

T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

86881

**MİTRAL KAPAK PROLAPSUSU VE PANİK  
BOZUKLUK İLİŞKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TEZ YÖNETİCİSİ**

**Doç.Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Lut TAMAM**

**ADANA-1999**

**T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana  
yardımcı olan**

**Doç.Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a,**

**Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan**

**Prof.Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a,**

**Prof.Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, Doç.Dr. Ayşe AVCI'ya**

**Tezimin hazırlık aşamasındaki katkılarından dolayı**

**Doç.Dr. Mustafa ŞAN'a**

**ve tüm çalışma arkadaşlarıma**

**TEŞEKKÜR EDERİM**

# İÇİNDEKİLER

1. Teşekkür.....	i
2. İçindekiler.....	ii
3. Tablo ve Şekil Listesi.....	iii
4. Özet.....	v
5. Anahtar sözcükler.....	vi
6. Abstract.....	vii
7. Keywords.....	viii
8. Giriş ve Amaç.....	1
9. Genel Bilgiler.....	2
10. Gereç ve Yöntem.....	29
11. Bulgular.....	36
12. Tartışma.....	55
13. Sonuç.....	64
14. Kaynaklar.....	66
15. Ekler.....	75

## TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ

<b>Tablo No</b>	<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo-I:</b>	Genel popülasyonda MVP yaygınlığı	4
<b>Tablo-II:</b>	MVP için önerilen tanı ölçütleri	8
<b>Tablo-III:</b>	DSM-IV'e göre "Panik Atak" tanı ölçütleri	12
<b>Tablo-IV :</b>	DSM-IV'e göre "Agorafobisiz Panik Bozukluğu" tanı ölçütleri	13
<b>Tablo-V:</b>	DSM-IV'e göre "Agorafobi" tanı ölçütleri	14
<b>Tablo-VI :</b>	MVP olgularında saptanan metabolik-nöroendokrin bozukluklar	18
<b>Tablo-VII:</b>	MVP, PB ve kontrol gruplarının yaş gruplarına göre dağılımı	36
<b>Tablo-VIII:</b>	Olguların medeni durum, eğitim durumu, meslek ve sosyoekonomik düzey açısından değerlendirilmesi	38
<b>Tablo-IX:</b>	MVP ve PB grubunun hastalık süresi, stres etkeni ve hastalığın başlama yaşı açısından değerlendirilmesi	39
<b>Tablo-X:</b>	Gruplarda DSM-IV'e göre konulan birincil psikiyatrik tanılar	40
<b>Tablo-XI:</b>	Grupların SCL-90-R genel semptom indeksi (GSİ) ve alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması	41
<b>Tablo-XII:</b>	Grupların BDÖ, STAI-1, STAI-2, TAÖ ortalama puanlarına göre karşılaştırılması	43
<b>Tablo-XIII:</b>	Panik atak belirtilerinin gruplarda görülme sıklıkları	45
<b>Tablo-XIV:</b>	Prolapsus düzeyine göre gruplandırılmış MVP olgularının anksiyete, depresyon, SCL-GSİ ve aleksitimi puanlarının karşılaştırılması	47
<b>Tablo-XV:</b>	Prolapsus düzeyine göre MVP grubunun hastalık süresi ve yaşlarının karşılaştırılması	47
<b>Tablo-XVI:</b>	Prolapsus düzeylerine göre PB yaygınlığı	48
<b>Tablo-XVII:</b>	MVP grubunda prolapsus düzeylerine göre panik atak belirtilerinin görülme oranları	49

<b>Tablo-XVIII:</b> MVP'su olan ve olmayan PB olgularının SCL-GSİ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	50
<b>Tablo-XIX:</b> MVP'su olan ve olmayan PB olgularının BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve TAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	51
<b>Tablo- XX:</b> MVP'su olan ve olmayan PB olgularının panik atak belirtilerinin karşılaştırılması	52
<b>Tablo-XXI:</b> MVP grubunda yaş, EKO bulguları, hastalık süresi ve ölçekler arasındaki korelasyonlar	53
<b>Tablo-XXII:</b> PB grubunda yaş, hastalık süresi ve ölçekler arasındaki korelasyonlar	54

<b>Şekil No</b>	<b>Şeklin Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil-1:</b>	Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım	37
<b>Şekil-2:</b>	MVP ve kontrol gruplarında birincil psikiyatrik tanı dağılımları	40
<b>Şekil-3:</b>	Grupların SCL-90-R genel semptom indeksi (GSİ) ve alt ölçek ortalama puanları	42
<b>Şekil-4:</b>	Grupların BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve TAÖ ortalama puanları	43
<b>Şekil-5:</b>	EKO'da belirlenen MVP düzeyine göre olguların dağılımı	46

## ÖZET

Son 25 yıldır, mitral kapak prolapsusu (MVP) ve panik bozukluğu (PB) arasında nedensel bir ilişkinin varlığını araştıran çok sayıda çalışma yapılmasına karşın henüz kesin bir sonuca ulaşamamıştır. Bu çalışma ile MVP tanısı konulan olguların psikopatolojik özelliklerinin belirlenerek PB olguları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması, PB olgularındaki MVP sıklığının belirlenmesi ve MVP düzeyinin olguların psikopatolojileri üzerine etkisinin olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgulara dayanarak MVP-PB arasında bir ilişki kurulup kurulamayacağı, bunun doğasının ne olduğunun ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve MVP tanısı koyulan, yaşları 15 ile 51 arasında 50 olgu, MVP grubu ile karşılaştırmak üzere Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve PB tanısı koyulan yaşları 16 ile 55 arasında 50 olgu alınmıştır. Ayrıca herhangi bir yakınması olmayan yaşları 17-63 arasında 50 sağlıklı denek kontrol grubu olarak çalışmaya katılmıştır. Tüm deneklerin ekokardiyografileri Kardiyoloji Anabilim Dalında görevli kardiyologlar ve kardiyoloji asistanları tarafından standart ekokardiyografik teknikler uygulanarak yapılmıştır. Tüm deneklere ilk görüşme sırasında çalışmanın amacı anlatılmış ve onayları alınmış ve yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu ile psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Ardından veri toplama formu, Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-1 ve STAI-2), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) uygulanmıştır.

Çalışma sonucunda, MVP ve PB görülme oranı kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazlaydı. MVP olgularının %16'sında, kontrol grubunun %2'sinde klinik olarak PB saptandı. MVP grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardı. Psikopatolojik özelliklerin değerlendirilmesine yönelik olarak uygulanan tüm ölçeklerde ortalama puanlar PB grubunda, MVP ve kontrol grubundan; MVP grubunda kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti. Panik atak belirtileri yönünden yapılan değerlendirmede ise PB grubu ile MVP grubu arasında nefes darlığı, ölüm korkusu ve parestezi dışında anlamlı bir farklılık yoktu. Ekokardiyografik değerlendirme sonucunda ise, PB olgularının %12'sinde MVP saptanmıştır. MVP'su olan ve olmayan

PB olguları arasında psikometrik incelemeler ve panik atak belirtileri yönünden anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

Sonuç olarak; MVP ve PB'nun benzer yaş ve cins gruplarında görüldükleri, MVP'da PB yaygınlığının normal popülasyondan fazla olduğu, en az PB kadar klinik belirti gösterdikleri, sağlıklı kontrol gruplarından daha fazla psikopatolojiye sahip oldukları, prolapsus düzeyinin psikopatoloji ve klinik belirtileri etkilemediği yorumu yapılabilir. Bu olguların Kardiyoloji ve Psikiyatri kliniklerince izlenmeleri sırasında bu sonuçların gözönüne alınması yararlı olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Mitral kapak prolapsusu, panik bozukluk, aleksitimi, depresyon, anksiyete



# ABSTRACT

## THE ASSESSMENT OF RELATIONSHIP BETWEEN MITRAL VALVE PROLAPSE AND PANIC DISORDER

During last 25 years, despite many studies searching for a causal relationship between mitral valve prolapse and panic disorder, no definite conclusion has been reached. The aim of this study was to evaluate the relationship between panic disorder and mitral valve prolapse from multiple aspects. For this reason; it was proposed to determine the psychopathologic features of patients with mitral valve prolapse, compare these features with cases in panic disorder and control groups, and find out mitral valve prolapse prevalence among panic disorder patients. The effect of prolapse level on psychopathology level of cases was also investigated. Depending upon these data, the relationship between mitral valve prolapse and panic disorder was studied, and a conclusion about the nature of this relationship was tried to be reached.

50 cases diagnosed as mitral valve prolapse in Cardiology outpatient service within age range of 15 to 51 years (mean  $30.5 \pm 8.7$ ) were included in this study. In order to compare with mitral valve prolapse patients, two study groups were composed. The panic disorder group included 50 patients diagnosed as panic disorder according to DSM-IV in our Psychiatry outpatient clinics between 16 to 55 years of age (mean  $33.0 \pm 7.7$ ) whereas control group included 50 healthy patients with no prominent complaint between 17 to 63 years of age. All patients were evaluated with echocardiography for mitral valve prolapse using standard echocardiographic techniques by cardiologists. After obtaining their consents, all patients were interviewed with a semi-structured interview scale and data regarding sociodemographic and their disease were obtained. Then all patients filled out self-report questionnaires including Symptom Check List (SCL-90-R), Beck Depression Inventory (BDI), State and Trait Anxiety Inventory (STAI 1 and STAI-2) and Toronto Alexithymia Scale (TAS).



This study revealed that female/male ratio of mitral valve prolapse and panic disorder patients was approximately 2/1. 16% of mitral valve prolapse group and 2% of healthy control group had panic disorder as a first axis psychiatric diagnosis with statistically significant difference between groups. The mean scores in all psychometric scales were significantly higher in panic disorder group than the other two groups; and significantly higher in mitral valve prolapse group than the healthy control group. There were no significant difference between panic disorder and mitral valve prolapse group in terms of symptoms of panic attack except dyspnea, fear of death and paresthesias. Echocardiographic assessments revealed that 12% of panic disorder group and 5.7% of control group had mitral valve prolapse. No significant differences were found between panic disorder patients with and without mitral valve prolapse regarding psychometric instruments, clinical diagnosis and symptoms of panic attack.

The data acquired from this study showed that patients with mitral valve prolapse and patients with panic disorder had similar age and gender distribution, mitral valve prolapse cases had higher panic disorder prevalence than normal healthy control groups. It was also found that mitral valve prolapse cases had clinical symptoms similar to panic disorder patients, had more psychopathology than healthy, control group, and that prolapse level of cases did not affect the psychopathology and clinical symptoms present in the patients. Taking the results of this study into account during follow-ups at Cardiology and Psychiatry clinics would be of great benefit to the patients and the physicians in many aspects.

**Key Words:** Mitral valve prolapse, panic disorder, alexithymia, depression, anxiety

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Mitral kapak prolapsusu (Mitral Valve Prolapse (MVP)), mitral kapak yaprakçıklarından birisi ya da ikisinin, sol ventriküler sistol sırasında atriyoventriküler aralıktan sol atriyum içine doğru sarkması olarak tanımlanan bir sendromdur. Genel nüfus içerisinde en sık görülen kalp kapak hastalığıdır. Göğüs ağrısı, çarpıntı, taşikardi, aritmi, nefes darlığı, sersemlik hissi, yorgunluk, sinirlilik, sıkıntı gibi çeşitli belirtiler gösterir. Bu sendromun belirtileri ile panik bozukluk (PB) belirtileri arasında büyük benzerlikler vardır. MVP ve PB kardiyoloji ve psikiyatride son 25 yıl içinde tanımlanan iki yeni bozukluktur. Yapılan çok sayıda çalışmaya karşın, MVP'nun oluş nedenleri tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir. MVP'nun kalp bulguları ile kardiyovasküler belirtileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda patognomonik özellikler bulunamamıştır. Bunun yanısıra PB'ü olguları üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, MVP sıklığı normal popülasyondan daha fazla bulunmuştur. Bu benzerlik ve birliktelikler; iki bozukluk arasında nedensel bir ilişkinin olabileceği düşüncesine yol açmıştır. Bu birlikteliği ortaya koyma amaçlı çok sayıda yurtiçi ve yurtdışı çalışmada ise birbiriyle çelişen, farklı sonuçlar elde edilmiş, iki bozukluk arasında kesin bir ilişki kurulamamıştır<sup>1-10, 21, 24-30</sup>.

MVP'nun mu PB'a neden olduğu, yoksa tam tersine PB'ta oluşan hemodinamik değişikliklerin mi MVP'nun oluşumuna neden olduğu kesin olarak belirlenememiştir<sup>48,62,64</sup>.

Bu çalışmanın amacı, MVP ile PB arasındaki ilişkiyi çok yönlü olarak değerlendirmektir. Bu amaçla öncelikle MVP tanısı koyulan olguların psikopatolojik özelliklerinin belirlenmesi, PB olguları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması, daha sonra PB olgularındaki MVP sıklığının belirlenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca MVP düzeyinin PB olgularının psikopatolojileri üzerine etkisinin olup olmadığının araştırılmıştır. Elde edilen bulgulara dayanılarak MVP-PB arasında bir ilişki kurulup kurulamayacağı, aralarındaki ilişkinin doğasının aydınlatılması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. MVP ve PB arasındaki ilişkinin tarihçesi

Çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk, bayılma ve çok seyrek olarak da ani ölüm ile seyreden MVP'nun sistolik klik ve geç sistolik üfürüm gibi dinleme bulguları yüzyıl öncesinden bilinmesine karşın; hastalık hakkındaki kapsamlı, açıklayıcı bilgiler ancak 1960'lı yıllardan sonra elde edilebilmiştir<sup>60,66,79</sup>.

1871 yılında Da Costa Amerikan İç Savaşı sırasında askerlerde gördüğü çarpıntı, göğüs ağrısı, sıkıntı ve bayılma ile giden tabloyu "İrritabl Kalp Sendromu" olarak tanımlamıştır. 1919 yılında Lewis, 1. Dünya Savaşı sırasında askerlerde görülen benzer belirtileri egzersize verilen abartılı bir fizyolojik yanıt olarak değerlendirmiş ve bunu "Efor Sendromu" olarak adlandırmıştır. Lewis ayrıca bu olgularda toraks duvar anomalilerinin sık görüldüğünü saptamıştır. Bir izlem çalışmasında; Grant, bu hastaların %40'ında başka kardiyak patoloji olmaksızın apikal sistolik üfürüm bulunduğunu bildirmiştir. 1941 yılında Wood, Da Costa Hastalığının ve efor sendromunun aynı şeyler olduğunu, kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğünü, aşırı duygusal ve psikonevrotik davranış sergileyen kişilerde daha sık bulunduğunu belirterek; bunları "Kardiyak Nevroz" ya da "Nörosirkulatuvar Asteni" olarak adlandırmıştır. 1968 yılında Barlow ve arkadaşları fonokardiyografi ve anjiyografi ile, oskültasyonda duyulan ejeksiyona bağlı olmayan, midsistolik klik ve geç sistolik üfürümlerin mitral kapaktan kaynaklandığını bulmuşlardır<sup>13,38,45,53,57,85,95,117</sup>.

Bu sendromu tanımlamak için verilen irritabl kalp sendromu, asker kalbi, efor sendromu, Da Costa Sendromu ve nörosirkulatuvar asteni gibi adlardan da anlaşılacağı gibi sendromun genellikle birincil kardiyovasküler işlev bozukluğunu yansıttığı düşünülmüştür. Bu nedenle, 1. Dünya Savaşının sonuna kadar bu sendrom sadece kardiyologların ilgi alanında kalmıştır. Fakat iki dünya savaşı arasında araştırmacılar, sendromu, yaşam olayları ve stresle ilişkilendirmeye ve nevrozla bütünleştirmeye başlamışlardır<sup>33, 68</sup>.

MVP ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi ilk vurgulayan Wooley olmuştur. Wooley bu sendromlar arasında yakın bir ilişki olduğunu savunmuş ve

daha önce "Barlow Hastalığı" olarak tanımlanan bu bozukluğa "Mitral Kapak Prolapsusu" adını vermiştir. Wooley, ayrıca anksiyete bozukluğu belirtileri (özellikle PB) ile MVP belirtileri arasındaki dikkat çekici benzerliği vurgulayarak, üzerinde durulması gerektiğini aktarmıştır. Sonraları bazı kardiyologlar da MVP olgularında yüksek sıklıkta anksiyete ve psikonevrotik belirtilerin görüldüğünü bildirmişlerdir<sup>22,23,119</sup>

Bu çalışmaların ardından 1978 yılında Pariser ve arkadaşları, anksiyete ataklarının çok farklı nedenlerinin olabileceğini, MVP'nun da bunlardan biri olduğunu bildirmişlerdir. Pariser ve arkadaşları, özellikle PB tanı ölçütlerini karşılayan olguların dikkatli bir kalp bakısından geçirilmesi gerektiğini ve MVP yönünden araştırılmasının uygun olacağını belirtmişlerdir. Bu ilk olgu serisinden sonra MVP ve anksiyete bozuklukları üzerine çok çeşitli araştırmalar yapılmış, ve bu konuda çeşitli öneriler ortaya atılmıştır<sup>74,75,76,86,87,88,98,105</sup>

PB'nun tarihsel süreci MVP'nun tarihsel sürecine benzerlik gösterir. Bu durum anksiyete ile kardiyovasküler bozukluklar arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir dönemi kapsar. Panik anksiyeteye ilgili ayrıntılı tanımlar 100 yıl önce yayınlanmış olmasına karşın; PB 1980 yılında DSM-III (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, üçüncü baskı) yayınlanıncaya kadar ayrı bir bozukluk kategorisi olarak sınıflandırma sistemlerinde yer almamıştır. DSM-II'de anksiyete nevrozu olarak yer alan bu kavram, DSM-III'te PB ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere iki ayrı kategoride ele alınmıştır. Daha sonra kesin tanımlamaları ve tanı ölçütleri ortaya konarak hakkında çok sayıda araştırma yapılmıştır<sup>3,4,5,59</sup>.

## **2.2 Sıklık ve yaygınlık (Epidemiyoloji)**

### **2.2.1 MVP'nun sıklık ve yaygınlığı**

MVP kalp kapak hastalıkları içinde en sık olarak görülenidir . Genellikle 14-30 yaşları arasında ilk olarak belirlenir . Yaygınlığının %0.4 ile %21 arasında olduğu bildirilmektedir. Bu farklılık; tanı koymak için gerekli olan ölçütler üzerindeki anlaşmazlıklara, daha hassas tanısal araçların ortaya çıkmasına ve çalışılan popülasyonların değişkenliğine bağlanmaktadır<sup>26,35,66,68,113,114</sup>

Barlow ve arkadaşları MVP nun toplumda görülme yaygınlığını %6.3 -%17, Markiewiez ve ark, ise %4-17 arasında olarak bildirmişlerdir. MVP' nun görülme yaygınlığının yaşa ve cinsiyete göre büyük farklılıklar gösterdiği de saptanmıştır<sup>13,69</sup>.

Şu ana kadar kardiyak risk etkenleri üzerine yapılan en büyük araştırma olan, 4967 deneğin değerlendirildiği Framingham kalp çalışmasında, ekokardiyografik tekniklere dayanılarak saptanan MVP yaygınlığı % 5 olarak bildirilmiştir. Bütün yaş gruplarında erkeklerdeki yaygınlık oranı %2 ile %4 arasında bulunmuştur. Kadınlarda ise, MVP yaygınlığının yaşla birlikte düzenli olarak azaldığı, 20-29 yaş arası kadınlarda % 17 gibi yüksek bir oran saptanırken, 80 yaş üstü kadınlarda bu oranın %1.4 gibi düşük düzeylere indiği bildirilmiştir (Tablo-I). Bu düşüş, olguların içinde buldukları durumlara ikincil olarak gelişen işlevsel MVP tiplerinin bulunmasına ve zaman içinde bu patolojilerin düzelmesine bağlanmıştır<sup>92,93</sup>.

**Tablo-I Genel popülasyonda MVP yaygınlığı (Savage ve ark. 'a<sup>93</sup> göre)**

Populasyon	Yaygınlık (Prevalans)
Tüm nüfus	%5
Erkekler	%2 ile 4
Kadınlar (Yaşa Göre)	
20 – 29	% 17
30 – 39	% 12.9
40 – 49	% 12.2
50 – 59	% 7.5
60 – 69	% 4.4
70 – 79	% 1.8
80 ve üstü	% 1.4

Deveruex ve arkadaşları, Framingham çalışmasının bulgularını destekleyen veriler ortaya koymuşlardır. Kadın ve erkeklerde MVP yaygınlığının farklı olduğunu, kadınlarda 30 yaş civarında % 14 oranında olan MVP yaygınlığının, daha sonra azalmaya başladığını, 90 yaş civarında %1'e indiğini bildirmişlerdir. Ayrıca çocuklarda 10 yaşın üzerinde MVP'nun sıklığının artmaya başladığını, 13-19 yaşlar arasında ilerleyici bir artış görüldüğünü aktarmışlardır<sup>41</sup>.

