$ ) ve geçmişte veya şu anda kronik bedensel bir hastalıklarının olup olmamasına göre ( $p=0,5$ ) de gruplar arasında bir fark saptanmamıştır.

AG grubu başvuru yaş ortalaması  $25,7\pm 10,7$  ve PBA grubu yaş ortalaması  $29,2\pm 10,5$ 'di. İki grup arasında istatistiksel açıdan fark yoktu ( $p=0,2$ ). Hastalık başlangıç yaşı AG grubunda  $31,1\pm 12,1$  ve PBA grubunda ise  $32,8\pm 10,2$ 'ydi. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,5$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Hasta gruplarının başvuru ve hastalık başlangıç yaşları

	N	Ortalama (SS)	t	p
<b>Başvuru yaşı</b>				
PBA	34	29,2 (10,5)	1,3	0,2
AG	33	25,7 (10,7)		
<b>Başlangıç yaşı</b>				
PBA	34	32,8 (10,2)	0,6	0,5
AG	33	31,1 (12,1)		



## 4.2. KOMORBİDİTE

Hastaların eşlik eden eksen-I tanılarını belirlemek için uygulanan SCID-I verilerine ait bulgular tabloda gösterilmiştir. Buna göre PBA grubunda 11 (%32,4) hastada basit fobi, 11(%32,4) hastada sosyal fobi, 13 (%38,2) hastada MDS, 3 (%8,8) hastada YAB ve 1(%2,9) hastada Bulimia Nervosa vardı. AG grubunda ise 8 (%24,2) hastada basit fobi, 13 (%39,4) hastada sosyal fobi, 6 (%18,2) hastada MDS, 8 (%24,2) hastada YAB, 1 (%2,9) hastada Bulimia Nervosa ve 2 (%6) hastada OKB vardı.

**Tablo 7.** Komorbidite

	PBA		AG	
	(N: 34)	%	(N:33)	%
<b>Basit fobi</b>	11	32,4	8	24,2
<b>Sosyal fobi</b>	11	32,4	13	39,4
<b>MDS</b>	13	38,2	6	18,2
<b>YAB</b>	3	8,8	8	24,2
<b>B.Nervosa</b>	1	2,9	1	3,0
<b>OKB</b>	-	-	2	6,0

## 4.3. HASTA GRUPLARININ ÖLÇEK PUANLARINA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

AG ve PBA hasta grupları ABA, FBA, BDA, ME, BAE ve BDE puanlarına göre karşılaştırılmıştır (tablo 8). ABA toplam puanı ( $t=1,7$  ve  $p=0,1$ ) ve ABA sosyal/davranışsal kaygılar puanına ( $t=1,0$  ve  $p=0,4$ ) göre iki grup arasında fark bulunmamaktadır. ABA fiziksel kaygılar puanına göre ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $t=2,4$  ve  $p=0,02$ ), PBA grubu puanları AG grubu puanlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. FBA toplam ( $t=0,2$  ve  $p=0,8$ ), FBA emosyonel ( $t=0,2$  ve  $p=0,8$ ), FBA fiziksel ( $t=0,2$  ve  $p=0,9$ ), FBA mental ( $t=0,2$  ve  $p=0,8$ ), FBA sosyal ( $t=0,7$  ve  $p=0,5$ ), FBA bedensel ( $t=0,4$  ve  $p=0,1$ ), BDA toplam ( $t=0,8$  ve  $p=0,4$ ), ME toplam ( $t=0,9$  ve  $p=0,4$ ), ME yalnızken ( $t=1,6$  ve  $p=0,1$ ), ME eşlik eden birisi olduğunda ( $t=0,3$  ve  $p=0,7$ ) ve BDE ( $t=1,6$  ve  $p=0,1$ ) puanlarına göre iki grup arasında istatistiksel açıdan bir farklılık

bulunmamıştır. BAE'ne göre ise PBA grubu puanları AG grubu puanlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır, gruplar arası farklılık istatistiki olarak anlamlıdır ( $t=2,2$  ve  $p=0,03$ ).

**Tablo 8.** Verilen ölçeklere göre hasta gruplarının karşılaştırması

	PBA	AG	t	p
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)		
ABA toplam puan	2,4 (0,9)	2,1 (1,0)	1,7	0,1
ABA S/D	2,4 (1,1)	2,2 (1,2)	1,0	0,4
ABA fiziksel	2,5 (0,8)	2,0 (1,0)	2,4	0,02*
FBA toplam	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,2	0,8
FBA emosyonel	3,1 (1,1)	3,1 (1,0)	0,2	0,8
FBA fiziksel	3,0 (1,1)	3,0 (1,2)	0,2	0,9
FBA mental	3,0 (1,2)	3,1 (1,3)	0,2	0,8
FBA sosyal	2,7 (1,2)	2,6 (1,0)	0,7	0,5
FBA bedensel	2,8 (1,0)	2,7 (1,0)	0,4	0,1
BDA toplam	2,9 (1,0)	2,7 (1,0)	0,8	0,4
ME toplam	4,8 (1,4)	4,5 (1,5)	0,9	0,4
ME yalnızken	2,8 (1,0)	2,5 (0,8)	1,6	0,1
ME birisiyle	1,9 (0,7)	2,0 (0,7)	0,3	0,7
BAE	34 (15)	26 (17)	2,2	0,03*
BDE	23 (13)	18 (13)	1,6	0,1

#### 4.4. GRUPLARDA ÖLÇEK KORELASYONLARI

AG ve PBA hasta gruplarında ABA, FBA, BDA, ME, BAE ve BDE korelasyonları değerlendirilmiştir (Tablo 9 ve 10).

PBA hasta grubunda ME ile FBA ve BDE arasında orta düzeyde bir ilişki ( $r=0,4$ ) saptanırken, ME ile BAE arasında da orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir fakat bu ilişki istatistiki olarak anlamlı çıkmamıştır ( $r=0,3$ ). Bu grupta diğer tüm ölçeklerin birbirleri ile iyi-ileri düzeyde ilişkili oldukları bulunmuştur, bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Tablo 9.** PBA hasta grubunda ölçeklerin korelasyonları

	<b>ABA</b>	<b>BDA</b>	<b>FBA</b>	<b>ME</b>	<b>BAE</b>	<b>BDE</b>
<b>ABA</b>	1	0,7**	0,7**	0,5**	0,6**	0,5**
<b>BDA</b>	0,7**	1	0,8**	0,5**	0,7**	0,7**
<b>FBA</b>	0,7**	0,8**	1	0,4*	0,6**	0,7**
<b>ME</b>	0,5**	0,5**	0,4*	1	0,3	0,4**
<b>BAE</b>	0,6**	0,7**	0,6**	0,3	1	0,7**
<b>BDE</b>	0,5**	0,7**	0,7**	0,4*	0,7**	1