Bu bulgulara dayanarak bazı araştırıcılar çalışmalarının güvenilirliğini artırmak amacıyla 15-19 yaş grubundaki hastaları çalışma kapsamı dışında tutmayı yeğlemişlerdir. Buna karşın yeni doğmuş 100 kız bebek üzerinde yapılan bir çalışmada; MVP yaygınlığı %3 olarak saptanmıştır. 9 ile 14 yaş arası 813 ocuk ve ergende yapılan bir başka çalışmada ise genel MVP yaygınlığı %4.2, kızlar için %6.2, erkekler için %2.3 olarak bildirilmiştir . Bu bulguların, erişkinlerde bulunan MVP yaygınlığına çok benzediği, ergenlik ve ergenlik öncesi çağdan erişkinliğe geçişte MVP yaygınlığında dramatik bir artış görülmediği vurgulanmıştır <sup>7,9,10,30,83,84</sup>.

### **2.2.2. PB'un sıklık ve yaygınlığı**

Bu alanda yapılan alışmalar PB'unun yaşam boyu yaygınlığının %1.5 ile %5 arasında olduğunu bildirirken, panik ataklar için bu oranlar %3 ile %5.6 arasında değişmektedir. Yakın zamanda ABD'de 1600 kişi üzerinde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu PB yaygınlığı %3.8, panik atak yaygınlığı %5.6, sınırlı sayıda belirtili panik atakların yaygınlığı ise %2.2 olarak bildirilmiştir. Toplum rneklemelerinde, hastaların yaklaşık üçte biri ile yarısında PB'nun agorafobi ile birlikte olduğu bulunmuştur <sup>3,11,12,60,61</sup>.

PB kadınlarda erkeklere oranla 2 ya da 3 kat fazla rastlanır. PB'nun sıklığının ve gelişiminin eğitim, etnik ya da sosyoekonomik durumla ilişkisi olmadığı bildirilmektedir. PB'a katkısı olduğu belirlenen tek sosyal etken, yakın zamanda boşanma ya da ayrılık öyküsü olmasdır. Bunun dışında aile öyküsü de PB'un gelişiminde önemli bir risk etkeni olarak görülmektedir <sup>44,60,96</sup>.

PB sıklıkla genç erişkinlik döneminde –ortalama 25 yaş civarında– ortaya çıkmakla birlikte her yaşta görülebilir. PB'nun ocuk ve ergenlerde de görüldüğü bildirilmekte ve bu yaş grubunda olduğundan daha az tanı konulduğu dşnlmektedir<sup>60</sup>.

### **2.2.3. MVP ve PB sıklık ve yaygınlığı arasındaki ilişki**

1970'li yılların sonunda Pariser ve arkadaşlarının MVP ile PB arasında bir ilişki olduğunu ileri süren yayınları büyük ilgi görmüştür. Daha sonra yapılan çalışmalarda da her iki bozukluğun görülme yaygınlığının yaklaşık %5 dolayında olduğu, daha çok genç erişkin çağda görüldüğü ve cinsiyetlere göre dağılım oranının (kadın/erkek



oranı= 2/1) hemen hemen aynı olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, MVP-PB ilişkisine olan ilginin daha da artmasına neden olmuştur <sup>11,86-88</sup>.

Daha sonra yapılan MVP ve PB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda birbirinden farklı ve değişken sonuçlar elde edilmiştir. MVP olgularında psikiyatrik belirti taramasının yapıldığı çalışmalarda PB yaygınlığının %0 ile %24 arasında değiştiği görülmektedir. Margraf ve arkadaşları 1988 yılında o zamana dek yapılan yayınları inceledikleri bir çalışmada; MVP olgularında panik atak yaygınlığının %14, PB yaygınlık oranını ise % 8 olarak bulmuşlardır. Aynı analizde kardiyak problemleri olan olgulardan oluşan kontrol grubunda panik atak yaygınlığı %10, PB yaygınlığı %5 olarak saptanmıştır. Daha çok hastane görevlilerinin oluşturduğu normal sağlıklı bireylerin kapsandığı kontrol grubunda ise bu rakamlar sırayla, panik atak için %7, PB için %2 bulunmuştur. Margraf ve arkadaşları, MVP ile kardiyak kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını, ancak sağlıklı kontrol grubu ile arada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunduğunu bildirmiştir. Son yıllarda yapılan üç farklı çalışmada da bu bulgular desteklenmiş, ve MVP'ü olan olgularla, göğüs ağrısı ya da kardiyak problemi olan olgulardan oluşan kontrol grupları arasında PB ya da panik atak görülme yaygınlığı yönünden bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Alpert ve arkadaşları , çalışmalarında kontrol grubunu göğüs ağrısı ve diğer kardiyak belirtileri olan kişilerden seçerek , MVP grubunun oluşumundaki önyargıyı göreceli olarak dengelediklerini savunmuşlardır<sup>2,24,68,101</sup>.

PB dışında, MVP grubu ile kardiyak kontrol grubu arasında kronik anksiyete, fobik bozukluk, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon açısından da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır<sup>54,68,72,77,102</sup>.

Ülkemizde yapılan Arkonaç ve arkadaşlarının çalışmasında 54 MVP olgusundan, psikopatoloji saptadıkları 35 olgunun %79'unda anksiyete bozuklukları bulduklarını belirtmişlerdir. PB oranı %37.9, yaygın anksiyete bozukluk oranı %22.4, sosyal fobi %1.7, basit fobi %8.6, sadece agorafobi %8.6 olarak bulunmuştur. Sayar ve arkadaşları 45 MVP, 30 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yaptıkları çalışmada MVP PB yaygınlığını %6.7 olarak bildirmiş ve bu sayının genel nüfustaki PB yaygınlığı ile benzeştiğini vurgulamışlardır <sup>9,10,94</sup>.

PB ile MVP arasındaki ilişkiyi bir de karşı yönden değerlendirme amacıyla yapılan bazı çalışmalarda, panik atağı olan ya da PB olgularında % 0 ile % 50

arasında değişen oranlarda MVP yaygınlığı bulunmuştur. Bu çalışmaların bazıları MVP varlığı ile PB oluşumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ileri sürmektedirler. Bu çalışmalarda, PB olgularındaki MVP yaygınlığı %24 ile %50 arasında değişmektedir 35,47,50,52,59,67,80,86,112

Bir grup araştırmacı ise; PB olgularında MVP yaygınlığının, normal popülasyondaki yaygınlık oranı olan %5 ten ya da kontrol grubundan çok farklı olmadığını ileri sürmüşler ve %0 ile % 16 arasında değişen bir yaygınlık oranından söz etmişlerdir 15,16,77,98

Ülkemizde Arkonaç ve arkadaşları, PB olan hastalarda MVP yaygınlığını %53.2, Bayraktar ve arkadaşları %21, Arık ve arkadaşları %17.6 olarak bildirmişlerdir. Kontrol grubu olmayan ilk çalışma dışında diğer çalışmalarda kontrol gruplarına göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Arkonaç ve arkadaşları, ülkemizde çeşitli anksiyete bozukluklarında MVP yaygınlığını araştırmışlar ve bu oranın; basit fobide %68.4, sosyal fobide %23, yaygın anksiyete bozukluğunda %54.8, obsesif kompulsif bozuklukta %31.03 olarak bulmuşlardır. Bu değerlerin genel popülasyondan anlamlı düzeyde fazla olduğu vurgulanarak, MVP'nun genel olarak anksiyete bozuklukları ile ilgili bir durum, belki de anksiyetenin biyolojik bir belirteci olabileceği belirtilmiştir 8,9,10,18,83,84

PB olgularındaki MVP yaygınlık oranına ilişkin elde edilen bu farklı bulgular, çeşitli nedenlere bağlanmaktadır. Bu nedenler arasında; çalışmaya olgu alımında kullanılan tanı ölçütleri ve MVP tanısı koymak için dikkate alınan ölçütlerde gözlenen farklılıklar, seçilen olguların yaş ve cinsiyet dağılımı gibi değişkenler, kardiyolojik değerlendirmelerdeki yöntem eksiklikleri ya da farklılıkları sayılabilir. Bazı çalışmalarda daha çok belirti gösteren olguların çalışmaya alınması, uygun kontrol gruplarının kullanılmaması, değerlendiricilerin olguların tanılarına kör olmaması gözlenen diğer metodolojik sorunlar olarak kabul edilmiştir. Katerndahl yaptığı bir meta analizde, PB ile MVP arasında anlamlı bir ilişkinin varlığından söz edilebileceğini ancak yayınlanmış makalelerin niteliklerindeki değişkenliğin, bu çalışmaların yanlı olma olasılığını ortaya koyduğunu, bunun da bu konuda yapılmış tüm çalışmaların birlikte değerlendirilerek kesin bir sonuca varılmasını engellediğini belirtmiştir<sup>62,68</sup>.



## 2.3. MVP ve PB'unun tanı ölçütleri, tanı koyma araçları, klinik belirtiler

### 2.3.1. MVP nun tanı ölçütleri ve tanı koyma araçları

MVP tanı koyma sürecini standardize etmek amacıyla çeşitli ölçütler konmuşsa da halen bu ölçütler üzerinde tam bir fikir birliği sağlanamamıştır. Bu ölçütler Tablo-II de gösterilmiştir.

**Tablo-II: MVP için önerilen tanı ölçütleri**

#### **MVP TANI ÖLÇÜTLERİ**

1. KLİNİK BELİRTİLER: Çarpıntı/Taşikardi, göğüs ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk, baş dönmesi, bayılma
2. EKSTRAKARDİYAK BULGULAR: Göğüs duvarı veya omurga deformiteleri, kubbe damak, eklemelerde hiperekstansibilite
3. DİNLEME BULGULARI: Apekte mid ya da geç sistolik klik ya da üfürüm
4. EKG: ST- T Dalgası anormallikleri (Infero-apikal derivasyonlarda düzleşme ya da tersine dönme)
5. EKOKARDİYOGRAM: İki boyutlu/yönlü ekokardiyografide mitral kapağın bir yaprakçığında mid-sistol ya da geç sistol sırasında en az 3 mm prolapsus olması

Gruplandırılmış MVP tanı ölçütlerini tek tek değerlendirelim.

#### **2.3.1.1. MVP'un klinik belirtileri**

MVP olgularının bir kısmı herhangi bir belirti göstermezler. Bununla birlikte, büyük bir kısmında ise göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı ya da bayılma gibi çeşitli belirtiler görülebilir<sup>12,79</sup>.

MVP belirtileri ve belirtilerin oluşumuna yönelik ortaya konulan düşünceleri şu şekilde özetleyebiliriz;

Halsizlik ve yorgunluğun; MVP'lu olguların yaklaşık %50 sinde bulunduğu bildirilmektedir. Bazı yazarlar halsizliğin en sık görülen belirti olduğunu ileri sürerken, bazı araştırmalarda bu belirtiden söz edilmemiştir. MVP olgularında bulunabilen yoğun halsizliğin, hiperadrenerjik duruma ya da sempatik sinir sistemi aracılığıyla ortaya çıkan kaç ya da savaş (fight or flight) yanıtının sonucuna bağlı olabileceği ileri sürülmektedir<sup>22,65,105,106,116</sup>.

Çarpıntı, taşikardi gibi kardiyak belirtiler de MVP olgularında sık görülür. Çarpıntılarının prematür ventriküler ya da atriyal kasılmalarla ilişkili olduğu sanılmaktadır. Yüksek aritmi sıklığının mitral kapak kalınlaşmasına bağlı olduğu bildirilmektedir. Kalp çarpıntılarını hastaların aşırı duyarlı olmasına neden olmaktadır. Çeşitli araştırmalarda MVP'unda çarpıntı sıklığı %41 ile %89 arasında değişmektedir<sup>65,66,106,118</sup>.

Nefes alıp verme dönemleri arasındaki yetersiz gevşemeye bağlı gelişen göğüs duvarı kaslarındaki spazm MVP olgularında göğüs ağrısına neden olabilmektedir. Ancak genel olarak MVP'da göğüs ağrısının tek nedene bağlı olmadığı, çok nedenli olduğu belirtilmektedir. Göğüs ağrısının diğer nedenleri arasında; azalmış kan akımı, ortostatik hipotansiyon, korda tendina ve mitral kapak yaprakçıklarındaki gerilim sayılmaktadır. Bir çalışmada, MVP'da görülen göğüs ağrılarının yaklaşık %80'in ösefagiyal spazm ve ilişkili sorunlara bağlı olabileceği bildirilmiştir. Bu hastalarda göğüs ağrısı angina pectorisle uyumlu değildir. Ağrı sıklıkla apikal bölgede keskin, bıçak saplanır tarzda bir ağrı olarak tanımlanmaktadır. Ağrı genellikle egzersizden bağımsız, geçici ya da uzun süreli olabilir. Nitrat ya da dinlenme ile azalmaz. MVP'da göğüs ağrısı görülme sıklığı, çeşitli araştırmalarda %47-%72 arasında değişmektedir<sup>65,66,106,118</sup>.

MVP'nda sık görülen bir başka belirti, baş dönmesi ve bayılmadır. Birçok olguda bu belirtilerin kesin nedeni tam olarak belirlenememiştir. Ancak bu belirtilerin gösterilebilen nedenleri arasında; vasovagal ataklar, malign ventriküler aritmi, geçici iskemik atak sayılabilir. Sıklığı çeşitli çalışmalarda %14 ile %78 arasında değişmektedir<sup>106</sup>.

Bu olgularda gözlenen diğer belirtiler arasında; baş ağrısı, egzersize dayanıksızlık, uyku bozuklukları, soğuk ekstremiteler, el ve ayaklarda şişme gibi belirtiler sayılabilir<sup>65,106</sup>.

### **2.3.1.2. Dinleme Bulguları**

MVP tanısına yardımcı olacak önemli bulgular; tipik dinleme bulgularıdır. Klik ve üfürüm bu bulguların en sık görülenidir. MVP'na özgü tipik dinleme bulgusu; en iyi kardiyak apekte ya da medyalinde duyulabilen mid ya da geç sistolik kliktir. Bu klik maksimum kapak prolapsusu sırasındaki kordal-yaprakçık yapısındaki kalınlaşmadan

kaynaklanmaktadır. Sistolik kliğin yanısıra bazı hastalarda; kanın, mitral kapağın tam kapanmamasına bağlı olarak sol atriyumda geri kaçması MVP için tipik olan geç sistolik üfürüme neden olur. Yapılan bir çalışmada, EKO ile saptanmış MVP' su olan olguların % 80'inde dinleme bulguları bulunduğu; bunların % 27'sinde sadece sistolik klik duyulabilirken ,% 26'sında sadece sistolik üfürüm, %22'sinde hem sistolik üfürüm hem de sistolik kliğin saptandığı bildirilmiştir <sup>26,58,66,97,113</sup>.

### **2.3.1.3. EKG Bulguları**

MVP olgularının büyük bir çoğunluğunda EKG bulguları normal sınırlardadır. Ancak bu hastalarda, kimi zaman normalden fazla EKG anormallikleri ve aritmiler bulunduğu da bildirilmiştir. Bu oran bazı çalışmalarda %25-30 arasında olarak bildirilmiştir. En önemli EKG değişikliği infero-lateral derivasyonlardaki ST-T değişiklikleri, T dalgasında düzleşme ve ventriküler ektopidir <sup>12,66</sup>.

Ancak araştırmacılar bulunan dinleme bulguları, EKG değişiklikleri, ekstrakardiyak belirtilerin, MVP'na özgün olmadığını, bu nedenle sadece bu bulgulara dayanarak tanı koymanın yanıltıcı olabileceğini belirtmektedirler<sup>14,66</sup>.

### **2.3.1.4. Ekokardiyografi (EKO) Bulguları**

MVP için, en güvenilir ve özgül tanı aracının ekokardiyografi (EKO) olduğu bilinmektedir. Ekokardiyografik incelemeler iki yönetime göre yapılır: M-mod ekokardiyografide; mitral kapakçıkların birisi ya da ikisinin mid-sistolde ya da sistol boyunca arkaya doğru sürekli hareketi ya da yer değiştirmesi tanı için gerekir. İki boyutlu ekokardiyografik yöntemde ise; mitral kapak yaprakçıklarından birisi ya da ikisinin sistol sırasında atrio-ventriküler aralık düzleminin bir ucundan diğer ucuna çizilen hayali çizginin üzerinden sol atriyum içerisine en az 3 mm sarkması MVP olarak değerlendirilir. EKO genel olarak, dinleme bulgularından daha hassas bir tanı aracı olmakla birlikte, MVP tanısı koyulurken kullanılan ölçütler arasında da büyük farklılıklar vardır. Tanı ölçütleri konusunda, çeşitli öneriler bulunmakla birlikte uygulama aşamasında halen sorunlar bulunmaktadır. Tanı koyulurken çoğu kez öznel davranıldığı, bu durumun çeşitli çalışmalarda elde edilen çelişkili sonuçları açıklayabileceği düşünülmektedir <sup>10,26,31,68</sup>.

Wann ve arkadaşları, EKO ile MVP saptanmasında farklı araştırmacılar arasındaki tanısal uyumluluğun %52 ile % 80 arasında değişebileceğini; aynı araştırmacıların farklı zamanlardaki değerlendirmelerindeki uyumluluğun % 88 ile %98 arasında bir orana kadar artabileceğini vurgulamışlardır. Güvenilirlik ve tanısal uyumun, tanı ölçütlerinin sıkı biçimde uygulandığı durumlarda en yüksek olduğu bildirilmektedir<sup>114</sup>.

### **2.3.2. PB'un tanı ölçütleri ve klinik belirtileri**

PB, yineleyici, beklenmedik panik ataklar ve bu panik ataklarını izleyen çeşitli belirtilerle giden bir anksiyete bozukluğudur. PB tanımında belirtildiği üzere panik atak bozukluğun temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle öncelikle panik atağı tanımlamak gerekmektedir<sup>11,17</sup>.

#### **2.3.2.1. Panik Atak ve tanı ölçütleri**

Panik atak birden ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan yoğun bir anksiyete nöbetidir. Panik atak, PB başta olmak üzere sosyal fobi, özgül fobi, post-travmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozukluklarında; depresyon, sanrısız bozukluk gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda; madde entoksikasyonu gibi tıbbi durumlarda da ortaya çıkar. Yani panik atağın olması tek başına PB tanısı için yeterli değildir. Panik atak DSM-IV'de 13 farklı bedensel ya da bilişsel belirtiden en az dördünün eşlik ettiği yoğun bir korku ve rahatsızlık ile belirlenen bir süreç olarak tanımlanmıştır. Panik ataklar ani başlangıçlıdır ve genellikle hızlı bir biçimde 10 dakika ya da daha kısa bir süre içinde en yüksek noktasına ulaşır, 30 dakika ile bir saat içinde kendini sınırlar. Panik atağı tanımlayan DSM-IV tanı ölçütleri Tablo-III'te verilmiştir<sup>3,60</sup>.

Panik atağın diğer ölçütlerini karşıladığı halde, gözlenen belirti sayısı dörtten az olan nöbetlere; kısıtlı belirti nöbeti denir<sup>3</sup>.

DSM-IV panik atakları ortaya çıktıkları koşullara göre üç gruba ayırmıştır;  
Bunlar

1. Beklenmeyen panik ataklar; panik atakların ortaya çıkışı tetikleyici bir nedene ya da duruma bağlı değildir. Birden, beklenmedik biçimde ortaya çıkar. PB tanısı için bu tür panik atakların oluşması gerekmektedir.

2. Duruma bağılı panik ataklar; durumsal bir tetikleyiciye bağılı olarak hemen ortaya çıkan, ortaya çıkışı tahmin edilebilen panik ataklardır. Özgöl ve sosyal fobide bu tür panik ataklar gözlenir.
3. Durumların yatkınlık oluşturduğu panik ataklar; ataklar bir durumsal tetikleyiciye bağılı olarak oluşma eğilimindedir. Ancak tetikleyici olayın oluşmasından hemen sonra ortaya çıkmayabilir (agorafobili PB'da bu tür ataklar gözlenir.)<sup>3</sup>.

### **Tablo-III: DSM-IV'e<sup>3</sup> göre Panik Atak tanı ölçütleri**

Not: Panik atağı kodlanabilir bir bozukluk değildir.

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve on dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
5. Soluğun kesilmesi
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
9. Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon(benliğinden ayrılmış olma)
10. Denetimini yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
11. Ölüm korkusu
12. Pareteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

#### **2.3.2.2 PB'un tanı ölçütleri**

Daha öncede belirttiğimiz gibi, PB temel özelliğı, yineleyen beklenmedik panik ataklarıdır. Panik anksiyeteye ilgili ayrıntılı tanımlar 100 yıl önce yayınlanmış olmasına karşın; PB 1980 yılında DSM-III yayınlanıncaya kadar ayrı bir bozukluk kategorisi olarak sınıflandırma sistemlerinde yer almamıştır. DSM-II'de anksiyete nevrozu olarak yer alan bu kavram, DSM-III'te PB ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere iki ayrı kategoride ele alınmıştır<sup>4</sup>.