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlılığı ifade etmektedir

\* 0.05 düzeyinde anlamlılığı ifade etmektedir

AG hasta grubunda ME ile ABA, FBA ve BDA arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r=0,3$ ). Diğer tüm ölçeklerin birbirleri ile iyi-ileri düzeyde ilişkili oldukları bulunmuştur, bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 10.** AG hasta grubunda ölçeklerin korelasyonları

	<b>ABA</b>	<b>BDA</b>	<b>FBA</b>	<b>ME</b>	<b>BAE</b>	<b>BDE</b>
<b>ABA</b>	1	0,8**	0,8**	0,3	0,7**	0,4**
<b>BDA</b>	0,8**	1	0,8**	0,3	0,7**	0,4**
<b>FBA</b>	0,8**	0,8**	1	0,3	0,7**	0,4**
<b>ME</b>	0,3	0,3	0,3	1	0,6**	0,6**
<b>BAE</b>	0,7**	0,7**	0,7**	0,6**	1	0,7**
<b>BDE</b>	0,4**	0,4**	0,4**	0,6**	0,7**	1

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlılığı ifade etmektedir

\* 0.05 düzeyinde anlamlılığı ifade etmektedir

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmadaki amacımız, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu olan hasta grubunu (PBA), panik bozukluk olmaksızın agorafobisi olan hasta grubu (AG) ile sosyodemografik özellikler, komorbidite ve bilişsel özellikler açısından karşılaştırmaktır. Çalışmamızın ikinci bir amacı da panik bozukluk olmaksızın agorafobinin olduğu durumlara ait daha fazla veri elde ederek bu antitenin bağımsız bir durum olup olmadığı konusunda ek veri sağlamaktır.

Sosyodemografik veriler açısından grupları incelediğimizde, AG grubunda 21 kadın (%63.1) ve 12 erkek (%36) toplam 33 hasta bulunmaktaydı. PBA grubunda ise 23 kadın (%67.6) ve 11 erkek (%32.4) toplam 34 hasta bulunmaktaydı. Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, yaşadığı kişi, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, yetiştiği ve yaşadığı yer, anne ve babanın sağ/özü olma durumları, eğitimleri ve meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Son dönemlerde yapılan bir çok çalışma, olası travmatik olaylarla erken dönemlerde karşılaşmanın normal çocuk gelişimini bozduğunu ve sonrasında bireyde psikiyatrik sekellere yol açtığını öne sürmektedir. Erişkin dönemde yaşanan travmatik olaylara göre, çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar daha yüksek psikopatoloji düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (117). Bazı çalışmalar bu travmatik olayların sadece erişkin dönemde psikiyatrik bozuklukların başlangıcı ile ilişkili olduğunu öne sürerken, bazıları ise hem başlangıçla hem de hastalığın prognozu ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (118). Erişkin mental bozuklukların %30'undan fazlasının çocukluk döneminde yaşanan olumsuzluklarla direkt ilişkili olduğu düşünülmektedir (119). Çocukluk dönemindeki travmatik olaylarla en fazla ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluk ise panik bozukluktur (120). Yapılan güncel bir çalışmada çocukluk dönemindeki olası travmatik olaylarla en fazla ilişkili olarak PB, agorafobi ve TSSB bulunmuştur (117). 43 kadın PB hastasından oluşan bir

örnekleme, hastaların %53.5'inde cinsel travma öyküsü, %51.2'sinde fiziksel travma öyküsü ve %41.9'unda aile içi şiddet öyküsü bulunmuştur. Yine benzer çalışmada 124 sağlıklı kontrol grubuyla 115 PB hasta grubu karşılaştırılmış ve PB hasta grubunda daha yüksek oranda cinsel travma ve aile içi şiddet bulunmuştur (121). Çalışmamızda, PB için belirgin olan çocukluk çağı olası travma öyküsü açısından AG grubu ile PBA grubunu karşılaştırdık. Anne-baba boşanma/ayrılığının olup olmaması, çocukluk döneminde önemli bir yer değiştirme/ayrılık/göç yaşanıp yaşanmaması, çocukluk döneminde anne-babadan ayrılığın olup olmaması, ailede dinsel açıdan bir farklılığın olup olmaması, aileden şiddet görme ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olup olmaması gibi olası travma öyküleri açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu. AG grubunun %24,2'si ve PBA grubunu %52,9'u aile içerisinde şiddet olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,01$ ). Bu bulgu daha önce PB için verilen oranlardan biraz yüksek olmakla birlikte literatürle uyumludur. Yine AG grubuna göre PBA grubunda daha yüksek çıkmış olması da literatürde bildirilen çocukluk çağı travmaları ile en kuvvetli ilişkinin PB'da olduğu bilgisi ile uyumludur.

AG grubunun %42,4'ü, PBA grubunun ise %67,6'sı sigara kullandığını ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,03$ ). Sigara içmek birçok psikopatoloji ile ilişkilendirilmiş olsa da son dönemlerde aksiyete bozuklukları ile ilişkisi üzerine daha fazla durulmaktadır. Anksiyete bozuklukları içerisinde ise panik atak, panik bozukluk ve agorafobi ile ilişkisinin daha belirgin olduğu son dönemlerde yapılan bir çok epidemiyolojik, toplum ve klinik çalışmalarında gösterilmiştir (122). Sonuç olarak sigara içmenin panik bozukluk riskini arttırdığı öne sürülmektedir (123). Panik bozukluk tanılı hastaların %47-57'inin sigara içtiği gösterilmiştir (122). Bu sonuç bizim bulgularımızdaki %67,6 oranından biraz daha düşüktür. Sigara içme ve panik arasındaki ilişkiye dair yapılan nedensel açıklamalar şunlardır: 1. Sigara içmek, solunum anormalliklerine veya akciğer hastalıklarına yol açarak veya korku yaratan beden duyularını arttırarak paniğe yol açmaktadır. 2. Nikotin, norepinefrin salınımı yolu ile paniğe özgül psikolojik etkiler oluşturmaktadır. 3. Panik bozukluğun kendisi, tedavi amacıyla sigara içmeye yol açmaktadır. 4. Her iki duruma da yol açan paylaşılmış bir yatkınlık söz konusudur. Yapılan güncel bir gözden geçirme ise, sigara içmenin

panik öncesinde ve paniği başlatıcı bir rolünün olduğunu göstermiştir (123). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, PBA grubunda AG grubuna göre panik gelişmiş olmasında sigaranın etkili olabileceği yorumunda bulunabiliriz ve bu durum bu iki antitenin nedenlerine yönelik önemli bir veri olabilir.