DSM sınıflandırma sisteminin sonraki baskılarında bu tanımlamalarda önemli değişiklikler yapılmıştır. DSM-III'de PB tanısı için üç haftada en az üç panik atağı yaşanması koşulu getirilmişken, DSM-III-R'de bu koşul ya 4 haftada en az 4 panik atağın bulunması ya da bir ya da birkaç panik atağını izleyen ve en az bir ay süren bir beklenti anksiyetesinin gerekliliğine dönüştürülmüştür. Böylece "ataklar arasında değişik düzeyde sinirlilik ve atağın yineleyeceğine ilişkin kaygının var olması" biçiminde tanımlanan beklenti anksiyetesi bir tanı ölçütü olarak DSM-III-R'de yerini almıştır. DSM-IV'de ise belli bir zaman diliminde belli sayıda atak geçirme ölçütü kaldırılmış, tek nöbet geçirilse bile olası bir atak beklentisi ölçütü yeterli bulunmuştur. DSM-IV'de yer alan agorafobisiz PB tanı ölçütleri Tablo-IV'de verilmiştir. DSM-IV PB'ü agorafobili ve agorafobisiz olmak üzere 2 alt gruba ayırmıştır<sup>3,4,5</sup>.

#### **Tablo-IV: DSM-IV<sup>3</sup> 'e göre "Agorafobisiz Panik Bozukluğu" tanı ölçütleri**

##### **Agorafobisiz Panik Bozukluğu**

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 bir kaygı
  - b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma
  - c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olmaması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir

D. Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz

### 2.3.2.3 Agorafobi ve tanı ölçütleri

Agorafobi PB'un bir komplikasyonu olarak ya da çok seyrek olarak da PB öyküsü olmaksızın ortaya çıkar. Agorafobili PB'ta temel özellik; kişinin yalnız kalmaktan, kaçmanın zor olacağı ya da bir yeti yitimi durumunda yardımın gelemeyeceği topluma açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyması ve çoğu zaman bir panik atağı yaşamasıdır. İşlek bir cadde ya da kalabalık dükkanlar gibi kalabalık içinde olma, tünel asansör ya da toplu taşıma araçlarında bulunma en sık kaçınılan durumlar arasında sayılabilir. Bu kişiler çoğu kez evden çıktıkları zaman bir yakınlarının kendilerine eşlik etmesinde ısrar ederler<sup>3,12,110</sup>.

DSM-IV'e göre agorafobi tanı ölçütleri Tablo V' de verilmiştir.

#### Tablo-V: DSM-IV<sup>3</sup> e göre Agorafobi tanı ölçütleri

Not: Agorafobi kodlanabilir bir bozukluk değildir. Agorafobinin ortaya çıktığı özgül bozukluğu kodlayınız

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği ( ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım belirli durumlar vardır ki bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.

Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durumla sınırlı ise Özgül Fobi tanısını, toplumsal durumlarla sınırlı ise Sosyal Fobi tanısını düşününüz.

B. Bu durumlardan kaçınılır (örn. Geziler kısıtlanır) ya da panik atağı ya da panik benzeri belirtiler olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinilir.

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, post-travmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.



#### 2.3.2.4. PB'un kliniği

Yineleyici, beklenmedik panik atakların gözleendiği bir bozukluk olarak tanımlanan PB da, kimi zaman içinde bulunulan koşullardan etkilenererek ortaya çıkan panik ataklar da gözlenebilir. PB'lu olgularda yapılan çeşitli çalışmalarda, görülen panik atakların %60 ile %75'inde başlatıcı bir etkenin var olduğu bildirilmiştir. Bu durum DSM-IV'ün tanımladığı durumsal yatkınlık gösteren panik ataklar olarak değerlendirilir<sup>11,110</sup>.

PB da görülen panik atakların sıklık ve şiddeti değişkenlik gösterir. Örneğin, bazı olgularda, uzun bir zaman süresi içinde ortalama haftada bir kez panik atak görülürken, bazılarında haftalar, aylar boyunca hiç atak gözlenmeyebilir. Bazı olgular kısa bir sürede (bir hafta boyunca) günlük sık olarak panik atak geçirebilirken, daha sonra aylarca hiç panik atak yaşamayabilir. Panik ataklar yaklaşık olarak 15-20 dakika sürer. Ancak bazen bu süre 1-2 dakikaya kadar düşebilirken, bazen bir saatten daha uzun sürebilir<sup>3,60</sup>.

Bir panik atak sırasında ölüm korkusu, delirme korkusu, denetimini yitirme korkusu gibi affektif bulgulara ek olarak çarpıntı, göğüs ağrısı, bayılacakmış gibi olma nefes darlığı gibi kardiyovasküler belirtiler ön planda duyumsanır. Bunun sonucunda kişiler, sık sık bir kalp krizi geçirdikleri düşüncesi ile ilk yardım polikliniklerine başvurabilirler. Çoğu zaman bu kişileri değerlendiren doktorlar, bu yakınmaları açıklayabilecek somut bir bedensel hastalık saptayamazlar. "Önemli bir hastalığı bulunmadığı, kalbinin sağlam olduğu ve durumunun sinirsel kaynaklı olduğunu" söylerler. Verilen tüm güvencelere, yapılan tüm açıklamalara karşın bu olgular rahatlamazlar. Yineleyen panik ataklarının da etkisiyle, kişi çeşitli doktorlara başvurmayı sürdürür ve var olduğunu düşündüğü bedensel hastalığını bulmaya çabalar. Tüm incelemeler, doktorların yaşamsal önemi olan bir hastalıkları olmadığına ilişkin verdikleri tüm güvenceler, bu korkularını gidermeye çoğu zaman yetmez. Bu durum, PB olgularının önemli bir bölümünün neden başlangıçtan itibaren psikiyatri yerine diğer dallara başvurduğunu açıklamaya yetmektedir. Yapılan bir çalışmada, PB olgularının hepsinin psikiyatriste başvurmadan önce en az bir kez başka bir doktora başvurdukları, 10'dan fazla doktora başvuran hasta sayısının ise %70'i bulunduğu bildirilmiştir<sup>25,33,38,99</sup>.



Panik atakların sürmesi ve ilk yardım polikliniklere yapılan sık başvurular sonucunda bu kişiler hem duygusal hem de ekonomik yönden yıpranırlar. Yaşamlarındaki diğer insanlarla olan ilişkileri bozulur, işlerini ya da eğitimlerini aksatabilirler. Panik ataklarıyla ilişkilendirdikleri durumlardan korkmaya, kaçınma davranışları gösterdikleri bir döneme girerler. İleri aşamalarda eve bağımlı bir duruma da gelebilirler. Bu durumda tanımlanan tablo "agorafobili PB" olarak adlandırılır. PB'ü olan hastaların % 20'sinde, panik atağı olanların %12'sinde özkıyım girişimleri olmaktadır <sup>11</sup> .

PB olgularında major depresyon görülme sıklığı %40 ile %80 arasındadır. Olguların büyük bir kısmında, depresyon panik ataklardan sonra görülür. Bununla birlikte, klinik olguların 1/4 ile 1/3'ünde depresif bozukluğun panik atakların başlaması ile birlikte ya da öncesinde ortaya çıktığı bildirilmektedir <sup>44</sup> .

PB'un önemli ve sık görülen bir komplikasyonu ise alkol ve madde bağımlılığıdır. PB'lu olgular, anksiyetelerini azaltmak ve normal günlük işlerini sürdürebilmek için alkol, benzodiazepin türevi anksiyolitikler, sedatif ve hipnotikleri sıkça kullandıklarını belirtmektedirler. Zamanla tolerans gelişen bu maddeler hastalarda alkol ve madde bağımlılığının ortaya çıkmasına neden olabilirler <sup>17,44,60</sup> .

Özellikle klinik ortamlarda ve daha ağır agorafobisi olanlarda, PB sıklıkla diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikte de görülür. PB'ü olan kişilerin %15-30'unda sosyal fobi, %8-10'unda obsesif-kompulsif bozukluk, %10-20'sinde özgül fobi ve %25'inde yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir <sup>3</sup> .

### **2.3.3. MVP ve PB'un tanı ölçütü ve klinik belirtileri arasındaki ilişki:**

MVP' nun ve PB'nun klinik belirtileri ve tanı ölçütleri bir arada değerlendirildiğinde, klinik belirti ve bulgularında büyük benzerlikler olduğu görülebilir. MVP olgularında sıkça gözlenen göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, taşikardi, baş dönmesi bayılma gibi bulguların tamamı, DSM-IV deki PB tanı ölçütleri arasında yer almaktadır. Krakowski, MVP, PB ve agorafobili PB olgularını değerlendirdiği bir çalışmada, bu üç grupta saptanan DSM-III'teki PB tanı ölçütlerinin görülme sıklıkları arasında bir belirti dışında anlamlı bir farklılığın olmadığını bildirmiştir. Kızgınlık ve öfke atakları bu çalışmada MVP'da diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur <sup>3,65</sup> .

Belirtilerdeki bu benzerlik tanısal ölçütlerinin güvenilirliği konusunda geçerli değildir. MVP tanısı koyulurken, tanı ölçütlerinin değerlendiriciler arasındaki güvenilirliği, ve test-tekrar güvenilirliği oldukça düşük bulunmuştur. Bunun yanısıra MVP için uluslararası kabul görmüş, kesin tanı ölçütleri henüz saptanamamıştır. Fakat PB'un tanısı kesin ve güvenilir bir biçimde konabilir. Özellikle DSM sisteminin uygulamaya girmesi ve bu sisteme yönelik yarı ya da tam yapılandırılmış ölçeklerin kullanılması PB için değerlendiriciler arasındaki güvenilirlik (kappa 0.6) ve test tekrar güvenilirliğini (kappa=0.8) oldukça yüksek düzeylere çıkarmıştır<sup>68</sup>.

## **2.4. MVP ve PB'unun oluş nedenlerine yönelik öneriler**

### **2.4.1. MVP'nun oluş nedenleri ve patofizyolojisi**

Mitral kapak yaprakçıklarının ve onları destekleyen korda tendinaların birincil anomalileri sonucu oluşan MVP'na birincil MVP (idiyopatik MVP) adı verilmektedir. Birincil MVP sıklıkla asemptomatik seyrederek. Birincil MVP'nun mitral kapağın miksomatöz dejenerasyonu ile ilişkili olduğu sanılmaktadır. İkincil MVP'nun nedenleri arasında ise başta romatizmal kalp hastalıkları, hipertrofik kardiyomyopati, atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, fallot tetralojisi, duktus arteriyozus açıklığı, koroner arter spazmı gibi kardiyak bozukluklar, Marfan sendromu, Ehlers-Danlos sendromu, psödoksantoma elastikum gibi bazı kalıtsal bağ dokusu hastalıkları, osteogenezis imperfekta, von Willebrand hastalığı, hipertiroidizm, miyotoni atrofika, müsküler distrofi, Klinefelter ve Turner sendromları, idiyopatik magnezyum eksikliği yer almaktadır. İkincil MVP, tüm MVP olgularının sadece % 5'ini oluşturmaktadır<sup>1,26,106,113</sup>.

Boudoulas ve Wooley, MVP olgularının göğüs ağrısı, çarpıntı, aritmi, yorgunluk, nefes darlığı, nöropsikiyatrik belirtiler, ortostatik hipotansiyon gibi bir belirti kümesi ile hekime başvurduklarını; bu belirtilerin sadece bir kapak anomalisi ile açıklanamayacağını, bunların çeşitli nöroendokrin ya da otonomik işlev bozukluklarından kaynaklandığını bildirmişlerdir. MVP olgularındaki geçici, yineleyen, çabuk kaybolan belirtilerin oluş düzeneğinde; alfa adrenerjik, beta adrenerjik ve kolinerjik yanıtların, nörohumoral, reseptör ve baroreseptörlerin işlevlerinin, postüral

ve intravasküler hacim değişiminin kardiyovasküler işlevler üzerinde olan etkilerinin önemli rolü vardır <sup>22</sup>.

MVP sendromlarında görülen bu belirtilerin doğası ve otonomik sinir sistemi bozuklukları ile olan benzerlikleri bazı araştırmacıları, disotonomi belirtilerini aramaya itmiştir. Bu çalışmalar sonucunda, MVP sendromlu olgularda, bazı metabolik ve nöroendokrin bozukluklar saptanmıştır. Bu çalışmalardan bazılarının sonuçları Tablo-VI'de özet olarak verilmiştir <sup>23,36,37,102,118</sup>.

#### **Tablo-VI: MVP olgularında saptanan metabolik nöroendokrin bozukluklar**

---

İdrarda ve plazmada yüksek katekolamin düzeyi
Katekolamin regülasyonunda bozukluk
Adrenerjik stimülasyona aşırı yanıt
Beta-adrenerjik reseptör bozukluğu
Parasempatik ve sempatik sinir sistemi düzeneklerinde bozukluk
Renin-aldosteron regülasyon bozukluğu
İntravasküler hacim azalması
Ayakta dururken sol ventriküler diyastolik hacimde azalma
Atriyal natriüretik faktör salgılamada bozukluk
Baroreflekslerin merkezi düzenlenmesinde bozukluk
Refleks baroreseptör anormalliği
Artmış vagal tonus

---

Boudulas ve Wooley, MVP gelişimi için bir varsayım öne sürmüşlerdir. Buna göre, intravasküler hacim azalmasına bedenin verdiği en iyi yanıt norepinefrin (NE) artışıdır. Ancak, MVP olgularında hacim artışına karşın plazma NE'nin baskılanmaması, intravasküler hacim düzenlenmesinde bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir. Bundan başka, hacim kaybı sonrası normal sınırlarda plazma NE artışına karşın renin ve aldosteron artışının normalin altında kalması intravasküler hacmin düzenlenmesinde bir bozukluk olduğunu ya da renin reseptör bozukluğunu düşündürmektedir. Ayrıca MVP olgularının bir kısmında saptanan uygunsuz atriyal natriüretik faktör salgınımı, MVP oluş düzeneğini açıklamaya katkıda bulunacak bir diğer bulgu olarak görülmüştür. Özetle; MVP'nun gelişiminde kalp, böbrek, böbrek

üstü bezleri ve otonomik sinir sistemindeki bazı değişiklikler rol oynamakta ve birbirleriyle etkileşmektedir. Bu etkileşim nöro-endokrin-kardiyovasküler süreci oluşturarak, sadece kapak bozukluğu ile açıklanamayan birçok durumun oluşmasına yardımcı olabilir<sup>22</sup>.

#### **2.4.2. PB'nun oluş nedenleri**

PB'un oluş nedenleri genelde üç ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar; psikoanalitik yaklaşım, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar ve biyolojik yaklaşımlardır

##### **2.4.2.1. Psikoanalitik yaklaşım**

Freud ortaya attığı anksiyete nevrozu kavramını üç ana grupta incelemiştir. Bunları; genel bir kaygı ve beklentisel anksiyete, bazı nesne ve durumlara bağlı anksiyete ve herhangi bir içsel ya da dışsal tehdit edici nedenle belirgin olarak bağlantılı olmayan anksiyete olarak değerlendirilmiştir. PB'ta gözlenen anksiyete doğal olarak üçüncü gruba girmektedir. Freud anksiyete nevrozunun cinsellikle ilgili çatışmaların bir sonucu olarak geliştiğini ileri sürmüştür. Freud anksiyete nevrozunda anksiyete ataklarının açık, belirgin bir nedeninin olmadığını, daha çok serbest yüzen anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıktığını vurgulamıştır. Bu vurgulama DSM-IV'ün PB tanı ölçütlerine çarpıcı bir biçimde benzemektedir<sup>44, 60</sup>.

Bunun yanısıra, Freud çocukluğun çeşitli gelişim dönemleri ile ilgili dört farklı anksiyete türü tanımlamıştır. Bunlardan ilki olan ayrılma anksiyetesi, somut anne imgesi kaybolduğunda ya da çocuk annesinin kendisini tek başına bırakabileceği tehdidini yaşadığı zaman ortaya çıkar. Ayrılık anksiyetesi kavramı, çocuk gelişimi ve psikopatolojisine ilişkin bir çok varsayımda önemli bir yer tutmuştur. PB ile ayrılma anksiyetesi bağlantısını destekleyen çok değişik veriler ortaya konmuş ve aralarında bir ilişki olduğunu varsayan modeller ileri sürülmüşse de, bu modeller panik anksiyetesinin içeriğinin anlaşılmasına tek başına yeterli olmamıştır<sup>12,44,60</sup>.

Modern psikoanalitik varsayımlar ise panik atakların anksiyeteye yol açan uyarılara karşı başarısız savunmaların sonucunda ortaya çıktığını öne sürerler. Buna göre, daha önce başedilebilen hafif anksiyeteye neden olan uyarılar, baş edilemeyen somatik belirtilerle birlikte giden yoğun anksiyeteye ve ardından panik durumuna neden olurlar<sup>60</sup>.

Agorafobiyi açıklamak için psikoanalitik varsayımlar, çocukluk çağında kaybedilmiş bir ebeveyn ve bir ayrılma anksiyetesi öyküsü üzerinde dururlar. Açık alanlarda yalnız kalma, terk edilme ile ilgili çocukluk anksiyetesinin yeniden yaşanmasına neden olur. Çocukluk döneminde örselenmeye neden olan bu ayrılıkların, çocukların gelişmekte olan sinir sistemlerini erişkinlikte anksiyeteye daha yatkın hale gelecek biçimde etkilediği düşünülmektedir <sup>11,17</sup>.

Birçok olgu panik atakların aniden ortaya çıktığını, tetikleyen bir psikolojik nedenin bulunmadığını belirtir. Fakat yapılan psikodinamik incelemeler, sıklıkla panik atak için belirgin tetikleyici özelliği olan psikolojik nedenleri ortaya çıkarır. PB olan olguların sağlıklı kontrollere göre, bozukluğun başlamasından önceki aylarda yaşam zorlarıyla daha sıklıkla karşılaştıkları saptanmıştır. Dahası, bu olguların diğer insanlara oranla yaşam olayları karşısında başetme güçlükleri yaşadıkları, daha duyarlı oldukları gözlenmiştir <sup>110</sup>.

#### **2.4.2.2. Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar**

Bu yaklaşımda paniğin biyolojik ya da psikoanalitik yorumlarına alternatif olarak çeşitli koşullanma, kişilik ve bilişsel varsayımlar ileri sürülmüştür. Bu modelin başlıca öğeleri şunlardır<sup>11,60</sup>;

1. Klasik koşullanma: Agorafobik olgular korktukları ortamlarla sistematik olarak yüzleştirildiklerinde kaçınma davranışı panik atakların sıklığı ve şiddeti azalmaktadır. Bu durum, klasik koşullanmanın PB gelişiminde önemli bir yer tutabileceğini düşündürmüştür.
2. "Korkudan korkma" ve içsel koşullanma: PB olguları özgül dış uyaranlardan çok panik atakları gibi içsel süreçlerden korkarlar. Hafif bir baş dönmesi gibi oldukça zararsız bir bedensel yakınma, öğrenilmiş çağrışımlar aracılığıyla kısa bir süre sonra ortaya çıkacak bir panik atağın ön belirtisi olarak değerlendirilir. Sonuçta, bu koşullu uyararı oluşturan içsel olaylar bir süre sonra panik atak biçiminde koşullu tepkinin ortaya çıkmasına yol açacaktır.
3. Katastrofik yanlış yorumlama: PB olguları, atak sırasındaki belirtilerini yanlış yorumlama eğilimindedirler. Örneğin göğüs ağrısı yakınması, hasta tarafından bir kalp krizi geçirmekte olduğu biçiminde değerlendirilebilir. Depersonalizasyon

yaşantısını, davranışları üzerindeki denetimi yitirecekleri ya da delirmekte oldukları biçiminde algılayabilirler.

4. Anksiyeteye duyarlılık: PB olgularının anksiyeteye duyarlılıkları artmış olduğu için stres veren durumlar karşısında zararsız bedensel duyular gelişebilir ve bunlar yanlış biçimde yorumlanabilir. Ayrıca bu olgular tekrar panik atak geçirebilecekleri yolunda otomatik düşünceler geliştirirler. Bu ve benzeri otomatik düşünceler, kendi savunmalarını küçümsemelerine ve güven duygularının yıkılmasına yol açar. Sonuç olarak kişi tam anlamıyla anksiyete sarmalına kapılır. Buradan yola çıkılarak PB; depresyonda olduğu gibi, otomatik düşünce ve imgelerin gelişmesi ile açıklanır. Bu düşünce ve imgeler, kişinin kendisi ve çevresi hakkındaki yanlış değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır. PB'undaki otomatik düşünce ve imgeler bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini tehdit eden temalarla belirlidir.

#### **2.4.2.3. Biyolojik yaklaşımlar**

PB'nu açıklamaya yönelik olarak yapılan biyolojik temelli çalışmalar çeşitli bulguları ortaya koymuştur. Bu bulgulardan biri PB'un belirtilerinin beyin yapı ve işlevlerindeki bir dizi biyolojik bozuklukla ilişkili olduğu biçimindedir. Birçok çalışma biyolojik varsayımları; PB olgularında panik atak üretmek için biyolojik uyarılar kullanarak doğrulamaya çalışmışlardır. Bu tür ve diğer araştırmalar PB'un patofizyolojisinde periferik ve santral sinir sistemini düzenleyen bazı işlevlerdeki bozuklukların rol oynadığı biçiminde varsayımlar ortaya koymuşlardır. PB olgularının bir kısmının artmış sempatik tonus sergiledikleri, yineleyen uyarılara daha yavaş uyum sağladıkları, orta dercede uyarana aşırı yanıt verdikleri bildirilmiştir. Bu hastaların nöroendokrin durumlarında da bazı bozukluklar olduğu belirtilmektedir <sup>17,44</sup>.

PB'un gelişiminde etkin olduğu düşünülen başlıca nörotransmitter sistemleri norepinefrin (NE), serotonin (SE) ve  $\gamma$ -aminobütrik asit (GABA) dır. PB konusunda elde edilen biyolojik veriler sonucunda araştırmalar, daha çok noradrenerjik nöronların yoğunlaştığı lokus cereleus ve serotonerjik nöronların yoğunlaştığı medyan raphe çekirdeğinin bulunduğu beyin sapı ve beklenti anksiyetesinin ortaya çıkmasından sorumlu olduğu düşünülen limbik sistem üzerine yoğunlaşmıştır. Ayrıca



fobik kaçınma ile ilişkili olduğu düşünülen prefrontal korteks üzerinde de durulmaktadır<sup>60</sup>.

Panik araştırmaları alanındaki gelişmelerden en önemlisi, bazı farmakolojik maddeler aracılığıyla laboratuvarlarda panik ataklar üretebilme olanağının elde edilmesidir. Bu çalışmalara uygun maddelerin, doğal olarak oluşan panik ataklara benzeyen belirtiler ortaya çıkarmaları ve panik atağın özgül olarak PB olan ya da panik atak öyküsü olan kişilerde bu etkiyi yaratması, sağlıklı kişilerde ya da psikiyatrik bozukluğu olan kontrollerde bu tür etkiler yapmaması gerekmektedir. Bazı maddelerin paniğe yol açıcı etkilerinin saptanmasından sonra, bu ajanların varsayılan kimyasal etkileri ile PB'ta altta yatan nörobiyolojik durum arasında bağ kuran varsayımlar ortaya atılmıştır<sup>17,60</sup>.

Panik atağı ortaya çıkaran maddeler (panikojenler), arasında en çok çalışılanlar, asit-baz dengesi ve kardiyopulmoner durum üzerinde fizyolojik etkileri olan ve belirgin nefes darlığına neden olan bir grup doğal bileşiktir. Bu grup içerisinde; sodyum laktat, %5-35'lik karbondioksit (CO<sub>2</sub>), sodyum bikarbonat ve sodyum D-laktat yer almaktadır. Bu gruptaki bileşikler, nefes darlığı ve hızlı solumaya yol açtıklarından, PB olgularında yanlış boğulma alarmı doğuran bir sistemle etkileşime girdikleri ileri sürülmektedir<sup>11,12</sup>.

Bu maddelerin diğer önemli bir grubunun, özgül nörokimyasal sistemler üzerine etkidikleri görülmektedir. Bu grupta bulunan yohimbinin santral  $\alpha_2$  adrenerjik reseptör antagonisti olarak noradrenerjik işlevleri uyarması, PB için ileri sürülen noradrenerjik varsayımları desteklemektedir. Bir  $\beta$ -reseptör agonisti olan isoproterenol uygun bir panikojen olarak yalnızca PB olgularında panik atak yaratmakla birlikte, kan-beyin engelini çok az geçtiği için paniğe santral sinir sisteminden değil, çevresel kardiyovasküler uyarım ile aracılık ettiği düşünölmektedir. Serotonerjik işlevlerin direkt (m-klorofenilpiperazin) ya da indirekt (fenfluramin) agonistler aracılığıyla uyarılması da panik benzeri durumlara neden olmaktadır. Bir GABA-B reseptör ve benzodiazepin antagonisti olan flumanezil PB'ta GABA-benzodiazepin işlev bozukluğu olabileceği biçimindeki düşünceleri desteklemektedir. Kolesistokininin gibi bazı nöropeptidlerin de PB'ta rol oynayabileceği düşünölmektedir<sup>11</sup>.

Çeşitli nörokimyasal sistemlerde işlev bozukluğu bildiren bütün bu bulgulara karşın, PB'ta altta yatan kesin patofizyolojik süreç gösterilememiştir. Büyük olasılıkla,

PB'un heterojenliği, farklı hastalarda değişik nörobiyolojik sistemlerin etkilenmesine neden olmaktadır<sup>11,12</sup>.

### 2.4.3. MVP ile PB oluş nedenleri arasındaki ilişki

PB ile MVP arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere başlıca dört farklı varsayım ortaya konmuştur<sup>6+</sup>.

1. İlk varsayıma göre; iki tip PB bulunmaktadır. Bu görüşe göre MVP, PB'un alt grupları için biyolojik bir belirteç olarak kabul edilmektedir. MVP'su olmayan PB hastaları (idiyopatik) Tip-1 PB; MVP'su olan ve MVP'nun PB'a yol açtığı düşünölen hastalar Tip-2 PB şeklinde gruplandırılmıştır.
2. İkinci görüşe göre; hem MVP hem de PB, altta yatan otonomik bozukluğa bağlıdır. Bu varsayıma göre; MVP ve PB'un birlikte kalıtsal olarak aktarıldığı belirtilmektedir. Yapılmış kalıtım çalışmaları PB'un kalıtsal geçişinin olabileceğini ortaya koymakla birlikte kesin bir sonuca ulaşılabilmiş değildir.
3. Çok destek bulan bu varsayıma göre; bu bireylerde bir tür otonomik yatkınlık var olup; çeşitli etkenler (tirotoksikoz, MVP, doğum vb..) PB'un ortaya çıkmasına yol açabilir.
4. Son varsayıma göre PB, MVP'na yol açmaktadır.

Şimdi bu önerilere yönelik olarak ortaya konan düşünceleri ve yapılan çalışmaları ele alalım;

MVP'nin anksiyete bozukluğu olan olguların bir alt grubunu ayırt etmede yararlı bir belirteç olduğu ileri sürölmüştür. Fakat daha sonraki çalışmalarda MVP'nin tanımlanmasının anksiyete ya da paniğe olan yatkınlığın , özgül sağaltıma yanıtın ya da altta yatan biyokimyasal bozukluğun belirlenmesinde yararlı olabileceği düşüncesi desteklenmemiştir<sup>47,59,64,112</sup>.

Bazı yazarlar, panik atakların nedeni olarak MVP ile ilgili kardiyak belirtileri göstermişlerdir. Bu durumun James-Lange'ın anksiyete varsayımına uygun olduğu bildirilmiştir. Buna göre, paniğin altta yatan kardiyak duruma bağlı periferel belirtilerin yanlış yorumlanmasına bağlı olabileceği öne sürölmüştür. Ancak Dager ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada MVP olgularındaki belirtilerin özgün olmadığını, bu belirtiler ve belirtilerin şiddeti göz önünde tutulduğunda, diğer anksiyete bozukluklarından bir farkı bulunmadığını savunmuşlardır. Yapılan diğer çalışmalarda da, PB olan



hastalardan MVP'su olan ve olmayanlar arasında laktat infüzyonuna yanıt ve ailesel yatkınlık yönünden farklılık bulunmadığı saptanmıştır. MVP'su olanlarla olmayanlar arasında bulunan ilgi çekici bir farklılık, MVP'su olan panik olgularının plaseboya daha olumlu yanıt vermeleridir. Bu durumun nedeni tam olarak açıklanabilmiş değildir<sup>36,37,47,119</sup>.

MVP'nun altta yatan bir hiperadrenerjik durumu yansıttığı ve bu olgularda otonomik işlevlerde düzensizlik ve artmış katekolamin işlevi gibi özgül bazı bozukluklar olabileceği düşünülmüştür. Bazı kardiyologlar MVP olgularıyla kontrol gruplarını karşılaştırarak bu farklılıkları göstermişlerdir. Bu çalışmalar, MVP'nun otonomik işlev bozukluğu ve artmış katekolamin düzeyine sahip homojen bir anksiyete grubunu tanımlayabileceği düşüncesini destekler nitelikteydiler. Psikiyatristler eşliğinde yapılan bazı araştırmalarla, anksiyete bulguları olan MVP olgularında artmış katekolamin düzeyi, otonomik uyarılmışlık olduğu doğrulanmıştır. Ancak bu biçimde sonuç bildiren araştırmaların büyük bir kısmında deneklerin çoğunun anksiyete ya da panik belirtileri belirgin olan olgulardan seçilmesi eleştiri konusu olmuştur. Anormal katekolamin düzeylerinin anksiyete ve benzeri belirtilerle olan kanıtlanmış ilişkileri göz önünde tutulursa, MVP olgularında saptanan artmış katekolamin düzeyinin; MVP'nun doğrudan sonucu olmaktan çok anksiyeteye bağlı ortaya çıkan bir bulgu olma olasılığının daha fazla olduğu düşünülmüştür<sup>22,37,38</sup>.

Bu konuda yaptıkları bir çalışmada Dager ve arkadaşları, MVP'su olan ve olmayan anksiyöz olgular arasında idrar MHPG düzeyi ve platelet monoamin oksidaz (MAO) inhibitör aktivitesiyle ölçülen katekolamin işlevi, ve kalp hızı ve kan basıncı ile belirlenen otonomik uyarılmışlık düzeyi açısından bir fark bulamadıklarını bildirmişlerdir. Neese ve arkadaşları, PB olan olgularda sağlıklı kontrol grubunun idrar katekolamin düzeylerini karşılaştırmış, MVP ve anksiyete bulguları olan bir kısım hastada anlamlı olarak azalmış idrar katekolamin düzeyleri saptamışlardır<sup>35,80</sup>.

Weissmann ve arkadaşları 83 MVP olgusunu kapsayan bir araştırmada, 24 saatlik idrar epinefrin atılımında azalma olduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar saptanan otonomik işlev bozukluğunun panik atağı olan olgularda görülenlerden farklı olduğunu, buna dayanılarak iki bozukluğun birbiriyle nedensel bağıntısı olmayan iki farklı hastalık olarak kabul edilebileceğini ileri sürmüşlerdir<sup>118</sup>.

Çeşitli araştırmacılar, MVP'nun panik atağa neden olmadığını, aksine MVP'nun panik ataklara ikincil bir fenomen olduğunu ileri sürmüşlerdir. Panik atakların neden olduğu prolapsusun büyük olasılıkla sol ventriküllerin dolum hızındaki değişikliklere bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Bazı MVP olgularında, prolapsusa yatkınlığı artıran Marfan Sendromu gibi bağ dokusu anormallikleri gözlenmektedir. Tipik olarak bu hastalarda astenik vücut yapısı, azalmış göğüs kültesi, ve yüksek damak bulunmaktadır. Bu tür yatkınlıklar, panik ataklar sırasında ortaya çıkması olası olan sol atriyum ile sol ventrikül arasındaki basınç farkından dolayı oluşan değişiklikler gibi hemodinamik değişimlerin etkisiyle panik olgularında MVP gelişimini hızlandırabilir<sup>36,37,64,93</sup>.

Coplan ve arkadaşları, PB'un MVP'na yol açtığı biçimindeki varsayımı desteklemek amacıyla, PB ve MVP'su olan olgulara PB sağaltımından sonra aralıklarla ekokardiyografi çektirmiş ve sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Sonuçta; 15 MVP olgusunun 9'unun MVP derecesinde ortalama 1.8 mm azalma olduğu saptanmış ve bu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Coplan, bu bulguların varsayımı desteklediğini; PB'a bağlı prolapsusun otonomik yüklenmenin sonucunda ortaya çıkan mitral kapaktaki geçici deformasyona ya da ventriküler kasılmadaki uyumsuzluğa bağlı olabileceğini ileri sürmüştür. Sağaltım sonundaki prolaps düzeyindeki düzelmeyen antipanic sağaltımın bir etkisi olarak otonomik yüklenmenin azalmasına bağlanabileceği savunulmuştur. Gorman'da en az 6 aylık bir sağaltım sonrasında sağlanan panik ataktaki düzelmeyen, bu olgulardaki MVP'nun geri dönüşümlü olduğunu doğruladığını bildirmiştir<sup>31,48</sup>.

Matuzas ve arkadaşları, PB, MVP ve tiroid bozuklukları (özellikle oto-immün tirodit) arasında bir ilişki olabileceğini, ancak bu ilişkinin doğasının açık olmadığını belirtmişlerdir. Aynı yazarlar, bu hastalıkların bir sendromun, bir sistemik bozukluğun parçası olabileceğini, ortak bir etyolojiyi paylaşmış olabileceğini öne sürmüşlerdir. Matuzas ve arkadaşları, MVP ve PB çalışmalarında bildirilen farklı sonuçların bu belirtilerin farklı bozuklukların bir arada bulunmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir<sup>70,71</sup>.

## 2.5. MVP ve PB'un gidiş ve sonlanması

### 2.5.1. MVP'nin sonlanması

Genel olarak MVP olgularında gidiş ve sonlanım olumludur. Kalbinde sadece sistolik klikleri olan, mitral yetersizliği bulunmayan ya da çok küçük bir oranda var olan hastaların yaşam sürelerinin normal düzeyde olduğu bildirilmektedir. Ancak belirgin mitral yetersizliği ve diğer yüksek risk grubundaki nedenlere sahip olan hastaların sonlanımlarının farklı olabileceği düşünülmektedir<sup>89</sup>.

Belardi ve arkadaşları MVP'larını anjiyografi ile doğrulanmış 136 olgu üzerine yaptığı bir çalışmada, 6 ile 15 yıl arasındaki izlemi sonrasında % 67 sinin yaşamlarını ilerleyici mitral yetersizlik, bakteriyel endokardit, sistemik emboli gibi komplikasyonlar olmadan sürdürdüklerini saptamıştır. Bu çalışmada ani ölüm oranı %4.5 olarak bildirilmiş, %1.4'ü ilerleyici kalp yetmezliğinden öldüğü, 16 olgunun da kapak değişikliği operasyonu geçirdiği anlaşılmıştır. Appelbatt ve arkadaşları, 69 MVP olgusunu 10 ile 40 yıl arası izledikleri bir çalışmada, MVP'su olan erkek olguların oskültasyon bulgularının zamanla ilerleme gösterdiğini, ancak tüm olguların yaşam sürelerinde bir azalma olmadığını bildirmişlerdir. Ekokardiyografik olarak tanımlanan MVP olgularında yapılan uzun dönemli bir izlem çalışmasında da ölüm oranı (%2.5), yaş ve cinsiyet olarak uyumlu kontrol grubundan farklı bulunmamıştır<sup>6,20,22,66</sup>.

### 2.5.2. PB'un gidiş ve sonlanması

PB'un en sık olarak başladığı yaşlar açısından iki değerli bir dağılımı vardır, birinci doruk değerine geç ergenlik döneminde ulaşır, ikinci daha düşük düzeyde bir doruk değerine ise 30'lu yaşların ortalarında ulaşır. Az sayıda olguda çocukluk çağlarında ve 45 yaşının üstünde başlar. Klinik ortamlarda izlenen kişilerin geriye dönük değerlendirmelerinde bu bozukluğun olağan gidişinin süregen olduğunu ancak azalıp çoğalmalar gösterdiğini düşündürmektedir<sup>3,60</sup>.

Bazı kişilerin, arada yıllarca süren iyilik dönemlerinin olmasının yanı sıra bazı hastalarda dönemsel ortaya çıkışlar, diğerlerinde süregiden ağır belirtiler gözlenmektedir. Agorafobi herhangi bir aşamada gelişebilirse de genellikle başlangıcı yineleyen panik atakların ortaya çıkmasından sonraki ilk yıl içinde olur. Agorafobinin gidişi ve bunun panik atakları ile ilişkisi değişkenlik göstermektedir. Kimi zaman panik

atakların artmasına karşın agorafobi azalırken, kimi zaman tam tersi bir tabloda gözlenebilir<sup>3</sup>.

Üçüncül bakım ortamlarında sağaltım gören PB olguları üzerinde yapılan izlem çalışmalarında, sağaltım sonrası 6-10'uncu yıllar arasında bu kişilerin %30'unun iyileştiğini, %40-50'sinin oldukça düzeldiğini ancak semptomatik olduğunu, geriye kalan %20-30'unun ise belirtilerinin aynı kaldığını ya da belirtilerin biraz daha kötüleştiğini bildirmektedirler<sup>3</sup>.

## **2.6. MVP'su olan hastaya psikiyatrik yaklaşım**

Psikiyatriklere olgularının MVP ya da başka bir bozukluğu olduğunu söylerken, bunun önemli sonuçlara neden olabileceğinin hatırlatılması gerektiği belirtilmektedir. Çünkü çoğu zaman bir kişiye hasta olduğunu söylemek (doğru ya da yanlış olması önemli değil) hastalığın kendisi kadar güçlü etkilere yol açabilir. Bazı kardiyologlar, hastalara kardiyak sorunları olduğunu aktarmanın çok farklı ve yoğun psikolojik etkileri olabileceğini bildirmektedirler. Bu durumda önemli olanın hastanın duygusal durumunu, hastayı kalp hastası olarak kategorize etmenin ortaya çıkarabileceği iyatrojenik kardiyak nevroz tablosunun zararlarını iyice değerlendirdikten sonra hastaya yeterli bilgi iletmek olduğu düşünülmektedir. Özellikle hipokondriyal uğraşları olan bazı anksiyöz hastalara, hastalığın hiçbir biçimde tehlikeli olmadığı biçimindeki telkinlere karşın, MVP tanısını öğrenmeleri ek anksiyete kaynağı olabilmektedir<sup>89,95</sup>.

Bazı yazarlar, hastaların duygusal durumunun iyice değerlendirildikten sonra hastaların korkutulmaması için uygun yaklaşımın sergilenmesi gerektiğini vurgulamışlardır. MVP ya da panik anksiyete durumlarına sadece biyolojik ya da psikofarmakolojik yöntemlerle sağaltılabilecek bir durum gibi bakılmaması bu yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Bu biçimde, biyolojik ve ruhsal sağaltım yöntemlerini entegre edilerek sağaltıma başlanması daha sağlıklı olacaktır<sup>42,95</sup>.

Sevin, MVP belirti ve bulguları arasındaki ilişkilerin, geniş, çok boyutlu psikosomatik perspektiften bakılması halinde daha rahat anlaşılabilirliğini bildirmiştir. Ayrıca, bu modelin bu ilişkileri araştırmaya yönelik daha doğru kavramsal bir

çerçevenin oluşmasına yardımcı olmanın yanı sıra tanı ve sağaltım aşamasında önemli bir yardımcı rolünü de üstlenebileceğini vurgulamıştır<sup>95</sup>.



## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Denekler

Bu çalışma; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğinde 1996-1998 yılları arasında yürütülmüştür. Çalışmaya Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve MVP tanısı koyulan 50 olgu başvurulara göre rastgele örnekleme yoluyla alınmıştır. MVP grubu ile karşılaştırmak üzere Psikiyatri polikliniğine başvuran ve PB tanısı koyulan 50 olgu, ayrıca herhangi bir yakınması olmayan 50 sağlıklı denek çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınan ilk grup, Ç.Ü.T.F. Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve standart ekokardiyografik yöntemlerle MVP tanısı koyulan, yaşları 15 ile 51 yaş (ortalama  $30.5 \pm 8.7$ ) arasında değişen 18 erkek, 32 kadın toplam 50 olgudan oluşmuştur. İkinci grup ise; Psikiyatri polikliniğine başvuran ve yarı yapılandırılmış bir görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre PB tanısı koyulan yaşları 16 ile 55 arasında (ortalama  $33.0 \pm 7.7$ ) değişen 16 erkek, 34 kadın toplam 50 olgudan oluşmuştur. Bu 50 olgu, kardiyologlar ve kardiyoloji asistanları tarafından ekokardiyografileri yapılarak MVP açısından değerlendirilmiştir. Kontrol grubu, hastanemizde çalışmakta olan personel ya da hasta yakınlarından herhangi bir kardiyak yakınması ve patolojisi olmayan, MVP saptanmayan yaşları 17 ile 63 yaşları arasında değişen (ortalama  $30.8 \pm 9.4$ ) 50 kişiden oluşturulmuştur. Kontrol grubunun oluşumu sırasında değerlendirilen 3 kişide hafif düzeyde MVP saptanmış, bu nedenle bu kişiler çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmaya alınan olgularda; myokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıkları olanlar, epilepsi, psikotik öykü, alkol ve madde bağımlılığı olanlar çalışma dışında bırakılmıştır. Olguların hiçbirinde MVP'nda görüldüğü bildirilen iskelet deformitelerine rastlanmamıştır.

Tüm deneklere ilk görüşme sırasında çalışmanın amacı anlatılmış ve onayları alınmıştır. Ardından veri toplama formu, Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-1 ve STAI-2), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) uygulanmıştır.