18 yaş üstü bireyleri içeren retrospektif kesitsel toplum çalışmalarına göre, PA, PB ve AG için başlangıç yaş ortalaması 21-23'dür (18). Farklı örneklem bileşimleri nedeniyle bazı çalışmalarda biraz daha ileri yaşlar (23-36) bildirilmiştir (33, 39, 40). PA olmaksızın AG'nin başlangıç yaşına ait daha az veri bulunmaktadır. Özellikle PA olmaksızın AG'yi inceleyen çalışmalarda, AG başlangıcı için 25-29 yaş aralığı gibi biraz daha ileri yaşlar gösterilmiştir, başlangıç yaşı açısından bimodal bir risk (ikinci yüksek risk periyodu; 40 yaş sonrası) olduğunu gösteren bazı bildiriler de bulunmaktadır (44, 47, 48). Bizim çalışmamızda, PBA grubunda hastalık başlangıç yaşı ortalama  $32,4 \pm 10,2$ , AG grubunda ise  $31,1 \pm 12,1$  olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,5$ ).

PB ve AG'nin her ikisinin de nadiren tek başlarına görüldüğü ve diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde ve somatoform bozukluklar gibi birçok tanı ile sıklıkla ilişkili oldukları bilinmektedir (18, 19). Doğrudan yapılan karşılaştırmalarda depresyon komorbiditesi, AG'nin eşlik ettiği PB (%52) ve AG'nin eşlik ettiği PA (%52.3) hastalarında PA olmaksızın AG (%33.1) hastalarına göre daha yüksek çıkmaktadır. Bu nedenle, AG'nin eşlik ettiği PB ve AG'nin eşlik ettiği PA artmış depresyon riski açısından daha güçlü göstergelerdir. Diğer anksiyete bozuklukları ile komorbidite tüm gruplarda benzer bulunmuştur (%49-64), fakat anlamlı farklılık olmamasına rağmen PA olmaksızın AG'nin diğer fobik bozukluklarla daha sık komorbid olduğu bulunmuştur (17, 18, 19). AG'nin eşlik ettiği PB ve AG'nin eşlik ettiği PA'yı içeren çalışmalarda komorbidite oranları; basit fobi (%73.7-75.2), sosyal fobi (%66.5), yaygın anksiyete bozukluğu (%15-31.9), travma sonrası stres bozukluğu (%24.2-39.6), major depresif bozukluk (%38.5-48.7), bipolar bozukluk (%15.5-33) ve madde kullanım bozuklukları (%31.4-37.3) olarak bulunmuştur (20, 21, 97). Bizim çalışmamızda ise, PBA grubunda 11 (%32,4) hastada basit fobi, 11(%32,4) hastada sosyal fobi, 13 (%38,2) hastada MDS, 3 (%8,8) hastada YAB ve 1(%2,9) hastada Bulimia Nervosa vardı. AG grubunda ise

8 (%24,2) hastada basit fobi, 13 (%39,4) hastada sosyal fobi, 6 (%18,2) hastada MDS, 8 (%24,2) hastada YAB, 1 (%2,9) hastada Bulimia Nervosa ve 2 (%6) hastada OKB vardı. PBA grubunda %38,2 oranında MDS komorbiditesinin olması ve AG grubunda bu oranın %18,2 olması literatürdeki PB-MDS yüksek komorbiditesi ile uyumludur. AG ile diğer fobik bozuklukların daha ilişkili olduğuna dair bir veri ise elde edemedik.

Bilişsel açıdan AG, PB içerisinde ele alınmış ve 'korkudan korkmak' modeli ile açıklanmıştır (15). Bu modele göre korkudan korkmanın iki birimi vardır: a- panikle ilişkili bedensel duyumlardan korku ve b- anksiyeteli olmanın sonuçları ile ilgili uyumsuz düşünceler (124). Bu alandaki çalışmalar genel olarak hem AG'nin eşlik ettiği hem de etmediği PB hasta gruplarında yapılmıştır. Birçok çalışmada PB'a göre PBA hastalarının belirtilerinin sonuçlarını daha fazla felaketleştirdikleri bulunmuştur (16). Yine PB hasta grubuna göre PBA hasta grubunda belirtileri ile ilgili daha fazla fiziksel, sosyal ve kontrol kaybı kaygıları olduğu bildirilmiştir (94). İki çalışmada PB hastalarına göre PBA hastalarında paniğin beklenen fiziksel sonuçlarından ziyade beklenen sosyal sonuçlardan korkunun daha fazla olduğu gösterilmiştir. ABA kullanılarak yapılan birkaç çalışmada ise PB ile PBA hasta grupları arasında fark bulunamamıştır (96). Yapılan birçok çalışmada belirtileri felaketleştirme eğiliminin agorafobik kaçınma düzeyi ile oldukça ilişkili olduğu bulunmuştur (16). Çalışmamızda AG ve PBA için bilişsel faktörleri değerlendirmek amacıyla her iki gruba verilen ABA toplam puanı ve ABA sosyal/davranışsal kaygılar puanına göre iki grup arasında fark bulunmamıştır. ABA fiziksel kaygılar puanına göre ise PBA grubu puanları AG grubu puanlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. FBA toplam, FBA emosyonel, FBA fiziksel, FBA mental, FBA sosyal, FBA bedensel, BDA toplam, ME toplam, ME yalnızken, ME eşlik eden birisi olduğunda ve BDE puanlarına göre iki grup arasında istatistiksel açıdan bir farklılık bulunamamıştır. BAE'ne göre ise PBA grubu puanları AG grubu puanlarından anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Buna göre AG hastalarda, fiziksel kaygı ve genel anksiyete düzeyinin PBA'lı hastalardan daha düşük olduğunu, bu açıdan her iki hasta grubunun birbirinden ayrıldığını söyleyebiliriz.

Hastalara verilen ölçeklerin korelasyonlarını değerlendirdiğimizde; PBA hasta grubunda ME ile FBA ve BDE arasında orta düzeyde bir ilişki saptanırken, ME ile BAE arasında da orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir fakat bu ilişki istatistiki olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu grupta diğer tüm ölçeklerin birbirleri ile iyi-ileri düzeyde ilişkili oldukları bulunmuştur. AG hasta grubunda ME ile ABA, FBA ve BDA arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer tüm ölçeklerin birbirleri ile iyi-ileri düzeyde ilişkili oldukları bulunmuştur. PBA grubundaki bu bulgular güncel bir çalışmada bulunan agorafobik kaçınma düzeyi ile bilişsel değişkenler arasındaki düşük-orta düzeyde ilişki ile uyumludur (16). Bizim çalışmamızda farklı olarak ABA ile agorafobik kaçınma (ME) arasında iyi-ileri düzeyde bir ilişki bulunmuştur. AG grubunda ise, agorafobik kaçınma ile bilişsel değişkenler arasında bir ilişki bulunamamıştır. Sonuç olarak bu bulgular ile, PB'da agorafobik kaçınmanın bilişsel değişkenlerle daha ilişkili olduğunu fakat AG için bu ilişkinin sınırlı olduğunu söyleyebiliriz.