## **3.2. Veri Toplama Araçları:**

### **3.2.1. Veri Toplama Formu.**

Çalışmada kullanılan ve tarafımızdan hazırlanan veri toplama formu üç bölümden oluşuyordu (Ek-8.1). İlk bölümde sosyodemografik, hastalıkla ilgili verilerin değerlendirilmesi ve ruhsal bakı yapılması amaçlandı. İlk 10 soru, adı-soyadı, yaşı, cinsi, adresi, medeni durumu, mesleği vb sosyodemografik verileri elde etmek amacıyla hazırlandı.

Sonraki 10 soruda ise yakınma, öykü, özgeçmiş, soygeçmiş, hastalık öncesi kişilik özellikleri, yakınmalarının başlangıcındaki önemli yaşam olayı, yakınmalarının nedeni hakkındaki yorumu, ruhsal yakınmalarının başlama tarihi, yakınmalar sonrasında yaşamındaki değişiklikler , bu olayların iş, aile ve genel yaşamına olan etkileri sorgulanmıştır.

Sonraki bölümde ise klinik tanıya yönelik ruhsal durum değerlendirilmesi yapılarak, klinik tanısı konmuş ve gerekli önerilerde bulunulmuştur.

Formun üçüncü bölümünde ise özgül olarak PB'un DSM-IV tanı ölçütlerine yönelik sorular yöneltilmiş, hangi belirtilerin olgularda bulunduğu belirlenmiştir.

### **3.2.2. Kullanılan Ölçekler**

#### **3.2.2.1 Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)**

SCL-90 R (Ek-8.5), Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir. Her maddeye verilen yanıtlara 0 ile 4 arasında puan verilir<sup>40</sup> .

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır . Test tekrar test güvenilirliği  $r=90$ , Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.97, alt ölçeklerin test tekrar test güvenilirliği 0.65-0.87 arasındadır. BDÖ ile 0.78 korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Genel semptom indeksi (GSİ) ile Minnesota çok yönlü kişilik envanteri



(MMPI) alt ölçekleri arasında korelasyonların 0.1-0.77 arasında değiştiği belirlenmiştir

39

Somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık (hostilite), fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

Genel semptom indeksi (GSI) ise, genel olarak iyilik düzeyini ve işlevselliğini gösterir. Tüm alt ölçeklerin toplamalarının 90'a bölünmesiyle elde edilir.

a) Somatizasyon alt ölçeği (S): Kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, solunum sistemi yakınmaları ile baş ağrısı, yaygın kas ve baş ağrıları gibi bedensel yakınmaları değerlendiren alt ölçektir. 12 sorudan oluşur. Ortalama puan /soru sayısı < 1 ise, somatizasyon alt ölçeği normal sınırlar içindedir.

b) Anksiyete alt ölçeği (A): Bu ölçek huzursuzluk, gerginlik, somatik şikayetler, yaygın anksiyete bozukluğu, panik atakları ve disosiasyon yaşantılarını da içerir. Alınan puan/ soru sayısı < 1 ise normal sınırlar içinde olduğunu gösterir. Bu alt ölçek 10 sorudan oluşur.

c) Obsesif kompulsif özellikler alt ölçeği (OK): Bu ölçek, ısrarlı, ego-distonik, istenmeyen düşünce, dürtü ve eylemleri içerir. OK alt ölçeği 10 sorudan oluşur. Grup ortalamasının 10'a bölümüyle çıkan sayı 1'in altındaysa, normal sınırlar içinde olduğu söylenir.

d) Depresyon alt ölçeği (D): Klinik depresyon özelliklerini içerir. Disforik duygulanım, ilgi-istek kaybı, motivasyon yokluğu, güçsüzlük hissi, enerji kaybı, ümitsizlik ve depresyonun diğer bilişsel ve somatik belirtileri görülür. Ölüm ve özkıyım düşünceleri eşlik edebilir. Depresyon alt ölçeği 13 sorudan oluşur. Ortalama puan / Soru sayısı <1 ise normal sınırlar içindedir.

e) Kişiler arası duyarlılık (KD): Kişiler arası duyarlılık puanı yüksek olan kişiler; kişisel yetersizlik duyguları hisseden, diğer insanların yanında kendini aşağı gören, insanlarla ilişkilerinde rahatsız olan, insanlarla iletişim sırasında olumsuz beklentileri olan kişilerdir. Bu alt ölçeğin değerlendirilmesinde dikkat alınan soru sayısı 9'dur. Alınan puan / Soru Sayısı <1 olursa normal sınırlar içinde olduğu söylenebilir.

f) Hostilite (H): Düşmanlık düşünceleri, duyguları ve eylemlerini, hoş olmayan duygulardan, bir şeyler kırıp dökmeye kadar kontrol edilemeyen öfke



patlamalarını içerir. 6 sorudan oluşur. Ortalama puan/Soru sayısı <1 olması hostilete alt ölçeğinin normal sınırlar içinde olduğunu gösterir.

g) Psikotizm (P): İşitme ve görme varsanıları, düşünce yayılması, düşüncelerin dışarıdan kontrol edilmesi düşünceleri gibi pozitif belirtiler ile şizoid yaşam tarzını içerir. 10 sorudan oluşur.

h) Fobik anksiyete (FA): Yolculuk, evden dışarı çıkma, açık alan korkusu, kalabalıktan korku gibi korkuları içerir. 7 sorudan oluşur.

ı) Paranoid düşünceler (PD): Kuşkular, sanrılar ve büyüklük düşünceleri paranoid düşüncenin en önemli belirtileridir. 6 sorudan oluşur.

j) Ek Skala: Yeme, içme uyku gibi sorunları değerlendiren alt ölçektir. Değerlendirilmesinde 7 soru dikkate alınır.

### **3.2.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

BDÖ (Ek-8.2), depresyonda görülen ve vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşmuş bir ölçektir. Ölçeğin amacı depresyonun derecesini nesnel olarak sayılara dökmektir<sup>19</sup>.

Ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Beck'in orijinal çalışmasında güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği" ölçüt olarak kullanıldığında, korelasyon katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. BDÖ ün Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları önce Teğin daha sonra da Hisli tarafından yapılmıştır<sup>19,55,109</sup>.

Yapılan çeşitli çalışmalarda, BDÖ ile SCL-90-R-GSİ ve tüm alt ölçekleri arasındaki korelasyon katsayısı 0.40-0.82 arasında, BDÖ ile MMPI-Depresyon alt ölçeği arasındaki korelasyon 0.63 olarak saptanmıştır<sup>55,56,109</sup>.

BDÖ de her madde 0 ile 3 puan arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında kesme noktalarını incelemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir. Bu bilginin literatürle de tutarlı olduğu belirtilmektedir. Bu kesme noktaları alınarak yapılan bir çalışmada, BDÖ

puanı 21 ve üstünde olan ikinci kuşak Almanya'dan dönüş yapan öğrencilerin, yerli akranlarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştıkları görülmüştür<sup>55,56</sup>.

### 3.2.2.3. Durumluk (STAI-1)-Sürekli Anksiyete (STAI-2) Ölçeği

STAI (Ek-8.3), Durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini ayrı ayrı belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberger'in İki Faktörlü Kaygı kuramından kaynaklanmıştır. STAI, kırk maddeden oluşan, yirmişer maddelik iki ayrı ölçeği içeren bir öz-değerlendirme anketidir<sup>104</sup>.

STAI'nın güvenilirlik katsayıları Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-2) (Ek-8.3.2) için 0.83 ile 0.87 arasında, Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-1) (Ek-8.3.1) için 0.94-0.96 arasında olduğu bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirlik katsayıları STAI-2 için 0.71 ile 0.86 arasında, STAI-1 için 0.26-0.68 arasında bulunmuştur<sup>82,104</sup>.

Durumluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde oluşan bir uyanılma sonucu terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularını gösterir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk anksiyete düzeyinde yükselme, stres ortadan kalktığı zamanlar ise durumluk anksiyete düzeyinde düşme olur. Bazıları ise sürekli huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır, öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu ortamların sürekli yorumlanmasıyla birey kaygı duyar. Buna da sürekli anksiyete denir. Sürekli anksiyete bir kişilik özelliğini belirler. Bu kişiler karamsardırlar ve kolay incinirler. Testimizde bunun ölçen alt ölçek de sürekli anksiyete ölçeğidir (STAI-2)<sup>82</sup>.

Bu ölçek Öner ve LeCompte tarafından dilimize çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır<sup>82</sup>.

### 3.2.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

TAÖ (Ek-8.4), 26 soruluk bir öz-bildirim ölçeğidir. Yanıtları 5'li likert skalası üzerinde işaretlenir. Elde edilen toplam puan 26-130 arasında değişmektedir "74" ve üstündeki puanların aleksitimik, "62" ve altındaki puanların da aleksitimik olmayan bireyler olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Taylor ve Bagby, ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısını 0.79, bir hafta ara ile yapılan uygulamada test-tekrar test güvenilirlik katsayısını 0.82 ( $P<0.001$ ) olarak bulmuştur<sup>107,108</sup>.

TAÖ'nin Türkçe uygulamasının puanlama yöntemi orijinalinden farklıdır. Orijinalinde 5'li likert puanlama sistemi kullanılırken Türkçe formunda zorunlu seçme yanıtlama sistemi kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. TAÖ' nin Türkçe versiyonunun güvenilirlik katsayısı .65 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test puanları arasındaki orantı anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $r=0.71$ ). Türkiye'de TAÖ ile yapılan bir başka çalışmada ise ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.70, Cronbach Alfa katsayısı ise 0.72 olarak saptanmıştır<sup>81</sup>.

Ölçeğin kesme puanı 11 olarak bulunmuştur. "11 ve üstü puan alanlar" aleksitimik, "11'den aşağı puan alanlar" ise aleksitimik değildirler<sup>81</sup>.

### 3.3. MVP için ekokardiyografik tanı koyma yöntemi

Dinleme bulgularının her olguda duyulmaması, EKG bulgularının MVP için patognomonik olmaması, buna karşın ekokardiyografinin MVP tanısı için özgül bir tanı aracı olması nedeniyle, çalışmamız da MVP tanısı Ç.Ü.T.F. Kardiyoloji Anabilim Dalında görevli kardiyologlar ve kardiyoloji asistanları tarafından sadece standart ekokardiyografik yöntemlerle konmuştur.

Ekokardiyografik inceleme, hasta sol omuzu üzerine yatırılarak, uzun eksen kesitinin iki boyutlu ve M-Mod ekokardiyografi incelenmesiyle gerçekleştirildi. Önce tüm kalp boşlukları ile kapaklar global olarak incelenmiş, sol atriyum, aorta ve aort kapak açılması ile sol ventrikül sistol ve diyastol boyutları ölçülerek kaydedilmiştir.

MVP tanısı M-Mod ekokardiyografik incelemede; iki mitral yaprakçığın mid sistolde ya da sistol boyunca (pan-sistolik) geriye doğru devamlı hareketi ve en az üç milimetre yer değiştirmesi; iki boyutlu ekokardiyografik incelemesinde mitral kapakçıkların biri ya da ikisinin sistol sırasında mitral annulus düzleminden posteriyora

sol atriyum içine sarkması durumunda konulmuştur. Ekokardiyografik incelemeler sırasında, olgularda saptanan mitral yaprakçıkların posteriyora doğru yer değiştirme miktarları kaydedilmiş ve aşağıdaki biçimde derecelendirilmiştir: 3 mm - 5.9 mm arasındaki sarkmalar hafif MVP; 6 mm - 11.9 mm arasındaki sarkmalar orta MVP; 12 mm ve yukarıdaki sarkmalar ise ağır MVP olarak derecelendirilmiştir<sup>41,63</sup>.

### **3.4. Verilerin toplanması:**

Çalışma ölçütlerine uyan ve çalışmaya alınan deneklere çalışma hakkında bilgi verildikten ve onayları alındıktan sonra tüm deneklere Kardiyoloji ABD da ekokardiyografi çektirildi. Daha sonra klinik görüşme yapılarak elde edilen bilgiler bilgi formuna işlendi. Ardından yukarıda sayılan ölçekler ile değerlendirildi. Sağaltım verilmesi gereken hastalara, gerekli önerilerde bulunularak izleme alındı. Tüm ölçeklerin değerlendirilmesi Microsoft Excel 97'de hazırlanan bir program kullanılarak yapıldı.

### **3.5. İstatistiksel işlemler:**

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 6.0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki kare testi uygulanmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında; parametrik varsayımların sağlandığı durumlarda t-testi, parametrik varsayımların sağlanamadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki den fazla grubun ortalamalarını karşılaştırmak için parametrik varsayımların sağlandığı durumda tek yönlü varyans analizi testi (ANOVA), sağlanamadığı durumlarda Kruskal-Wallis varyans analizi testleri kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda anlamlı farklılığın kaynağını saptamak için post-hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Least Significant Difference (LSD) testi uygulanmıştır. Ayrıca ölçekler ve çeşitli sürekli değişkenlerin korelasyonlarına bakılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi

Tablo-VII: MVP, PB ve kontrol gruplarının yaş gruplarına göre dağılımı

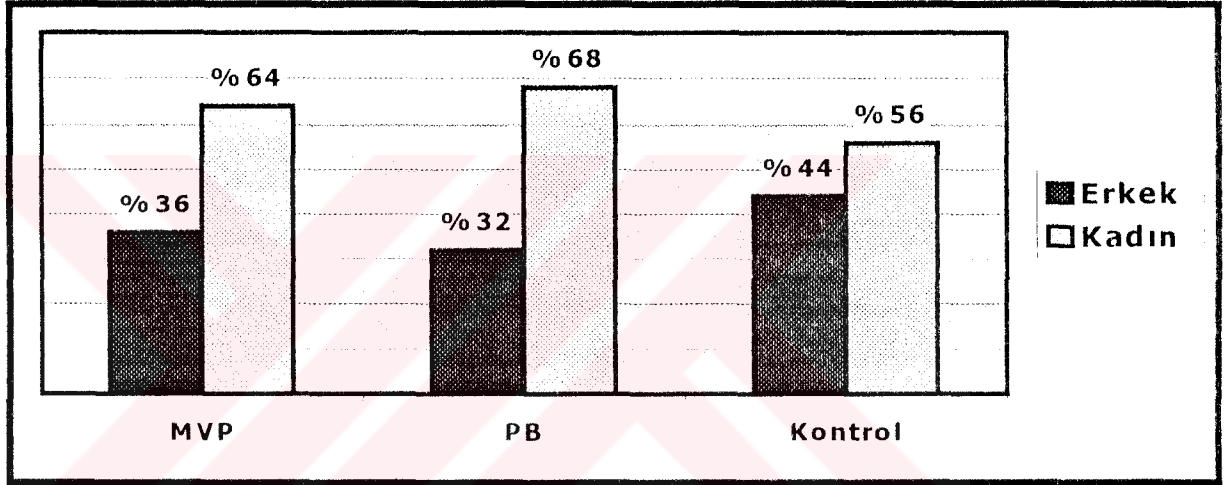
Cins	Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
MVP	20 yaş altı	3	16.7	2	6.3	5	10
	20-29	3	16.7	12	37.5	15	30
	30-39	10	55.6	13	40.6	23	46
	40-49	2	11.1	4	12.5	6	12
	50 yaş üstü	0	0	1	3.6	1	2
	Toplam	18	36	32	64	50	100
PB	20 yaş altı	0	0	2	5.9	2	4
	20-29	3	18.8	10	29.4	13	26
	30-39	8	50.0	17	50.0	25	50
	40-49	5	31.3	4	11.8	9	18
	50 yaş üstü	0	0	1	2.9	1	2
	Toplam	16	32	34	68	50	100
Kontrol	20 yaş altı	1	4.5	3	10.7	4	8
	20-29	11	50	11	39.3	22	44
	30-39	6	27.3	9	32.1	15	30
	40-49	4	18.2	4	14.3	8	16
	50 yaş üstü	0	0	1	3.6	1	2
	Toplam	22	44	28	56	50	100

Yaş gruplarına göre olguların dağılımı incelendiğinde; MVP'da olguların %76'sının 20-39 yaş grubunda bulunduğu görülmektedir. PB'da da aynı oranda bir dağılım söz konusu idi. MVP, PB ve kontrol grupları arasında; yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=6,18$ ,  $df=4$ ,  $p=0.185$ ).

Grupların yaş dağılımı incelendiğinde; MVP olgularının yaşları 15-51 arasında (ort.  $30.52\pm 8.71$ ), PB olgularının yaşları 16-55 arasında (ort.  $33.04\pm 7.7$ ), kontrol grubunun yaşları ise 17-63 arasında (ort.  $30.78\pm 9.45$ ) idi. Gruplar arasında yaş

ortalaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu ( $F_{[2,147]}= 1.28$ ,  $p=0.280$ ).

Cinsiyete göre yaş ortalamalarını karşılaştırdığımızda; MVP grubunda erkeklerin yaş ortalamaları  $29.88 \pm 8.53$ , kadınların yaş ortalamaları  $30.87 \pm 8.93$ ; PB grubunda erkeklerin yaş ortalamaları  $35.37 \pm 6.91$  kadınların yaş ortalamaları  $31.94 \pm 7.91$ ; kontrol grubunda ise erkeklerin yaş ortalamaları  $30.68 \pm 8.57$ , kadınların yaş ortalamaları  $30.85 \pm 10.25$  idi. Gruplar arasında cinsiyete göre yaş ortalaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu (erkekler için  $F_{[2,147]}=2.25$   $p=0.115$ ; kadınlar için  $F_{[2,147]}=0.154$ ,  $p=0.857$ ).



**Şekil-1: Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım**

Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde; MVP olgularının %64'ü kadın, %32'si erkek; PB olgularının %68'i kadın, %32'si erkek idi. Kadın/erkek oranı açısından bakıldığında; MVP grubunda kadın/erkek oranı 1.77, bu oran PB grubunda 2.12, kontrol grubunda ise 1.27 idi. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. ( $\chi^2=1,59$ ,  $df=2$ ,  $p=0.450$ ).

Bu verilerden, üç grup arasında yaş ve cinsiyet yönünden anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo- VIII: Olguların medeni durum, eğitim durumu, meslek ve sosyoekonomik düzey açısından değerlendirilmesi**

		MVP		PB		Kontrol	
		n	%	n	%	n	%
<b>Medeni Durum</b>	Evli	30	60	44	88	21	42
	Bekar	18	36	3	6	27	54
	Dul	2	4	3	6	2	4
<b>Eğitim Durumu</b>	İlkokul	5	10	17	34	0	0
	Ortaokul	4	8	6	12	5	10
	Lise	27	54	16	32	25	50
	Yüksek	14	28	11	22	20	40
<b>Meslek</b>	İşsiz	2	4	2	4	0	0
	Memur	18	36	19	38	26	52
	Serbest	4	8	1	2	5	10
	Evhanımı	10	20	24	48	4	8
	Öğrenci	11	22	2	4	15	30
	Diğer	5	10	2	4	0	0
<b>Sosyo Ekonomik Düzey</b>	Alt	6	12	5	10	2	4
	Orta-Üst	44	88	45	90	48	96



**Tablo- IX: MVP ve PB grubunun hastalık süresi, stres etkeni ve hastalığın başlama yaşı açısından değerlendirilmesi**

		MVP		PB	
		n	%	n	%
Hastalık süresi	1 yıldan az	20	40	25	50
	1 - 5 yıl arası	23	46	15	30
	5 yıldan fazla	7	14	10	20
Stres Etkeni	Var	34	68	41	82
	Yok	16	32	9	18
Hastalığın Başlama Yaşı		27.6±8.6		29.8±8.5	

MVP ve PB grupları arasında; hastalığın başlangıcından itibaren geçen ortalama süre yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ( $t=-.41$ ,  $df=98$ ,  $p=0.684$ ). MVP grubunun ortalama hastalık süresi  $34.3 \pm 32.3$  ay iken, PB grubunun ortalama hastalık süresi  $37.8 \pm 40.4$  aydı.

Hastalık sürelerini 1 yıldan az, 1 ile 5 yıl arası, 5 yıldan fazla biçiminde üç gruba ayırıp yaptığımız değerlendirmede; MVP ile PB grubu arasında sıklık açısından bir farklılık belirlenemedi ( $\chi^2=2.76$ ,  $df=2$ ,  $p=0.250$ ).

Hastalığın başlama yaşı dikkate alındığında; PB grubunda ortalama  $29.8 (\pm 8.5)$  yıl iken, MVP grubunda  $27.6 (\pm 8.6)$  yıl idi. Aralarında anlamlı bir farklılık yoktu ( $t=-1.29$ ,  $df=98$ ,  $p=0.200$ ).

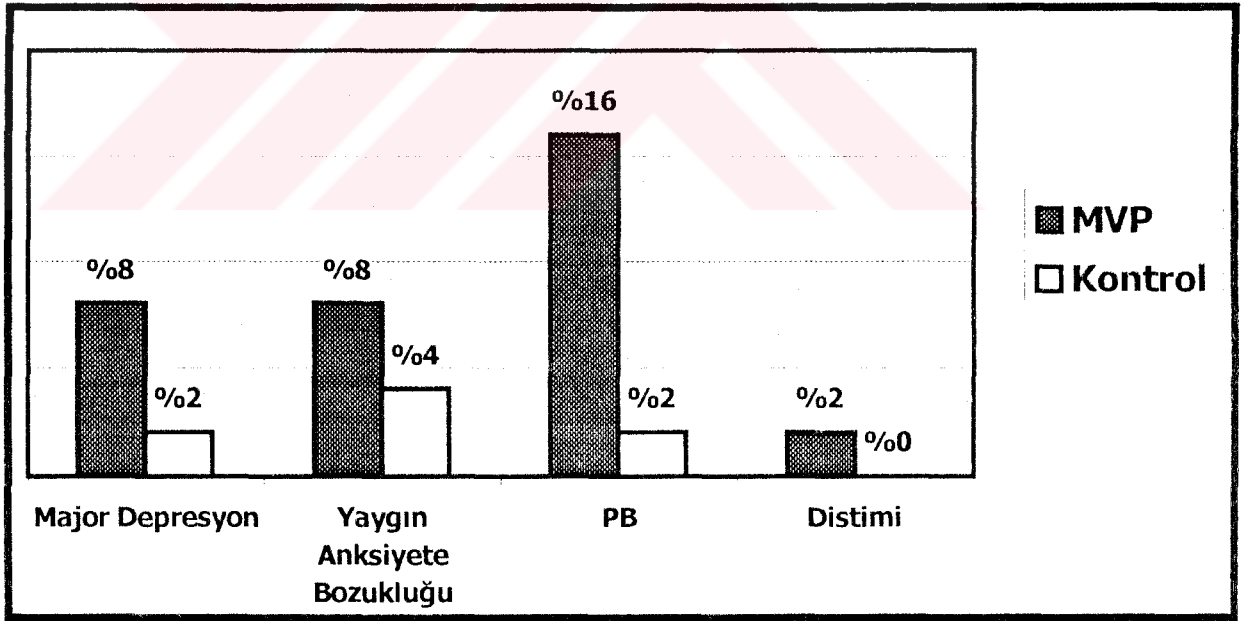
PB olgularının % 82'sinde, MVP grubu olgularının %68'inde yakınmaların başlamasından önce önemli bir stres etkeni olduğu saptandı. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu ( $\chi^2=2.61$ ,  $df=1$ ,  $p=0.105$ ).

#### 4.2. Gruplarda DSM-IV'e göre konulan birincil psikiyatrik tanılar

Tablo-X: Gruplarda DSM-IV'e göre konulan birincil psikiyatrik tanılar

	MVP		PB		Kontrol		p*
	n	%	n	%	n	%	
<b>PB (tümü)</b>	8	16	50	100	1	2	<b>0.030</b>
<b>PB</b>	3	6	12	24	0	0	
<b>(Agorafobili)</b>							
<b>PB</b>	5	10	38	76	1	2	
<b>(Agorafobisiz)</b>							
<b>Yaygın Anksiyete Bozukluğu</b>	4	8	0	0	2	4	0.677
<b>Major Depresyon</b>	4	8	0	0	1	2	0.362
<b>Distimi</b>	1	2	0	0	0	0	1.000

\* Kalın fontlarla belirtilen p değerleri gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir.



Şekil-2: MVP ve kontrol gruplarında birincil psikiyatrik tanı dağılımları

MVP tanısı koyulup kliniğimize başvuran olgularda DSM-IV'e göre belirlediğimiz tanılar şu biçimdeydi (Şekil 2); 50 MVP olgusundan 8'inde (%16) PB, 4'ünde (%8) yaygın anksiyete bozukluğu, 4'ünde (%8) major depresyon, 1'inde (%2) distimik bozukluk saptandı. PB tanısı koyulan MVP olgularının %37.5'ü (n=3) agorafobili PB idi.

Kontrol grubunda, olguların 1'inde (%2) PB, 2 sinde (%4) yaygın anksiyete bozukluğu, 1'inde (%2) major depresyon belirlendi. PB olgularından oluşan grupta ise, agorafobi sıklığı %24 (n=12) olarak belirlendi.

MVP grubu ile kontrol grubu arasında PB görülme oranı açısından anlamlı bir farklılık vardı (Fisher kesin ki kare testi  $p=0.030$ ). Ancak bu iki grup arasında yaygın anksiyete bozukluğu, major depresyon ve distimik bozukluk görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Fisher kesin ki kare testi  $p=0.677$  (YAB için) ,  $p=0.362$ (MD için),  $p=1.00$ (Distimik bozukluk için)) .

#### 4.3. Grupların psikometrik ölçeklere göre değerlendirilmesi

**Tablo-XI: Grupların SCL-90-R genel semptom indeksi (GSİ) ve alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması**

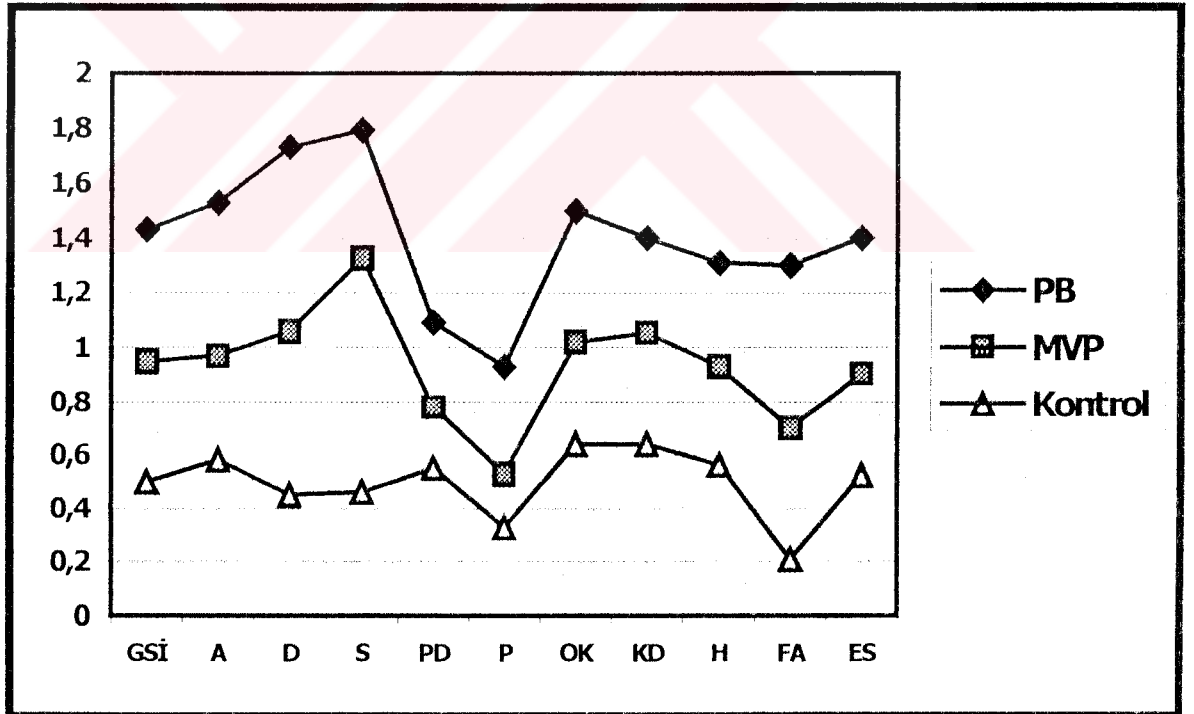
SCL-90-R Alt ölçekleri	MVP		PB		Kontrol		F <sub>[2,147]</sub>	P*
	Ort**	SS	Ort**	SS	Ort	SS		
Genel Semptom İndeksi (GSİ)	0.95	0.54	<b>1.43</b>	0.59	0.50	0.46	37.88	<b>0.00001</b>
Anksiyete (A)	<b>1.06</b>	0.64	<b>1.73</b>	0.84	0.45	0.55	43.55	<b>0.00001</b>
Depresyon (D)	0.97	0.63	<b>1.53</b>	0.69	0.58	0.62	26.40	<b>0.00001</b>
Somatizasyon (S)	<b>1.33</b>	0,74	<b>1.79</b>	0.67	0.46	0.45	56.33	<b>0.00001</b>
Paranoid Düşünce (PD)	0.78	0.71	<b>1.09</b>	0.79	0.55	0.56	7.61	<b>0.0007</b>
Psikotizm (P)	0.53	0.46	0.93	0.58	0.33	0.43	18.56	<b>0.00001</b>
Obsesif Kompulsif(OK)	<b>1.02</b>	0.66	<b>1.50</b>	0.77	0.64	0.51	23.15	<b>0.00001</b>
Kişilerarası Duyarlılık(KD)	<b>1.05</b>	0.83	<b>1.40</b>	0.76	0.64	0.56	13.64	<b>0.00001</b>
Hostilite (H)	0.93	0.74	<b>1.31</b>	0.79	0.56	0.65	13.45	<b>0.00001</b>
Fobik Anksiyete(FA)	0.70	0.81	<b>1.30</b>	0.81	0.21	0.38	30.07	<b>0.00001</b>
Ek Skala(ES)	0.90	0.61	<b>1.40</b>	0.59	0.52	0.52	28.92	<b>0.00001</b>

\* Kalın fontlarla belirtilen p değerleri gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir.

\*\* Kalın fontlarla belirtilen ortalama değerleri ; saptanan değerlerin patolojik sınır olan 1 in üstünde olduğunu göstermektedir.

SCL alt ölçeklerine göre üç grubu tek yönlü ANOVA testi ile karşılaştırdığımızda; gruplar arasında tüm alt ölçeklerde anlamlı farklılık vardı. Bu farklılığın kaynağını belirlemek için yaptığımız çoklu karşılaştırma testinde; paranoid düşünce alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerde PB grubu diğer iki gruptan, MVP grubu da kontrol grubundan anlamlı olarak farklıydı ( $p=0.00001$ ). Paranoid düşünce alt ölçeğinde ise sadece PB diğer iki gruptan anlamlı olarak farklıydı; MVP grubu ile kontrol grubu arasında farklılık saptanmadı.

SCL-90-R alt ölçeklerinin değerlendirilmesinde; ortalama puanları 1 ve 1'in üzerinde alması patolojik olarak kabul edilmektedir. Buna göre bakıldığında PB grubu ortalama puanları 1'in üstündeydi. MVP grubunda ise ortalama puanlar kontrol grubundan paranoid düşünce dışında tüm alt ölçeklerde anlamlı olarak yüksek olmasına karşın yalnız 4 alt ölçekte -obsesif kompulsif, anksiyete, somatizasyon ve kişilerarası duyarlılık- patolojik kabul edilen 1'in üstündeydi. Bunlar arasında da en belirgin farklılık somatizasyon alt ölçeğindeydi. Diğerlerinde bu farklılık çok azdı.

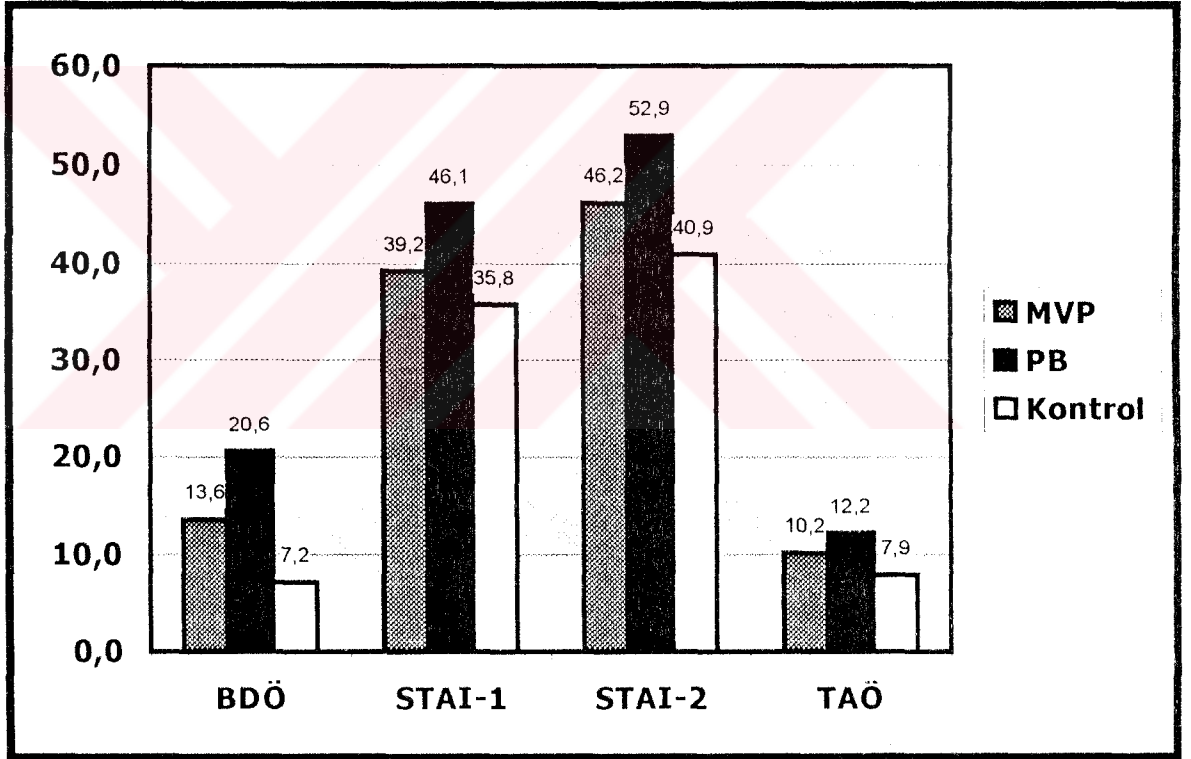


Şekil-3: Grupların SCL-90-R- GSİ ve alt ölçek ortalama puanları

**Tablo-XII: Grupların BDÖ, STAI-1, STAI-2, TAÖ ortalama puanlarına göre karşılaştırılması**

Test	MVP		PB		Kontrol		F <sub>[2,147]</sub>	p *
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
<b>BDÖ</b>	13.6	7.4	20.6	8.9	7.2	5.9	38.89	<b>0.00001</b>
<b>STAI-1</b>	39.2	9.9	46.1	9.2	35.8	9.4	14.95	<b>0.00001</b>
<b>STAI-2</b>	46.2	9.3	52.9	8.9	40.9	8.2	23.12	<b>0.00001</b>
<b>TAÖ</b>	10.2	3.2	12.2	3.3	7.9	3.8	20.25	<b>0.00001</b>

\* Kalın fontlarla belirtilen p değerleri gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir.



**Şekil-4: Grupların BDÖ, STAI-1, STAI-2, TAÖ ortalama puanları**

Grupların BDÖ, STAI 1 ve STAI-2 ve TAÖ ortalama puanlarını ANOVA testi ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardı. Post hoc testlerine göre bu farklılık STAI-1 (durumluk anksiyete) ölçeğinde PB ile diğer gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklanıyordu. STAI-1 ölçeğinde MVP grubu

ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Diğer ölçeklerde ise anlamlı farklılık; PB ile diğer gruplar ve MVP grubu ile kontrol grubu arasındaki farklılıktan kaynaklanıyordu.

BDÖ puanlarını depresyon için kesme noktası olarak önerilen 21'e göre değerlendirirsek; MVP grubunun %12'si (n=6), PB grubunun %44'ü (n=22), kontrol grubunun %2'si (n=1) kesme noktasın üstünde puan almışlardı. TAÖ puanlarını kesme noktası olarak önerilen 11'e göre değerlendirirsek; MVP grubunun %28'i (n=14), PB grubunun %54'ü (n=27), kontrol grubunun %16'si (n=8) sı aleksitimik olarak değerlendirilmiştir.

#### **4.4. Gruplarda panik atağın klinik belirtilerinin görülme oranı**

Kontrol grubunda panik atak belirtilerinin görülme oranları, diğer iki gruptan gözle görülür derecede düşük olması nedeniyle, istatistiksel değerlendirmeleri ve karşılaştırmaları yalnızca PB grubu ile MVP grubu arasında yapılmıştır. Bu nedenle Tablo-XIII de istatistik kolonundaki değerler iki grubun karşılaştırılmasının sonuçlarını vermektedir.

MVP grubunda en sık görülen belirtiler sırasıyla; çarpıntı (%72), göğüs ağrısı (%68), bulantı-karın ağrısı (%54) ve üşüme/ürperme (%50) idi. PB grubunda ise bu sıralama çarpıntı (%76), nefes darlığı (%76), pareteziler (%74), göğüs ağrısı (%68) biçimindeydi.

Tablo XIII'de de görüldüğü gibi nefes darlığı, ölüm korkusu, parestezi belirtilerinin sıklığı, PB grubunda MVP grubuna oranla anlamlı derecede yüksekti. Ancak diğer 10 belirtinin hiçbirinde anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

**Tablo-XIII: Panik atak belirtilerinin gruplarda görülme sıklıkları**

	MVP		PB		$\chi^2$ (df=1)	p*
	n	%	n	%		
Çarpıntı	36	72	38	76	0,207	0,648
Terleme	12	24	16	32	0,793	0,373
Titreme	11	22	20	40	3,78	0,051
Nefes Darlığı	21	42	38	76	11,94	<b>0,0005</b>
Soluğun kesilmesi	23	46	32	64	3,27	0,070
Göğüs ağrısı	34	68	34	68	0	1,00
Bulantı/ karın ağrısı	27	54	33	66	1.50	0,220
Baş dönmesi/ bayılma	17	34	23	46	1,50	0,227
Derealizasyon Depersonalizasyon	8	16	12	24	1,00	0,317
Ölüm korkusu	7	14	20	40	8,57	<b>0,003</b>
Kontrolünü kaybetme korkusu	6	12	13	26	3,18	0,073
Paresteziler	15	30	37	74	17.66	<b>0,00003</b>
Üşüme/ Ürperme	25	50	32	64	1,99	0,157

\* Kalın fontlarla belirtilen p değerleri gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir.

#### 4.5. PB olgularındaki MVP yaygınlığı

Çalışmanın bir parçası olarak PB olgularının oluşturduğu gruptaki olgularda ekokardiyografi ile MVP yaygınlığı belirlenmiştir. 50 olgunun 6'sında MVP (%12 oranında) saptanmıştır. Diğer bir bulgumuz ise kontrol grubunda saptadığımız MVP yaygınlığıydı. Kontrol grubunu oluştururken değerlendirdiğimiz olgu sayısı 53 idi. Bu olguların 3'ünde (%5.7) (2 kadın, 1 erkek) MVP saptandı. Ancak kontrol grubunu tamamıyla MVP'su olmayan olgulardan oluşturmak istediğimizden bunları çalışma dışında bıraktık. Bununla birlikte elde ettiğimiz bu iki bulgu karşılaştırıldığında, PB

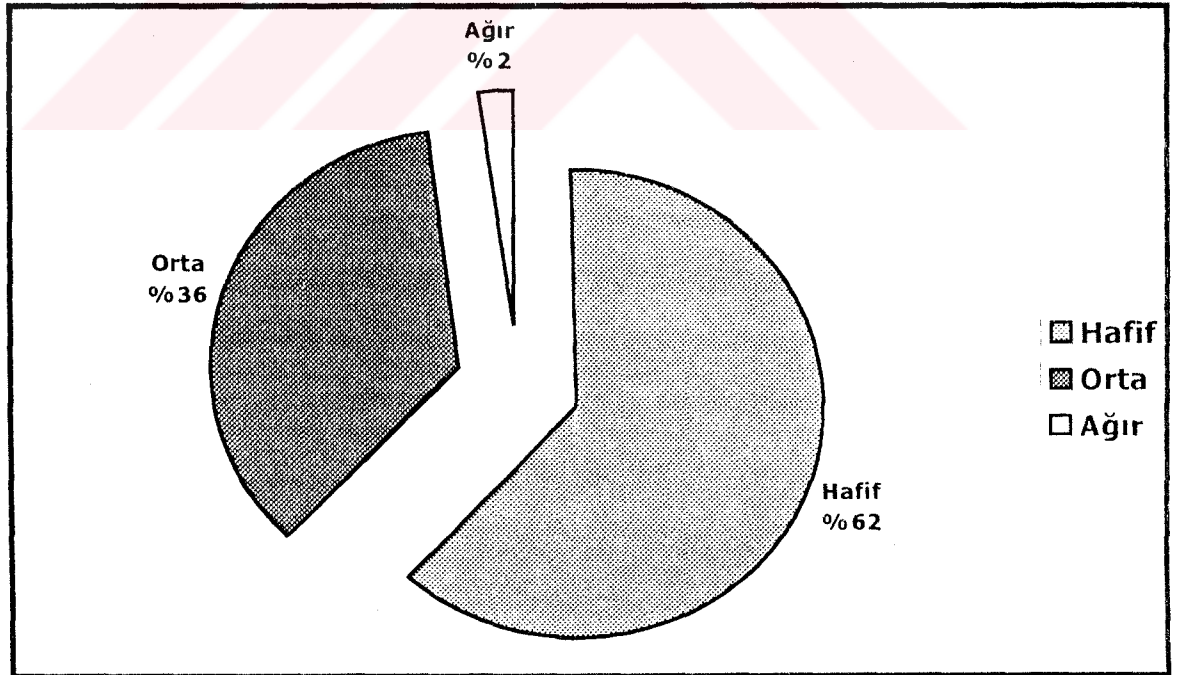


grubu ile kontrol grubu arasında MVP yaygınlığı açısından anlamlı bir farklılık belirlenemedi (Fisher kesin ki kare testi,  $p=0.215$ ).