DSM-IV, AG gelişimi için spontan PA ve onun nörobiyolojik ve nöropsikolojik rolünü ilişkilendirmektedir. Tersine ICD-10 gibi AG'yi bağımsız bir tanı olarak ele alan yaklaşımlar, AG gelişimi için PA'nın önemli bir etyolojik neden olduğunu düşünmemektedir. Bu ayrımlar hem nozolojik açıdan hem de tedavi açısından önem taşımaktadır. Örneğin, DSM hiyerarşik kuralları AG'nin tespitini ve tedavisini sınırlandırıyor olabilir. DSM-5'de de ayrı bir tanı olarak yer alması planlanan AG'nin PBA ile ayırt edici faktörlerini tespit etmek için düzenlediğimiz bu çalışmada, sosyodemografik verilerden aile içi şiddet ve sigara içme ile fiziksel kaygı ve genel anksiyete düzeyinin PBA hasta grubunda anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu bulduk. Ayrıca AG hasta grubunda bilişsel değişkenlerle kaçınma arasındaki ilişkinin daha zayıf olduğunu saptadık. Çalışmamızın kesitsel olması ve öz bildirim ölçeklerini kullanmış olmamız sınırlılıklarımız olarak düşünülebilir. Yine de tüm bu bulgular eşliğinde panik bozukluğu ve agorafobisi olan hastalarla sadece agorafobisi olan hastaların birbirlerine benzer özellikleri olmakla beraber, AG'in kendine özgü özellikleri olan, ayrı bir tanısal kategori olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. AG'ye ait daha fazla veri için ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmaya S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri bölümüne Eylül 2010-Nisan 2011 tarihleri arasında polikliniğe başvuran hastalardan PB olmaksızın AG tanısı almış olan 21 kadın 12 erkek hasta (AG grubu) ile AG'nin eşlik ettiği PB tanısı almış olan 23 kadın 11 erkek (PBA grubu) toplam 67 hasta alındı. Çalışma kapsamında hastalara sosyodemografik bilgi formu, DSM-III-R eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), Beck depresyon envanteri (BDE), beck anksiyete envanteri (BAE), Agorafobik bilişler anketi (ABA), Beden duyumları anketi (BDA), felaketleştiren bilişler anketi (FBA) ve Mobilite envanteri (ME) verilmiştir. Uygulanan ölçeklerin ve yapılandırılmış görüşmelerin istatistiksel analizi neticesinde elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir

- Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, yaşadığı kişi, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, yetiştiği ve yaşadığı yer, anne ve babanın sağ/ölü olma durumları, eğitimleri ve meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.
- Anne-baba boşanma/ayrılığının olup olmaması, çocukluk döneminde önemli bir yer değiştirme/ayrılık/göç yaşanıp yaşanmaması, çocukluk döneminde anne-babadan ayrılığın olup olmaması, ailede dinsel açıdan bir farklılığın olup olmaması, aileden şiddet görme ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olup olmaması gibi olası travma öyküleri açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu. AG grubunun %24,2'si ve PBA grubunu %52,9'u aile içerisinde şiddet olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,01$ ). Bu durum literatürde bildirilen çocukluk çağı travmaları ile en kuvvetli ilişkinin PB'da olduğu bilgisi ile uyumludur.
- AG grubunun %42,4'ü, PBA grubunun ise %67,6'sı sigara kullandığını ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark

saptanmıştır (p=0,03). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, PBA grubunda AG grubuna göre panik gelişmiş olmasında, mevcut literatür verilerine uygun olarak sigaranın etkili olabileceği yorumunda bulunabiliriz.

- İki grup arasında başlangıç yaşı açısından fark bulunamamış olması da literatürle uyumludur.
- PBA grubunda en sık MDS, AG grubunda ise en sık sosyal fobi komorbiditesi bulunmuştur.
- Çalışmamızdaki kognitif değişkenlere göre, AG hastalarında, fiziksel kaygı ve genel anksiyete düzeyinin PBA'lı hastalardan daha düşük olduğunu, bu açıdan her iki hasta grubunun birbirinden ayrıldığını söyleyebiliriz.
- Hastalara verilen ölçeklerin korelasyonlarına göre ise, PB'da agorafobik kaçınmanın bilişsel değişkenlerle daha ilişkili olduğunu fakat AG için bu ilişkinin sınırlı olduğunu söyleyebiliriz.

Yukarıdaki bulgular ışığında panik bozukluğu ve agorafobisi olan hastalarla sadece agorafobisi olan hastaların birbirlerine benzer özellikleri olmakla beraber, AG'in kendine özgü özellikleri olan, ayrı bir tanısal kategori olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. AG'ye ait daha fazla veri için ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

## 7. ÖZET

**Kart, A. Agorafobi ve Agorafobinin Eşlik Ettiği Panik Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Özellikler, Komorbidite ve Kognitif Özelliklerine Göre Karşılaştırılması. S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.**

Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabının 3. Baskısı (DSM-III) yayımlandığından beri agorafobi (AG) ve panik bozukluk arasındaki ilişki hep çelişkili olmuştur. Bir taraftan, hem etyopatolojik hem de kronolojik bakış açılarından panik bozukluk ve AG arasındaki ilişki türetilmiş bir fenomen olarak açıklanmıştır. Diğer taraftan, panik bozukluk gelişimi öncesinde fobik bir tutumun yer aldığı ve bozukluğun ortaya çıkışında bu gibi özgül özelliklerin önemli olduğu görüşü sürdürülmüştür.

Bu çalışmanın amacı, sosyodemografik özellikler, komorbidite ve kognitif özellikler açısından AG'nin agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluktan (PBA) ayrı bir durum olup olmadığını araştırmaktır. Bu amaçla S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurup AG tanısı alan 33 ve PBA tanısı alan 34 hastaya Eksen I için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Agorafobik Bilişler Anketi (ABA), Beden Duyumları Anketi (BDA), Felaketleştiren Bilişler Anketi (FBA) ve Mobilite Envanteri (ME) uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS 15.00 ile analiz edilmiştir.

Aile içi şiddet ve sigara içme oranları AG grubuna göre PBA grubunda daha yüksekti. ABA fiziksel kaygılar alt ölçeği ve BAE'inde AG grubuna göre PBA grubu anlamlı ölçüde daha yüksek skorlama yapmıştır. Ve, PBA grubuna göre AG grubunda kognitif değişkenler ile agorafobik kaçınma arasında daha zayıf ilişkilerin olduğunu bulduk.

Bu bulgular ile PBA ve AG hastalarının benzerlikler göstermelerine rağmen, AG'nin özgül özellikleri olan ayrı bir tanısal kategori olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

## 8. ABSTRACT

**Kart, A. Comparison of Patients with Agoraphobia and Panic Disorder with Agoraphobia According to Sociodemographic Features, Comorbidity and Cognitive Features. Ministry of Health, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Dept. of Psychiatry, MD thesis, Ankara, Turkey 2011.**

Since the publication of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III), the relationship between agoraphobia (AG) and panic disorder has always been controversial. On one hand, the association between panic disorder and AG is interpreted as a derived phenomenon, both from etiopathogenetic and chronological points of view. On the other hand, the view that a phobic attitude precedes the development of panic disorder and that specific temperamental features are necessary for the occurrence of panic disorder is maintained.