#### 4.6. MVP olgularının EKO bulgularına göre gruplandırılması

Çalışmaya alınan MVP olgularının EKO'da belirlenen prolapsus düzeyine göre 3 gruba ayrıldı. Prolapsus miktarı 3 ile 5,9 mm arasında olanlar hafif, 6 ile 11,9 mm arasında olanlar orta, 12 mm ve daha fazla olanlarda ağır MVP grubunda değerlendirildi.

MVP grubunu oluşturan olguların; 31'i (%62) hafif grupta, 18'i (%36) orta derecede prolapsus grubunda, 1'i (%2'i) ağır prolapsus grubundaydı. Hafif prolapsus grubunu oluşturan olguların 8'i erkek (%25.8), 23'ü kadın (%74.2); orta düzeyde prolapsus grubunun 9'u erkek (%50), 9'u kadın (%50); ağır düzeydeki prolapsus grubunun tek olgusu da erkekti. Bu üç grubun test puanlarını karşılaştırırken, ağır prolapsusu olan sadece bir olgu bulunması nedeniyle, bu olguyu orta prolapsus grubuna katarak istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır.



Şekil-5: EKO'da belirlenen MVP düzeyine göre olguların dağılımı

**Tablo-XIV: Prolapsus düzeyine göre gruplandırılmış MVP olgularının anksiyete, depresyon, SCL- GSİ ve aleksitimi puanlarının karşılaştırılması**

MVP	Hafif MVP (n=31)		Orta – Ağır MVP (N =19)		t (df=48)	p
	Ort	SS	Ort	SS		
<b>BDÖ</b>	13.8	8.3	13.4	5.9	0.20	0.843
<b>STAI-1</b>	39.7	11.1	38.3	7.8	0.50	0.620
<b>STAI-2</b>	47.1	10.6	44.6	6.5	1.04*	0.304
<b>SCL-GSİ</b>	1.04	0.58	0.81	0.44	1.44	0.156
<b>TAÖ</b>	10.4	3.7	9.9	2.0	0.19	0.851

\* df=47.98

MVP'sunun düzeyi ile anksiyete, depresyon, SCL-GSİ ve TAÖ puanlarının karşılaştırılmasında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık belirlenemedi.

**Tablo-XV: Prolapsus düzeyine göre MVP grubunun hastalık süresi ve yaşlarının karşılaştırılması**

MVP	Hafif MVP (n=31)		Orta – Ağır MVP (n =19)		t (df=48)	p
	Ort	SS	Ort	SS		
<b>Hastalık Süresi (ay)</b>	33.2	36.0	36.2	26.2	-0,31	0,755
<b>Yaş (yıl)</b>	30.6	9.1	30.4	8.2	0,01	0,924

İki grup arasında hastalık süresi ve yaş açısından anlamlı farklılık yoktu.

Cinsiyet dağılımı yönünden iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu ( $\chi^2=2.6$ ,  $df=1$ ,  $p=0.106$ ). Yakınmaların başlangıcında olan stres etkenleri değerlendirildiğinde; ise prolapsus düzeyleri orta ya da ağır olan hastaların %84.2'sinde stres etkeni varken, hafif düzeyde olanların %58.1'inde stres etkeni saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=2.59$ ,  $df=1$ ,  $p=0.107$ )

**Tablo-XVI: Prolapsus düzeylerine göre PB yaygınlığı**

		Hafif MVP (n=31)		Orta ve Ağır MVP (n=19)		p
		n	%	n	%	
<b>PB</b>	<b>Var</b>	5	16.1	3	15.8	1.00
	<b>Yok</b>	26	83.9	16	84.2	

Prolapsus düzeylerine göre gruplanan MVP olgularında görülen PB yaygınlığını karşılaştırdığımızda; hafif düzeyde MVP'su olan olguların %16.1'inde (n=5), orta-ağır düzeyde MVP olgularının %15.8'inde (n=3) PB saptanmıştı. İki grupta saptanan PB yaygınlığında anlamlı bir farklılık yoktu (Fisher kesin ki kare testi;  $p=1.00$ )

**Tablo-XVII: MVP grubunda prolapsus düzeylerine göre panik atak belirtilerinin görülme oranları**

MVP düzeyi	Hafif MVP (n=31)		Orta ve Ağır MVP (n=19)		$\chi^2(df=1)^*$	p
	n	%	n	%		
Çarpıntı	24	77.4	12	63.2	0.586	0.443
Terleme	8	25.8	4	21.1	-	1.00
Titreme	8	25.8	3	15.8	-	0,497
Nefes Darlığı	15	48.4	6	31.6	0,763	0,382
Soluğun kesilmesi	16	51.6	7	36.8	0.525	0.568
Göğüs ağrısı	24	77.4	10	52.6	2.28	0.130
Bulantı/ karın ağrısı	20	64.5	7	36.8	2.60	0.106
Baş dönmesi/ bayılma	13	41.9	4	21.1	1.45	0.228
Derealizasyon Depersonalizasyon	6	19.4	2	10.5	-	0.693
Ölüm korkusu	5	16.1	2	10.5	-	0.694
Kontrolünü kaybetme korkusu	5	16.1	1	5.3	-	0.387
Paresteziler	11	35.5	4	35.7	0.001	0.988
Üşüme/ Ürperme	18	58.1	7	36.8	1.35	0.243

\* ki kare değer sütunu boş bırakılan karşılaştırmalarda Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır.

MVP grubunu prolapsus düzeyine göre gruplandırıp PB'un klinik belirtilerinin görülme sıklıklarını karşılaştırdığımızda, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirledik. Her iki grupta da en sık görülen belirtiler göğüs ağrısı ve çarpıntı idi. Hafif MVP grubunda göğüs ağrısı ve çarpıntı belirtilerinin görülme sıklığı %77.4 iken, orta ve ağır MVP grubunda bu oranlar sırasıyla %63.2 ve %52.6 idi.

#### 4.7. PB grubunun MVP'su olup olmamasına göre karşılaştırılması

MVP'nin varlığının, PB olgularında bir alt tipin belirteci olup olmadığını belirlemek amacıyla; PB olguları MVP'su olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayırdık. 150 deneğimiz içinde PB tanısı konmuş hasta sayımız 59 kişiydi. 59 kişiden 17 si erkek (%28.8), 42 si kadın (%71.2) dı. Bu olgulardan MVP si olan olgu sayısı (3 erkek, 11kadın) 14 (%23.7) idi.

**Tablo-XVIII: MVP'su olan ve olmayan PB olgularının SCL-90-R GSİ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması**

SCL-90-R	MVP (+) (n=14)			MVP(-) (n=44)			U	P
	Ort	SS	Rank	Ort	SS	Rank		
<b>GSİ</b>	1.16	0.44	22.46	1.49	0.59	32.34	209.5	0.060
<b>D</b>	1.30	0.48	25.36	1.61	0.71	32.69	220.0	0,071
<b>A</b>	1.49	0.64	25.18	1.78	0.85	31.50	247.5	0.228
<b>S</b>	1.56	0.62	24.46	1.84	0.67	31.72	237.5	0.166
<b>PD</b>	1.01	0.53	28.93	1.15	0.84	30.33	300.0	0.788
<b>P</b>	0.60	0.39	21.79	0.98	0.59	32.56	200	<b>0.040</b>
<b>OK</b>	1.20	0.53	22.93	1.57	0.70	32.82	214.0	0.074
<b>KD</b>	1.21	0.63	25.82	1.44	0.75	31.30	256.5	0.296
<b>H</b>	1.00	0.58	24.39	1.38	0.82	31.74	236.5	0.160
<b>FA</b>	1.25	0.99	27.68	1.34	0.83	30.72	282.5	0.561
<b>ES</b>	1.01	0.50	20.82	1.45	0.62	32.86	186.5	<b>0.021</b>

\* Kalın fontlarla belirtilen p değerleri gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir.

MVP'su olan ve olmayan PB olgularının SCL-90-R GSİ ve alt ölçeklerinin ortalamalarını karşılaştırmak istediğimizde, MVP'su olan grubun sayısının, olmayan gruba oranla çok az olduğunu, ve normal dağılıma uymadığını belirledik. Bu nedenle bu değerleri karşılaştırmak amacıyla non-parametrik Mann-Whitney- U testini kullandık.

SCL-90-R genel belirti endeksi (GSİ), depresyon, anksiyete, somatizasyon, paranoid düşünce, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık hostilite ve fobik anksiyete alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Psikotizm ve ek skala alt ölçeklerinde ise MVP'su olmayan PB olgularının ortalama puanları, MVP'su olan gruba göre anlamlı olarak yüksekti. Ancak psikotizm alt ölçeğinde saptanan ortalama puan, her iki grupta patolojik sınır olarak kabul edilen 1'in altındaydı.

Bu iki alt grup arasında hastalık süresi (U=248, p=0.231), yaş (U=269.5, p=0.436) ve hastalığın başlama yaşı (U=274.5, p=0.470) açısından anlamlı bir farklılık yoktu.

**Tablo-XIX: MVP'su olan ve olmayan PB olgularının BDÖ, STAI-1, STAI-2 ve TAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması**

	MVP (+) (n=14)			MVP (-) (n=45)			U	P
	Ort	SS	Rank	Ort	SS	Rank		
<b>BDÖ</b>	16.8	6.2	25.21	21.2	8.9	32.73	210.0	0.062
<b>STAI-1</b>	41.5	8.6	24.75	45.8	9.4	31.63	241.5	0.190
<b>STAI-2</b>	50.6	8.7	25.36	53.4	8.5	31.44	250.0	0.246
<b>TAÖ</b>	12.3	4.3	29.79	12.2	3.2	30.07	312.0	0.957

BDÖ, STAI-1 (durumluk anksiyete), STAI-2 (sürekli anksiyete) ve TAÖ ortalama puanlarına göre karşılaştırdığımızda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo-XX: MVP'su olan ve olmayan PB olgularının panik atak belirtilerinin karşılaştırılması**

	MVP(+) (n=14)		MVP(-) (n=45)		$\chi(df=1)^*$	p
	n	%	n	%		
<b>Çarpıntı</b>	11	78.6	32	71.1	-	0,737
<b>Terleme</b>	4	28.6	15	33.3	-	1,00
<b>Titreme</b>	6	42.9	18	40	0,035	0,849
<b>Nefes Darlığı</b>	8	57.1	36	80	-	0.156
<b>Soluğun kesilmesi</b>	7	50	28	62.2	0.66	0,416
<b>Göğüs ağrısı</b>	10	71.4	30	66.7	-	1,00
<b>Bulantı/ karın ağrısı</b>	7	50	30	66.7	1.26	0,260
<b>Baş dönmesi/ bayılma</b>	6	42.9	20	44.4	0.01	0,916
<b>Derealizasyon Depersonalizasyon</b>	2	14.3	10	22.2	-	0,711
<b>Ölüm korkusu</b>	5	35.7	17	37.8	0.019	0,889
<b>Kontrolünü kaybetme korkusu</b>	3	21.4	11	24.4	-	1.00
<b>Paresteziler</b>	8	57.1	33	73.3		0,322
<b>Üşüme/ Ürperme</b>	8	57.1	28	62.2	0.115	0,733

\* ki kare değer sütunu boş bırakılan karşılaştırmalarda Fisher kesin ki kare testi kullanılmıştır.

MVP'su olan PB olgularında en sık görülen PB belirtileri sırasıyla çarpıntı (%78.6), göğüs ağrısı (%71.4), paresteziler (%57.1), üşüme/ürperme (%57.1) ve nefes darlığıydı (%57.1). MVP'su olmayan PB olgularında en sık görülen PB belirtileri ise sırasıyla nefes darlığı (%80), paresteziler (%73.3), çarpıntı (%71.1), göğüs ağrısı (%66.7) ve bulantı/karın ağrısı (%66.7) idi.



Bu iki grup arasında klinik belirtilerin görülme sıklığı yönünden anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

#### 4.8. MVP ve PB gruplarında ölçekler ve bazı değişkenler arasındaki korelasyonlar

Tablo-XXI: MVP grubunda yaş, eko bulguları, hastalık süresi ve ölçekler arasındaki korelasyonlar

	Yaş	EKO	Hast. Süresi	SCL-90-R GSİ	BDÖ	STAI-1	STAI-2	TAÖ
Yaş	*** p = .734	r = -.049 p = .734	r = .162 p = .260	r = -.109 p = .447	r = -.140 p = .329	r = -.059 p = .682	r = .038 p = .793	r = .210 p = .160
EKO	r = -.049 p = .734	***	r = -.002 p = .989	r = -.013 p = 0.876	r = -.131 p = .364	r = -.077 p = .592	r = -.237 p = .097	r = -.150 p = .297
Hast Süresi	r = -.049 p = .734	r = -.002 p = .989	***	r = .153 p = .286	r = .111 p = .441	r = .203 p = .157	r = .204 p = .154	r = -.048 p = .740
SCL-90-R GSİ	r = -.109 p = .447	r = -.013 p = 0.876	r = .153 p = .286	***	<b>r = .676</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .562</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .772</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .391</b> <b>p = .005</b>
BDÖ	r = -.140 p = .329	r = -.131 p = .364	r = .111 p = .441	<b>r = .676</b> <b>p = ,000</b>	***	<b>r = .611</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .658</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .395</b> <b>p = ,004</b>
STAI-1	r = -.059 p = .682	r = -.077 p = .592	r = .203 p = .157	<b>r = .562</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .611</b> <b>p = ,000</b>	***	<b>r = .652</b> <b>p = ,000</b>	r = .243 p = .089
STAI-2	r = .038 p = .793	r = -.237 p = .097	r = .204 p = .154	<b>r = .772</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .658</b> <b>p = ,000</b>	<b>r = .652</b> <b>p = ,000</b>	***	<b>r = .312</b> <b>p = ,027</b>
TAÖ	r = .210 p = .160	r = -.150 p = .297	r = -.048 p = .740	<b>r = .391</b> <b>p = ,005</b>	<b>r = .395</b> <b>p = ,004</b>	r = .243 p = .089	<b>r = .312</b> <b>p = ,027</b>	***

\* Kalın fontlarla belirtilen p değerleri gruplar arasındaki korelasyonun anlamlı olduğunu göstermektedir.

MVP grubunda ölçeklerin birbirleriyle olan anlamlı korelasyonları dışında diğer değişkenler arasında anlamlı bir korelasyon belirlenemedi. Bunun dışında SCL-90-R depresyon alt ölçeği ile BDÖ arasında, STAI-2 (sürekli anksiyete) ile SCL-90-R anksiyete puanları arasında iyi derecede pozitif korelasyon bulunmaktaydı.

**Tablo-XXII: PB grubunda yaş, hastalık süresi ve ölçekler arasındaki korelasyonlar**

	Yaş	Hast. Süresi	SCL-90-R- GSİ	BDÖ	STAI-1	STAI-2	TAÖ
Yaş	***	r=.051 p=.724	r=.054 p=.710	r=-.006 p=.967	r=.118 p=.414	r=.057 p=.690	r=.016 p=.912
Hast Süresi	r=.051 p=.724	***	r=-.130 p=.365	r=-.039 p=.785	r=.005 p=.972	r=.071 p=.624	r=.032 p=.826
SCL-90-R- GSİ	r=.054 p=.710	r=-.130 p=.365	***	<b>r=.606</b> <b>p= ,000</b>	<b>r=.407</b> <b>p= ,003</b>	<b>r=.627</b> <b>p= ,000</b>	r=.154 p=.285
BDÖ	r=-.006 p=.967	r=-.039 p=.785	<b>r=.606</b> <b>p= ,000</b>	***	<b>r=.579</b> <b>p=,000</b>	<b>r=.518</b> <b>p=,000</b>	r=.153 p=.287
STAI-1	r=.118 p=.414	r=.005 p=.972	<b>r=.407</b> <b>p= ,003</b>	<b>r=.579</b> <b>p=,000</b>	***	<b>r=.462</b> <b>p=.001</b>	r=.262 p=.065
STAI-2	r=.057 p=.690	r=.071 p=.624	<b>r=.627</b> <b>p= ,000</b>	<b>r=.518</b> <b>p=,000</b>	<b>r=.462</b> <b>p=.001</b>	***	<b>r=.318</b> <b>p=.024</b>
TAÖ	r=.016 p=.912	r=.032 p=.826	r=.154 p=.285	r=.153 p=.287	r=.262 p=.065	<b>r=.318</b> <b>p=.024</b>	***

\* Kalın fontlarla belirtilen p değerleri gruplar arasındaki korelasyonun anlamlı olduğunu göstermektedir.

Yaş ve hastalık süresi ile diğer değişkenlerin hiçbiri arasında anlamlı bir korelasyon belirlenemedi. TAÖ ise PB grubunda, sadece STAI-2 testi ile zayıf derecede korelasyon gösteriyordu.

## 5. TARTIŞMA

MVP toplumda en sık görülen kalp kapak hastalığıdır. Göğüs ağrısı, çarpıntı, aritmi, soluk darlığı, sıkıntı, gerginlik gibi belirtiler gösterir. Bu belirtiler ile PB belirtileri arasındaki büyük benzerlikler görülmektedir. Uzun yıllardır bu iki bozukluğun benzer yaş grupları ve cinsiyette görülmesi, yaygınlık oranları, birlikte bulunma sıklıkları ve oluş nedenleri arasındaki ilişkiler üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak henüz açık ve net bir sonuca ulaşılamamıştır. Bu çalışmada MVP ile PB arasındaki ilişkinin çok yönlü olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak 50 MVP olgusu, 50 PB olgusu ve MVP'su olmayan, sağlıklı 50 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Klinik görüşme ve psikometrik incelemelerle bu üç grubun sosyodemografik ve psikopatolojik özellikleri, aradaki ilişkiler, MVP ve PB'un birlikte görülme sıklıkları araştırılmaya çalışılmıştır<sup>66,70,73</sup>.

MVP olgularının yaşları 15-51 arasında (ort. 30.52±8.71), PB olgularının yaşları 16-55 arasında (ort. 33.04±7.7), kontrol grubunun yaşları ise 17-63 arasında (ort. 30.78±9.45) idi. Gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel bir farklılık yoktu ( $p=0.280$ ). Yaş gruplarında göre olguların dağılımı incelendiğinde; MVP ve PB gruplarında olguların %76'sının 20-39 yaş grubunda oldukları görülmektedir ve gruplar arasında istatistiksel bir farklılık yoktur (Tablo VII). Hastalığın başlama yaşı dikkate alındığında MVP olgularının hastalık başlama yaş ortalaması 27.6±8.6, PB olgularının ise 29.8±8.5 olduğu görülmektedir (Tablo IX). Gözden geçirilen kaynaklarda da MVP ve PB'un genç erişkin yaşlarda görüldüğü, hastalık başlama yaşlarının benzerlik gösterdiği bildirilmektedir<sup>17,18,25,94</sup>.

Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde; MVP olgularının %64'ü kadın, %36'sı erkek; PB olgularının %68'i kadın, %32'si erkek; kontrol grubunun ise %56'sı kadın, %44'ü kadın idi (Tablo VII, Şekil 1). Gruplar arasında istatistiksel bir farklılık yoktu ( $p<0.05$ ). MVP grubunda kadın/erkek oranı 1.77, PB grubunda ise 2.12 idi. Bu dağılım gözden geçirilen kaynaklarda hem MVP hem de PB'un cinsiyet dağılımında bildirilen 2/1 biçimindeki kadın/erkek oranına uygunluk gösteriyordu<sup>3,9,10,60</sup>.