The aim of this research is to investigate whether AG is a discrete condition from panic disorder with AG (PDA) according to sociodemographic features, comorbidity and cognitive features. With this aim, Structural Clinical Interview for Axis I (SCID-I), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ), Body Sensations Questionnaire (BSQ), Catastrophic Cognitions Questionnaire (CCQ) and Mobility Inventory (MI) were applied to 33 patients diagnosed AG and 34 patients diagnosed PDA in the outpatient clinics of the Dışkapı YB Training and Research Hospital. The results were analysed using SPSS 15.00.

Violence in the family and smoking rates were higher in PDA group than AG group. PDA group scored significantly higher on ACQ physical concerns subscale and BAI than AG group. And we found that, in AG group cognitive variables showed smaller strength correlations with agoraphobic avoidance than PDA group.

With these findings, we suggest that although PDA and AG patients show similarities, AG must be considered as a distinct diagnostic category with specific features.

## 9. KAYNAKLAR

1. Ed. Koroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 4. Baskı. 2007. Hekimler Yayın Birliği. Ankara
2. Wittchen HU, Nocon A, Beesdo Katja. Agoraphobia and Panic. *Psychother Psychosom* 2008;77:147-157
3. Pollard CA, Bronson SS, Kenney MR. Prevalence of agoraphobia without panic in clinical settings. *Am J Psychiatry* 1989;146:559.
4. Hoffart A, Thornes K, Hedley LM. DSM-III-R axis I and II disorders in agoraphobic inpatients with and without panic disorder before and after psychosocial treatment. *Psychiatry Res* 1995;56:1-9.
5. Goisman RM, Warshaw MG, Steketee GS, Fierman EJ, Rogers MP, Goldenberg I, et al. DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: new data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry* 1995;152:1438-43.
6. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Dünya Sağlık Örgütü. 1992.
7. Wittchen HU, Reed V, Kessler RC. The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1017-24.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
9. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2006;67: 363-74.

10. [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
11. Andrews G, Slade T. Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:624-30.
12. Horwath E, Lish JD, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM. Agoraphobia without panic: clinical reappraisal of an epidemiologic finding. *Am J Psychiatry* 1993;150:1496-501.
13. Degonda M, Angst J. The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:95-102.
14. Hayward C, Wilson KA. Anxiety sensitivity: A missing piece to the agoraphobia-without-panic puzzle. *Behav Modif* 2007; 31:162
15. Bouvard M, Cottraux J, Talbot F. Validation of the French translation of the agoraphobic cognitions questionnaire. *Psychother Psychosom.* 1998 Jul-Oct;67(4-5):249-53.
16. Berle D, Starcevic V, Hannan A. Cognitive factors in panic disorder, agoraphobic avoidance and agoraphobia. *Behav Res Ther.* 2008 Feb;46(2):282-91.
17. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety.* 2010 Feb;27(2):113-33.
18. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The Epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:415–424.
19. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617–627.
20. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, et al. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *Br J Psychiatry* 1996;168:58–67.

21. Wittchen HU, Lecrubier Y, Beesdo K, Nocon A. Relationships among anxiety disorders: patterns and implications. In: Nutt DJ, Ballenger JC, editors. *Anxiety Disorders*. Oxford: Blackwell Science; 2003:25–37.
22. Marks IM. *Fears, Phobias, and Rituals. Panic, Anxiety, and their Disorders*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
23. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry 8th ed.* 2005. Lippincott Williams & Wilkins.
24. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised 3rd ed.* Washington DC: American Psychiatric Press; 1987.
25. WHO. *The ICD-9 International Classification of Diseases*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1979.
26. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1980.
27. Barlow DH. *Anxiety and its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2nd ed.* New York: The Guilford Press; 2002.
28. Fava GA, Rafanelli C, Tossani E, Grandi S. Agoraphobia is a disease: a tribute to Sir Martin Roth. *Psychoth Psychosom* 2008;77:133–138.
29. Roth M, Argyle C. Panic attacks—phenomenology and relationship with phobic anxiety, generalized anxiety and depression. *Int J Neurosci* 1987;32:922–922.
30. Schmidt NB, Cromer MR. Assessing the clinical utility of agoraphobia in the context of panic disorder. *Depress Anxiety* 2008;25:158–166.
31. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. An examination of levels of agoraphobic severity in panic disorder. *Behav Res Ther* 1995;33:57–62.
32. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiat* 1994;151: 413–420.
33. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 305–309.

34. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:435–443.
35. Faravelli C, Furukawa TA, Truglia E. Panic disorder. In: Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, Regier DA, editors. *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2009:31–58.
36. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:357–367.
37. McCabe L, Cairney J, Veldhuizen S, et al. Prevalence and correlates of agoraphobia in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:515–522.
38. Perugi G, Frare F, Toni C. Diagnosis and treatment of agoraphobia with panic disorder. *Cns Drugs* 2007;21:741–764
39. de Graaf R, Bijl R, Spijker J, et al. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2003;38:1–11.
40. Bienvenu OJ, Jack FS, Paul TC, et al. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety* 2004;20:92
41. Wittchen HU, Lieb R, Schuster P, Oldehinkel AJ. When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. In: Rapoport JL, editor. *Childhood Onset of “Adult” Psychopathology, Clinical and Research Advances*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999:259–302.
42. Wittchen HU. Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders—results of the Munich Follow-up study (MFS). In: Hand I, Wittchen HU, editors. *Panic and Phobias 2 Treatments and Variables Affecting Course and Outcome*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer; 1988:3–17.
43. Wittchen H-U, Essau CA, Krieg CJ. Anxiety disorders: similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *Br J Psychiatry* 1991;159:23–33.



44. Wittchen H-U, Essau CA, Zerssen Dv, et al. Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci* 1992;241:247–258.
45. Goisman RM, Warshaw MG, Peterson LG, et al. Panic, agoraphobia and panic disorder with agoraphobia—data from a Multicenter Anxiety Disorders Study. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:72–79.
46. Joyce PR, Bushnell JA, Oakleybrowne MA, et al. The epidemiology of panic symptomatology and agoraphobic avoidance. *Compr Psychiatry* 1989;30:303–312.
47. Eaton WW, Dryman A, Weissman MM. Panic and phobia. In: Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, NY: The Free Press; 1991:155–179.
48. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. In: Tsuang M, Tohen M, Zahner GEP, editors. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York: Wiley; 1995:179–197.
49. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, et al. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48: 1174–1183.
50. Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB. Primary agoraphobia as a specific phobia: Authors' reply. *Br J Psychiatry* 2006; 189:471
51. Slade T, Grisham JR. A taxometric investigation of agoraphobia in a clinical and a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23:799
52. Crowe RR, Noyes R, Pauls DL, Slymen D. A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1065–1069.
53. Barlow DH, Brown TA, Craske MG. Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV—implications for research. *J Abnorm Psychol* 1994;103:553–564.
54. Hayward C, Wilson KA, Lagle K, et al. Parent-reported predictors of adolescent panic attacks. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:613–620.

55. Biederman J, Petty C, Faraone SV, et al. Effects of parental anxiety disorders in children at high risk for panic disorder: a controlled study. *J Affect Disord* 2006;94:191–197.
56. Lieb R, Wittchen H-U, Höfler M, et al. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk for social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:859–866
57. Maier W. Genetische faktoren. In: Baumann U, Perrez M, editors. *Lehrbuch Klinische Psychologie–Psychotherapie*. 2nd ed. Bern: Verlag Hans Huber; 1998:149–171.
58. Weissman MM. Family genetics studies of panic disorder. *J Psychiat Res* 1993;27:69–78.
59. Harris EL, Noyes R, Crowe RR, Chaudhry DR. Family study of agoraphobia—report of a pilot study. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1061–1064.
60. Gruppo Italiano Disturbi d'Ansia. Familial analysis of panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord* 1989;17:1–8.
61. Tsuang M, Domschke K, Jerskey BA, Lyons MJ. Agoraphobic behavior and panic attack: a study of male twins. *J Anxiety Disord* 2004;18:799–807.
62. Nocon A, Wittchen H-U, Beesdo K, et al. Differential familial liability of panic disorder and agoraphobia. *Depress Anxiety* 2008;25:422–434.
63. Schreier A, Wittchen HU, Höfler M, Lieb R. Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *Br J Psychiatry* 2008;129:308–309.
64. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiat* 1983;40:1085–1089
65. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychol Med* 1999;29:539–553.
66. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:273–281.

67. Rothe C, Gutknecht L, Freitag C, et al. Association of a functional -1019C4G 5-HT1A receptor gene polymorphism with panic disorder with agoraphobia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004;7:189–192.
68. Knowles JA, Fyer AJ, Vieland VJ, et al. Results of a genomewide genetic screen for panic disorder. *Am J Med Genet* 1998;81:139–147.
69. Politi P, Minoretti P, Falcone C, et al. Association analysis of the functional Ala111Glu polymorphism of the glyoxalase I gene in panic disorder. *Neurosci Lett* 2006;396:163–166.
70. Hettema JM, An SS, Bukszar J, et al. Catechol-O-methyltransferase contributes to genetic susceptibility shared among anxiety spectrum phenotypes. *Biol Psychiatry* 2008;64:302–310.
71. Alter MD, Hen R. Serotonin, sensitive periods, and anxiety. In: Andrews G, Charney, Sirkovatska PJ, Regier DA, editors. *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2009:159–174.
72. Rauch SL, Drevets WC. Neuroimaging and neuroanatomy of stress-induced and fear circuitry disorders. In: Andrews G, Charney DS, Sirkovatska PJ, Regier DA, editors. *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2009:215–254.
73. Garvey MJ, Noyes R. NAG level differences in panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disord* 2005;19:818–825.
74. Guerrero Figueroa R, Heath RG, Escobar-Juyo A, Caballero-García G. Cortico-subcortical electrophysiological study during the effects of benzodiazepines in patients with panic disorders. *Rev Neurol*. 2001 Feb 16-28;32(4):321-7
75. Knott VJ, Bakish D, Lusk S, Barkely J, Perugini M. Quantitative EEG correlates of panic disorder. *Psychiatry Res*. 1996 Nov 25;68(1):31-9.
76. Gordeev SA. Clinical-psychophysiological studies of patients with panic attacks with and without agoraphobic disorders. *Neurosci Behav Physiol*. 2008 Jul;38(6):633-7.

77. Karabekiroğlu A, Karabekiroğlu K, Cömert GB. Panik bozukluğunda beyin görüntüleme çalışmaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:224-230.
78. Wiborg IM, Dahl AA. The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:58–63.
79. Dumas CA, Katerndahl DA, Burge SK. Familial patterns in patients with infrequent panic attacks. *Arch Fam Med* 1995;4:863–867.
80. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. Parenting and adult mood, anxiety and substance use disorders in female twins: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychol Med* 2000;30:281–294.
81. Bandelow B, Späth C, Tichauer GA, et al. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:269–278.
82. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. Childhood parental loss and adult psychopathology in women—a twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:109–116.
83. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Similarities and differences in incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders: the position of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:47–57.
84. Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK, Blazer DG. The effects of childhood parental death and divorce on 6-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1989;154:823–828
85. Perkonig A, Wittchen H-U. Epidemiologie von angststörungen. In: Kasper S, Möller HJ, editors. *Praxis der Angsterkrankungen*. Jena: Gustav Fischer; 1995:137–156.
86. Carrera M, Herrán A, Ramírez ML. Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Dec;114(6):417-25.
87. Rosellini AJ, Lawrence AE, Meyer JF, Brown TA. The effects of extraverted temperament on agoraphobia in panic disorder. *J Abnorm Psychol*. 2010 May;119(2):420-6

88. Bienvenu OJ, Hettema JM, Neale MC. Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *Am J Psychiatry*. 2007 Nov;164(11):1714-21.
89. Bienvenu OJ, Stein MB, Samuels JF. Personality disorder traits as predictors of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia. *Compr Psychiatry*. 2009 May-Jun;50(3):209-14.
90. White KS, Brown TA, Somers TJ. Avoidance behavior in panic disorder: the moderating influence of perceived control. *Behav Res Ther*. 2006 Jan;44(1):147-57.
91. Hoffart A. Cognitive mediators of situational fear in agoraphobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1995 Dec;26(4):313-20.
92. Cartwright D. Autistic defenses in agoraphobic syndrome: "flat" objects and the retardation of projective identification. *J Am Psychoanal Assoc*. 2006 Winter;54(1):109-35
93. Kitappppppp
94. Starcevic V, Kellner R, Uhlenhuth EH. The phenomenology of panic attacks in panic disorder with and without agoraphobia. *Compr Psychiatry*. 1993 Jan-Feb;34(1):36-41.
95. Noyes R, Clancy J. Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *Journal of Anxiety Disorders*. 1987; 1: 3-13
96. Chambless DL, Gracely EJ. Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 1989; 13: 9-20.
97. [www.uptodate.com/contents/agoraphobia-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis](http://www.uptodate.com/contents/agoraphobia-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis). 2011
98. Hayward C, Killen JD, Taylor CB. The relationship between agoraphobia symptoms and panic disorder in a non-clinical sample of adolescents. *Psychol Med* 2003;33:733–738.
99. Ballenger JC, Fyer AJ. Panic disorder and agoraphobia. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, et al., editors. *DSM-IV Sourcebook*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1996:412–471.

100. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Canestrari R. Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia—a replication study. *J Affect Disord* 1992;26:85–88.
101. Garvey M, Cook B, Noyes F. The occurrence of prodrome of generalized anxiety in panic disorder. *Compr Psychiatry* 1988;29:445–449.
102. Lelliott P, Marks I, McNamee G, Tobena A. Onset of panic disorder with agoraphobia—toward an integrated model. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1000–1004.
103. Argyle N, Roth M. The phenomenological study of 90 patients with panic disorder. Part II. *Psychiatr Dev* 1989;3:187–209.
104. Perugi G, Toni C, Benedetti A, et al. Delineating a putative phobic-anxious temperament in 126 panic-agoraphobia patients. *J Affect Disord* 1998;47:11–23.
105. McHugh RK, Smits JAJ, Otto MW. Empirically supported treatments for panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32:593–610.
106. Arch JJ, Craske MG. First-line treatment: a critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32:525–547.
107. Marks IM, Swinson RP, Basoglu M, et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia— a controlled-study in London and Toronto. *Br J Psychiatry* 1993;162:776–787.
108. Fava GA, Grandi S, Canestrari R, et al. Mechanisms of change of panic attacks with exposure treatment of agoraphobia. *J Affect Disord* 1991;22:65–71.
109. Swoboda H, Demal U, Krautgartner M, Amering M. Heightened embarrassability discriminates between panic disorder patients with and without agoraphobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003;34:195–204.
110. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychol Med* 2001;31:891–898.

111. Solian S ve ark: DSM-III-R Yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe Versiyonunun Retest ve Kullanıcılar Arası Uyuşma Güvenilirliğinin Araştırılması E. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 1989. 28:5 2349-2356
112. Hisli, N. Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji dergisi, 1988; 6, 118-126.
113. Ulusoy M, Şahin NH. Erkmén. Turkish version of the Beck Anxiety inventory: psychometric properties. J Cogn Psychother. 1998. 12: 163-172.
114. Khawaja NG, Oei TPS, Baglioni AJ. Modification of the catastrophic cognitions questionnaire (CCQ-M) for normals and patients: exploratory and LISREL analyses. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 1994;16: 325-342
115. Marchand A, Roberge P, Primiano S. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. J Anxiety Disord. 2009 Dec;23(8):1139-47.
116. Berle D, Starcevic V, Milicevic D. Do symptom interpretations mediate the relationship between panic attack symptoms and agoraphobic avoidance? Behav Cogn Psychother. 2010 May;38(3):275-89.
117. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. Compr Psychiatry. 2008 Mar-Apr;49(2):163-9.
118. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med. 1997 Sep;27(5):1101-19.
119. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry. 2010 Feb;67(2):124-32.
120. Seganfredo AC, Torres M, Salum GA. Gender differences in the associations between childhood trauma and parental bonding in panic disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2009 Dec;31(4):314-21.

121. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychol Med.* 2005 Jun;35(6):881-90.
122. Abrams K, Zvolensky MJ, Dorflinger L. Fear reactivity to bodily sensations among heavy smokers and nonsmokers. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2008 Jun;16(3):230-9.
123. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry.* 2010 May;71(5):606-15.
124. Chambless DL, Beck AT, Gracely EJ. Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: a test of the cognitive theory of panic. *Depress Anxiety.* 2000;11(1):1-9.



## 10. EKLER

### EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

Adınız soyadınız : Hasta no :  
Doğum tarihiniz : Tarih :  
Mesleğiniz : Ev tel. :  
Cinsiyetiniz : Cep tel. :  
○ kadın Ev adresi :  
○ erkek

Medeni durumunuz	Birlikte yaşadığınız kişiler
<input type="radio"/> bekarım <input type="radio"/> evliyim <input type="radio"/> ayrı yaşıyoruz <input type="radio"/> boşandım <input type="radio"/> dulum	<input type="radio"/> eşim ve çocuklarım ile <input type="radio"/> ebeveynlerim ile <input type="radio"/> yalnızım <input type="radio"/> geniş ailem ile <input type="radio"/> tanıdıklarımla

Eğitim durumu	Çalışma durumu
<input type="radio"/> okur-yazar değilim <input type="radio"/> okur-yazarım <input type="radio"/> ilkokul mezunuyum <input type="radio"/> ortaokul mezunuyum <input type="radio"/> lise mezunuyum <input type="radio"/> yüksekokul/üniversite mezunuyum	<input type="radio"/> işsizim <input type="radio"/> öğrenciyim <input type="radio"/> ev hanımıyım <input type="radio"/> işçi/memurum <input type="radio"/> emekliyim

Gelir düzeyiniz	Yetiştirdiğiniz yer	Şu anda yaşadığınız yer
<input type="radio"/> düşük (<1000 TL/ay) <input type="radio"/> orta (1000-1500 TL/ay) <input type="radio"/> yüksek (>1500 TL/ay)	<input type="radio"/> kırsal <input type="radio"/> kentsel	<input type="radio"/> kırsal <input type="radio"/> kentsel

Anneniz:	Babanız:	Anne-baba boşanması-ayrılığı var mı?	Kaç kardeşiniz?
<input type="radio"/> sağ <input type="radio"/> ölü (öldüğünde kaç yaşındaydınız?.....) Yaşı: Eğitim durumu: Mesleği:	<input type="radio"/> sağ <input type="radio"/> ölü (öldüğünde kaç yaşındaydınız?.....) Yaşı: Eğitim durumu: Mesleği:	<input type="radio"/> Evet (siz kaç yaşındaydınız?.....) <input type="radio"/> hayır	..... Kızkardeş sayısı..... Erkek kardeş sayısı..... Siz baştan itibaren kaçınıcı çocuksunuz?.....

0-6 yaş arasında sizi kim büyüttü?	Anne-baba Akrabalar Kurum
Çocukken önemli bir ayrılık/ göç/ yer değiştirme yaşadınız mı?	Evet (ne yaşadınız?.....) Kaç yaşındaydınız?.....) Hayır
Çocukluk döneminde anne ya da babanızdan belli bir dönem ayrı kaldığınız oldu mu?	Evet (kaç yaşındaydınız?.....) Hayır
Ailenizin içinde yaşadığınız toplumdaki farklı bir dinsel ya da etnik özelliği var mıydı?	Evet Hayır
Yetiştirdiğiniz ailede babanız annenizi döver miydi?	Evet Hayır
Çocukluk döneminizde aile içinde dayak yediniz mi?	Evet Hayır
Ailenizde herhangi bir ruhsal hastalığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı?	Evet (kim ve rahatsızlığı nedir?.....) Hayır

Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?	Evet (kaç kez?.....) Hayır
Alkol kullanır mısınız?	Evet (başlama yaşı.....) (günde ne kadar içersiniz?.....) Hayır
Alkol dışı madde kullanımınız var mı? (esrar, eroin, kokain, hap, tiner, bally...gibi)	Evet (hangilerini?.....) (günde ne kadar içersiniz?.....) Hayır
Geçmişte veya şu anda kronik (uzun süreli) bedensel bir hastalığınız oldu mu/ var mı?	Evet (nedir?.....) (kullandığınız ilaçlar?.....) Hayır

Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?	Evet (Hangi tanıyla? Hangi tarihte? Kullandığımız ilaçlar?.....) .....) Hayır
Şu anda psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı?	Evet (ne kullanıyorsunuz?.....) (ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....) Hayır

## Ek 2: BDÖ

**Yönerge:** Bu form *son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi* araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1	(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2	(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3	(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4	(0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum
5	(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6	(0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınım. (3) Kendimden nefret ediyorum.
7	(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8	(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9	(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum
10	(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11	(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
12	(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum

- 
- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.
-

### EK 3: BAÖ

**Yönerge:** Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere işaretleyiniz.

<i>Ne kadar rahatsız etti?</i>	Hiç	Hafif düzeyde- beni pek etkilemedi	Orta düzeyde- hoş değildi ama katlanabildim	Şiddetli düzeyde- dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma/karınalanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sıcak / ateş basmaları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gevşeyememe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Baş dönmesi/sersemlik hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kalp çarpıntısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Dengeyi kaybetme korkusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dehşete kapılma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sinirlilik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ellerde titreme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Titreklik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kontrolü kaybetme korkusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nefes almada güçlük	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ölüm korkusu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Korkuya kapılma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Baygınlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Yüz kızarması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EK 4: FELAKETLEŞTİREN BİLİŞLER ANKETİ

**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.

<i>Ne kadar tehlikeli?</i>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Biraz</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok</b>	<b>AŞırı derecede</b>
1. Asabi olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kaza geçirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Zihnin normal çalışmaması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Size gülünmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Bulantı hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Patlayacak gibi olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Yaralanmak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Akılcı düşünememe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sosyal ortamlarda utanmak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kusma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sallantı hissetmek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Öfkeli olmak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Kalp krizi geçirmek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Muhakeme güçlüğü yaşama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bir hata yapma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Baş dönmesi hissetmek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Rahatlayamama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Kaygılı hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. İnme geçirmek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Korkmak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Düşünmeyi kontrol edememe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ne söyleyeceğini bilmeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Kalpte yanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Uyarılmış halde olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Gergin hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Hasta olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Duyularını kaybetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Başarısız olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Midede rahatsızlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Berbat hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Ne kadar tehlikeli?</i>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Biraz</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok</b>	<b>Aşırı derecede</b>
<b>31. Saldırıya uğramak</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>32. Çıldırarak</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>33. İnsanları huzursuz etmek</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>34. Göğüste baskı hissi</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>35. Depresif olma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>36. Görme kaybı</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>37. Zihnin durması</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>38. Uyuşma hissi</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>39. Panikleme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>40. Sinirlilik</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>41. Boğuluyor gibi olmak</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>42. Zihinde bulanıklık</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>43. Zayıf hissetme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>44. Huzursuz hissetmek</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>45. Ağrı hissetme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>46. Çaresizlik hissi</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>47. Belleğini yitirme</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>48. Sinirsel gerginlik</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>49. Başetmede zorlanma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>50. Sıkılganlık</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EK 5: AGORAFOBİK BİLİŞLER ANKETİ

**Yönerge:** Aşağıda endişeli olduğunuzda veya korktuğunuzda aklınızdan geçebilecek bazı düşünceler veya fikirler verilmiştir. Lütfen böyle durumlarda her bir düşüncenin ne sıklıkla ortaya çıktığını ölçeği kullanarak belirtiniz:

<i>Ne sıklıkla ortaya çıkıyor ?</i>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Yarı yarıya</b>	<b>Genellikle</b>	<b>Her zaman</b>
1. Kusacağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Bayılacağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bende beyin tümörü olmalı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kalp krizi geçireceğim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Boğularak öleceğim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Aptalca davranacağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kör olacağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kendimi kontrol edemeyeceğim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Birine zarar vereceğim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Felç geçireceğim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Çıldıracağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Çılgın atacağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Saçmalayacağım veya gülünç konuşacağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Korkudan felç olacağım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## EK 6: BEDEN DUYUMLARI ANKETİ

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

<i>Ne kadar korkutuyor?</i>	<b>Hiç</b>	<b>Hafif</b>	<b>Orta</b>	<b>Çok</b>	<b>Aşırı</b>
1. Çarpıntı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Göğüste baskı hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kol ve bacaklarda uyuşma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Parmak uçlarında karıncalanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vücudun diğer yerlerinde uyuşma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nefes darlığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Baş dönmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Görme bulanıklığı veya bozuk görme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Bulantı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Midede rahatsızlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Midede düğümlenme hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Boğazda yumruk hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Bacaklarda yalpalama ve tutmama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Terleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.Boğaz kuruluğu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.Kendinden geçme ve şaşkınlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Bedenden kısmen ayrılma hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.Diğer(lütfen tanımlayınız)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EK 7: MOBİLİTE ENVANTERİ

Lütfen aşağıdaki **alan veya durumlardan sıkıntı veya endişe nedeniyle ne ölçüde kaçındığınızı** belirtiniz. Yanınızda güvendiğiniz biri varken ve yalnızken ne ölçüde kaçındığınızı aşağıdaki ölçeği kullanarak puanlayınız:

1. Hiç kaçınmıyorum
2. Nadiren kaçınyorum
3. Yarı yarıya kaçınyorum
4. Genellikle kaçınmıyorum
5. Her zaman kaçınmıyorum

(Uygun olduğunu düşündüğünüzde yarımlı rakamlar kullanabilirsiniz. Örneğin 3 ½ veya 4 ½ gibi). Hem yanınızda birinin olduğu hem de yalnız olduğunuz koşulların her ikisi içinde, herbir durum veya alan için bırakılan boşluklara puanlarınızı yazınız. Size uygun olmayan durumları boş bırakınız.

ALAN	YANINIZDA BİRİ VARKEN					YANLIZKEN				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiyatrolar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Süpermarketler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sınıflar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ofisler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Restaurantlar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Müzeler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Asansörler	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Toplantı salonu veya Stadyumlar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Araba parkları	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Yüksek alanlar (Ne kadar yüksek?.....)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Kapalı boşluklar (Örn. Tüneller)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Açık alanlar Dışarı (Örn. Geniş sokaklar, bahçeler..)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
İçeri (Örn. Geniş odalar, lobiler...)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Otobüsle	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Trenle	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Yeraltı demiryolu veya tüneli	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Uçakla	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Botla	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Arabayla yolculuk etmek veya araba kullanmak										
Herhangi bir zamanda	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Otoyolda	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sırada beklemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Köprüden geçmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Partiler veya sosyal toplantılar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sokakta yürümek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Evde yalnız kalmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Evden uzakta olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Diğer (tanımlayınız).....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5