MVP ve PB ilişkisini araştıran çalışmalarda öncelikli olarak ortaya konan ve araştırılan her iki bozukluğun bir diğerinde görülme oranı olmuştur. Bu nedenle biz de öncelikle MVP olgularında PB ve diğer psikopatolojilerin sıklığını, daha sonra da PB

olgularındaki MVP yaygınlığını araştırdık. Çalışmamızda; 50 MVP olgusunun 8'inde (%16) DSM-IV ölçütlerine göre PB belirlenmiştir. Bu olguların %37.5'u agorafobili PB, %62.5'u agorafobisiz PB idi. Ayrıca 4 olguda (%8) yaygın anksiyete bozukluğu, 4 olguda (%8) major depresyon, 1 olguda (%2) distimik bozukluk saptanmıştır. Kontrol grubunda ise 1 olguda PB (%2), 2 olguda yaygın anksiyete bozukluğu (%4), 1 olguda major depresyon (%2) görülmüştür (Tablo X, Şekil 2). MVP grubu ile kontrol grubu arasında PB görülme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ( $p=0.03$ ). Yaygın anksiyete bozukluğu, major depresyon, distimik bozukluk görülmesi açısından MVP ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak bir farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

Bu konuda gözden geçirilen kaynaklarda MVP olgularındaki PB yaygınlığının %0 ile %24 arasında değiştiği görülmektedir. Margraf ve arkadaşları 1988 yılında o döneme dek yapılan çalışmaları gözden geçirdikleri değerlendirmelerinde; MVP olgularında PB yaygınlığını %8, kardiyak hastalardan oluşan kontrol grubunda %5, sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunda ise %2 olarak bildirmişlerdir. Sivaramakrishnan ve arkadaşları ise 33 MVP olgusundan 4'ünde (%12), 27 kardiyak sorunu olan kontrol grubu olgusundan 1'inde (%4) PB saptamışlar ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını aktarmışlardır. Çalışmalardaki tartışmalardan biri MVP'sunda PB yaygınlığının kardiyak sorunu olmayan kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklı olduğu, ancak kardiyak kontrol gruplarından belirgin bir farklılığı olmadığıdır. Goldberg ve arkadaşları, kardiyak problemi olan olgularda PB yaygınlığını %9.2, Barsky ve arkadaşları %18.6, Morris ve arkadaşları %12.5 olarak bildirmişlerdir. Bizim bulgularımız sağlıklı kontrol grubu seçilerek yapılan araştırmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. MVP olgularını da kardiyak sorunu olan, en azından kalp hastalığı tanısı aldığını düşünen olgular olarak kabul edersek; saptadığımız %16'lık oranın bu desandeki çalışmalarla da uyumlu olduğunu düşünebiliriz<sup>14,46,67,68,78,101,111,115</sup>.

Ülkemizde bu konuda yapılan iki çalışmada Arkonaç ve arkadaşları MVP olgularındaki PB oranını %37.9 oranında bildirirken, Sayar ve arkadaşları %6.7 olarak saptamışlardır. Sayar ve arkadaşları, belirledikleri PB oranının genel nüfustaki %1 ile %5 oranındaki PB yaygınlığını yansıttığını vurgulamışlardır<sup>9,94</sup>.

Genel olarak değerlendirildiğinde; MVP'nda kardiyak kontrol gruplarıyla aynı oranda, sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı oranda yüksek PB yaygınlığı gösterdiği yorumu yapılabilir. Bizim sonuçlarımızı da bu yorum içinde değerlendirmek doğru olacaktır.

Klinik olarak değerlendirmede; MVP olgularımızda %8 oranında major depresyon saptanmıştır, bu bulgu kontrol grubundan farklılık göstermemektedir (Tablo X, Şekil 2). Arkonaç ve arkadaşlarının çalışmasında %1.7 oranında major depresyon belirlenmiş, ancak kontrol grubundan farklılık bulunmamıştır. Sayar ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran %8 olarak bulunmuş ve bu oranın ülkemizde genel nüfusta depresyon için bildirilen %10 oranındaki yaygınlıkla uyumlu olduğu vurgulanmıştır<sup>9,94</sup>.

DSM-IV tanı ölçütlerine göre yaptığımız bu klinik değerlendirme dışında, olgularımızın anksiyete, depresyon, aleksitimi ve genel psikopatolojik özelliklerini belirlemek için psikometrik incelemeler yaptık. Bu amaçla kullandığımız ölçeklerin sonuçlarından beklentimiz; eğer klinik belirtileri birbirine benzeyen MVP ile PB arasında bu anlamda bir ilişkinin var olduğunu düşünürsek, bu iki grup olgudan elde edeceğimiz psikopatolojik bulgular arasında büyük bir benzerliğin olması gerektiği şeklindeydi.

SCL-90-R olarak kısaltılan ruhsal belirti tarama ölçeğinin sonuçlarını değerlendirdiğimizde; MVP olgularının paranoid düşünce alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerdeki ortalama puanı ve genel belirti indeksi sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (Tablo XI,  $p < 0.00001$ ). PB olgularının tüm alt ölçek ortalama puanları ve genel belirti indeksi MVP grubu ve kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak belirlendi (Tablo XI,  $p < 0.00001$ ). Bu sonuca göre; PB ve MVP grubu arasında ruhsal belirti tarama ölçeğine göre benzerlik yerine farklılık belirlenmiştir. PB olguları MVP olgularına göre daha fazla ruhsal belirti göstermektedir. Ancak MVP olgularında da sağlıklı kontrollere göre daha fazla psikopatoloji görüldüğü belirlenmiştir.

Ruhsal belirtileri ve psikopatolojiyi taramaya yönelik değişik ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda da; bizim çalışmamızdakine benzer olarak MVP olgularında sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda psikopatoloji saptanmıştır. Bunlardan biri Margraf ve arkadaşlarının, MVP olgularında SCL-90-R ile yaptıkları değerlendirmedir. Bu çalışmada MVP olguları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek

puanlar almışlardır. Ülkemizde Sayar ve arkadaşlarının çalışmasında, MVP olgularının SCL-90-R genel belirti endeksi ve tüm alt ölçeklerinde, sağlıklı kontrollerden yüksek ortalama puanları olduğunu, ancak yalnızca anksiyete ve somatizasyon alt ölçek ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini belirlemişlerdir. Ancak göğüs ağrısı olan kardiyak kontrol grubuyla yapılan bir çalışmada, MVP grubuyla bir farklılık bulunmamış, yalnızca somatizasyon alt ölçek puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu değerlendirmelerden MVP olgularının klinik değerlendirmede olduğu gibi ölçeklerin değerlendirmesinde de sağlıklı kontrollerden farklı oldukları, kardiyak kontrollerden farklı olmadıkları yorumu yapılabilir<sup>24,25,68,94</sup>.

Çalışmamızda MVP olgularının SCL-90-R'deki tüm alt ölçeklerdeki ortalama puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olmasına karşın, bu test için patolojik sınır olarak kabul edilen 1 ve 1'in üzerinde puan alma yalnızca anksiyete, somatizasyon, obsesif kompulsif ve kişilerarası duyarlılık alt ölçeklerinde gözlenmiştir (Şekil 3). Bunlardan somatizasyon alt ölçeğinde saptanan yükseklik diğer alt ölçeklerden belirgin ölçüde fazlaydı. Somatizasyon alt ölçeğindeki bu yükseklik, yaşamın sürmesiyle doğrudan ve yakından ilgili bir organ olarak algılanan kalpte bir sorun olduğunu farkedenden hastaların çoğunda bedensel uğraşların artabileceği gerçeği ile bağlantılı olabilir. Ancak bu yükseklik yalnız hipokondriyak düşünce ya da bedensel uğraşlarından değil SCL-90-R ölçeğinde somatizasyon alt ölçeğini oluşturan maddelerin içeriğinin MVP olgularında sıkça gözlenen çarpıntı, göğüs ağrısı ya da nefes darlığı gibi belirtilerin sorgulamasından da kaynaklanmış olabilir. Sonuç olarak Şekil 3 incelendiğinde; kontrol grubunun patolojik sınır olan 1 hattının altında, PB grubunun 1 hattının üzerinde, MVP olgularının ise 4 alt ölçekte istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 1 hattının üzerinde oldukları görülmektedir<sup>63,68,94</sup>.

Depresyonu değerlendiren BDÖ'ni incelediğimizde; MVP olgularının ortalama puanı, sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazlaydı. PB grubunun ortalama puanı ise her iki gruptan anlamlı derecede yüksekti (Tablo XII, Şekil 4). Benzer biçimde BDÖ' de gözlediğimiz bu farklılıklar, bu testle iyi derecede pozitif korrelasyon gösteren SCL-90-R depresyon alt ölçek puanlarından elde edilen bulgular tarafından da doğrulanmaktaydı (Tablo XI). Ortalama  $13.6 \pm 7.4$  olarak bulduğumuz BDÖ puanı Sayar ve arkadaşlarının elde ettiği ortalama 12.4 puanı ile benzeşmekteydi. Ancak testin geçerlik ve güvenilirliğini yapan Hisli ve arkadaşlarının



BDÖ için ortaya koyduğu klinik olarak anlamlı depresyon için belirlenen kesme noktası olan 21'den düşüktü.

Herhangi bir kalp hastalığı, özellikle belirtileri çok açık olan ve hastayı rahatsız eden kalp hastalıkları anksiyete oluşumu için güçlü bir stres etkeni ya da tetiği çeken etken olarak düşünülmektedir. MVP'daki gibi ara ara aniden ortaya çıkan soğuk terleme, bulantı, nefes darlığı gibi otonomik ve fizyolojik belirtiler kişide kalp krizi geçireceği ya da öleceği şeklindeki endişe ve korkularla anksiyeteyi artırır. Bir süre sonra çevresel etmenlerin araya girmesi anksiyetenin süregelenleşmesine yol açabilir. Ne kadar selim bir doğaya sahip olursa olsun, tek başına kalp hastalığı terimi bile belirttiğimiz bu sürecin MVP için de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır<sup>34</sup>.

STAI-1 durumluk anksiyete ölçeği bireylerin çevresel ya da deneysel baskı durumlarında kaygı değişimlerini izlemede yararlı olan, o an için kişinin kaygı düzeyini ölçen bir araçtır. STAI-2 sürekli anksiyete ölçeği ise bireyin genelde kendisini nasıl hissettiğini, genel kaygı düzeyini ortaya koyar. STAI-1 testin verildiği andaki, STAI-2 sürekli ve genel kaygıyı yansıtmaması nedeniyle; MVP gibi süreklilik gösteren hastalıkları olanlarda beklenen bulgu sürekli kaygı düzeyindeki artıştır<sup>82,104</sup>.

Çalışmamızda STAI-1 ve STAI-2 anksiyete ölçeklerinde de diğer ölçeklerdekine benzer sonuçlar elde ettik. PB grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamasından anlamlı olarak yüksekti. Durumluk anksiyete puanında (STAI-1) MVP grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık yokken, sürekli anksiyete puanında (STAI-2) MVP grubu ortalaması kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (Tablo XII, Şekil 4). Sürekli anksiyete ölçeğinde MVP grubu için belirlenen ortalama puan  $46.2 \pm 9.3$  idi. Bu ortalamayı testin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Öner ve Le Compte'ın çeşitli gruplar için ayrı ayrı belirledikleri sürekli anksiyete puanları yüzdelik sıralarına göre değerlendirirsek; normal erişkinler için belirlenen normlarda % 69'a, psikiyatrik hastalar için belirlenen yüzdelik sıralarda %29'a karşılık gelmektedir. Yani bu ortalama puan normal erişkinler için bir miktar yüksek olsa bile psikiyatrik hastalara göre düşük bir sayıdır<sup>82</sup>.

Mazza ve arkadaşları, MVP olgularını sağlıklı kontrollerle karşılaştırdığı çalışmada; Zung anksiyete ölçeğine göre MVP olgularının ortalama puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, ancak bu puanın Zung'un "anksiyete nevrozu" olan hastalar için bildirdiği puanın çok altında olduğunu



aktarmıştır. Weissman ve arkadaşları ise sağlıklı kontrol grubundan farklılık bulmamışlardır. Sayar ve arkadaşlarının çalışmasında da, çalışmamızdaki benzer bulgular elde edilmiş, durumluk anksiyete ölçeğinde MVP ile kontrol grupları arasında bir fark gözlenmezken, sürekli anksiyete ölçeği puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. İlgili çekici bir biçimde, Sayar ve arkadaşlarının bildirdikleri ortalama sürekli kaygı puanı ( $46.4 \pm 7.9$ ) çalışmamızda elde edilen puan ile hemen hemen aynı idi<sup>73,94,118</sup>.

Çalışmamızda kullandığımız bir diğer ölçek TAÖ idi. TAÖ, ülkemizde de geçerliği ve güvenilirliği yapılmış bir aleksitimi ölçeğidir. Duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk, düşlem sınırlılığı ve işlemsel düşünme özellikleriyle tanımlanan aleksitiminin, hem sağlıklı hem de psikiyatrik ve psikosomatik hasta popülasyonlarında yaygın olduğu düşünülmektedir. Aleksitimi ilk tanımlandığı yıllarda daha çok psikosomatik bozukluğu olanlara özgü bir kişilik özelliği olarak düşünülmüş, bazı çalışmalarda aleksitiminin bir psikosomatik bozukluğa ikincil olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir. Daha sonraki dönemlerde yapılan çalışmalarda psikosomatik bozukluğu olan hastalarla, psikiyatrik bozukluğu olan hastalar arasında aleksitimi yönünden bir fark olmadığı saptanmıştır. Rubino ve arkadaşları ise, yaptıkları çalışmada beklenenin aksine psikiyatrik bozukluğu olanlarda aleksitiminin daha sık görüldüğünü belirlemiş, bu bulgusu daha sonra çeşitli araştırmacılar tarafından da desteklenmiştir<sup>43,51,81,90,91,100,103</sup>.

Çalışmamızdan aleksitimi ile ilgili olarak elde ettiğimiz veriler ortaya atılan bu son bulgularla uyum içindedir. PB grubunun TAÖ puan ortalamaları, bir psikosomatik bozukluk olarak da değerlendirilen MVP olgularından anlamlı olarak yüksekken, MVP grubunun aleksitimi puanları sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo XII, Şekil 4). Aleksitimik olgu oranları; PB grubunda %54, MVP grubunda %28, kontrol grubunda % 16 olarak saptanmıştır. Smith ve arkadaşları, tıbbi sorunları nedeniyle diğer bölümlerde izlenmekte olan ve psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların % 30'unun aleksitimik olduğunu bildirmiştir. MVP olgularının da çalışmamıza konsültasyon sonucu alındıkları düşünüldüğünde; bu çalışmanın sonucu ile bulgularımız benzerlik göstermektedir<sup>103</sup>.

Psikopatolojiyi değerlendirmek için kullandığımız 4 ölçeğin sonuçlarını birlikte incelersek; MVP olgularının sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı

ölçüde fazla psikopatolojik özellikler taşıdıkları, ancak PB grubu ile karşılaştırıldığında psikopatoloji düzeylerinin anlamlı ölçüde daha az olduğu yorumunu yapabiliriz.

MVP ve PB ilişkisini araştıran çalışmaların bir diğer ilgi alanı da her iki bozukluğun benzer klinik belirtiler göstermeleridir. Krakowski'nin PB ile MVP olgularını karşılaştırdığı çalışmasında, panik atak klinik belirtileri açısından bir tek ölüm korkusunun PB'da istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olduğunu bildirmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte MVP olgularında titreme, parestezi ve derealizasyonun daha sık görüldüğünü de vurgulamıştır. Weissman ve arkadaşları, PB ve MVP grupları arasında klinik belirtiler açısından yapılan değerlendirme de istatistiksel bir fark bulmamıştır. Alpert ve arkadaşları, MVP'nda saptanan belirti sıklığının, kardiyak belirti gösteren olgularda görülen belirti sıklığı ile benzeştiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise, klinik tüm belirtilerin sıklığı PB grubunda daha fazlaydı. Ancak nefes darlığı, ölüm korkusu ve parestezi dışındaki belirtilerin sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo XIII). Bu sonuçlarımıza göre MVP'nun klinik belirtiler yönünden PB'a çok büyük benzerlik gösterdiği söylenebilir. MVP ve PB arasındaki ilişkinin araştırılmasına yönelik çalışmaların yoğun olmasının bir nedeni de bu klinik benzerlikler olabilir. Ancak ayrıntılı psikopatolojik incelemelerde PB ile MVP grubu arasında farklılıklar olmasına karşın sağlıklı kontrollerden daha fazla psikopatoloji bulunması bu alandaki çalışmaların daha uzun yıllar süreceği izlenimini vermektedir<sup>2,65,118</sup>.

Çalışmamızda MVP olgularındaki psikopatolojiyi ve klinik belirtileri değerlendirdikten sonra, bir de diğer yönden PB olgularındaki MVP yaygınlığını inceledik. 50 PB olgusunun 6'sında (%12) çekilen EKO'ları sonrasında çeşitli düzeylerde MVP saptanmıştır. Saptadığımız bu oran gözden geçirilen kaynaklardaki bir çok çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalar genelde iki kutup üzerinde odaklanmıştır. PB ile MVP arasında anlamlı bir ilişki olduğunu öne süren çalışmalarda PB'da MVP görülme sıklığı %24 ile %50 arasında değişirken, anlamlı bir ilişki olmadığını savunan çalışmalarda ise bu oran %0 ile %16 arasında değişmektedir<sup>24,27,32,38,49,67,68,77,89</sup>.

Çalışmamızda kontrol grubunu oluştururken amacımız MVP'su olmayan olgulara ulaşmaktı. Değerlendirdiğimiz 53 olgunun 3'ünde (%5.7) MVP belirleyip bunları çalışma dışı bırakmıştık. Ancak bu bulguyu da kendi içinde

değerlendirdiğimizde, genel populasyonda MVP görülme yaygınlığı için bildirilen %5 oranıyla ve ülkemizde bu yönde yapılan diğer çalışmaların kontrol gruplarında saptanan bulgularla uyumluydu. Ayrıca PB grubu ile kontrol grubu arasında MVP yaygınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0.215$ )<sup>8,93</sup>.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, Arık ve arkadaşları PB olgularında MVP oranını %17.6; Bayraktar ve ark %21, Arkonaç ve ark % %53 olarak bulmuşlardır. Yapılan farklı çalışmalarda çok değişik sonuçların ortaya çıkması; MVP tanı ölçütlerinin kesin olarak ortaya konamamasına, değerlendiriciler arasındaki farklılığa ve olgu seçimindeki önyargıya bağlanmaktadır<sup>8,9,10,18</sup>.

Bu çalışmada incelediğimiz bir nokta da MVP olgularında saptanan mitral kapak prolapsus düzeyi ile psikopatoloji arasında bir ilişkinin olup olmadığı idi. MVP olgularını prolapsus düzeylerine göre gruplandırdığımızda; hafif prolapsusu olan 31 MVP olgusu, orta ve ağır düzeyde prolapsusu olan 19 MVP olgusu belirlenmiştir. Bu iki grup arasında depresyon, anksiyete, aleksitimi, SCL-90-R genel belirti indeksi açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo XIV). Ayrıca prolapsus düzeyine göre klinik olarak PB varlığı değerlendirildiğinde de arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo XVI). Bu sonuçlardan MVP'nun düzeyinin psikopatoloji ve klinik belirtileri etkilemediği yorumu yapılabilir. Bir çalışmada Dager ve arkadaşları; mitral kapak patolojisinin düzeyi ile otonomik uyarılma dolayısıyla oluşan klinik belirtilerin düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermişlerdir<sup>37</sup>.

Gözden geçirilen kaynaklarda sıkça ortaya atılan bir öneri, MVP varlığının PB alt grupları için biyolojik bir belirteç olarak düşünülebileceğidir. Bu öneriyi değerlendirmek amacıyla MVP'su olan ve olmayan PB olgularının psikopatolojik özellikler, sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerle olan ilişkileri karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda MVP'su olan ve olmayan PB olguları arasında depresyon, anksiyete, aleksitimi ve SCL-90-R genel belirti indeksi puanlarına göre anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo XVIII, Tablo XIX). Bunun yanısıra bu iki grup arasında hastalık süresi, yaş, cinsiyet, hastalık belirtilerinin başlangıç yaşı ve panik atak belirtileri yönünden de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu alanda yapılan çalışmalarda, MVP'su olan ve olmayan PB olguları arasında, panik atak belirtileri, imipramine, sodyum laktat ve benzodiazepinlere verilen yanıt, otonomik uyarılma/katekolamin işlevi gibi çeşitli yönlerden farklılık olmadığı ve MVP varlığının

PB olgularında anlamlı değişikliklere yol açmadığı ileri sürülmüştür. Crowe ve arkadaşları MVP ile ilişkili panik atakların genetik, fizyolojik ve farmakolojik olarak diğer panik ataklardan ayırt edilemeyeceğini bildirmiştir. Matuzas ve arkadaşları, MVP'su olan PB olguları ile MVP'su olmayan PB olguları arasında anksiyete, depresyon, fobik anksiyete açısından bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir. Bizim sonuçlarımız da bu bulgularla benzerlik göstermektedir<sup>33,35,36,37,47,70,72 64</sup>.



## 6. SONUÇ

Uzun yıllardır MVP ve PB'nun yaygınlık oranları, birlikte bulunma sıklıkları ve oluş nedenleri üzerine yoğunlaşmıştır. Bu iki bozukluk arasında nedensel bir ilişkinin olabileceği düşüncesi üzerine çalışmalar yapılmış, ancak henüz açık ve net bir sonuca ulaşamamıştır. Bu çalışmada MVP ile PB arasındaki ilişkinin çok yönlü olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla çalışmaya alınan MVP, PB ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet dağılımı açısından farklılık göstermiyordu. Her iki bozukluğun görülme oranı kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla bulunmuştur. MVP olgularında klinik olarak %16 oranında PB belirlenmiştir. Bu oran kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksekti. Psikopatolojik özelliklerin belirlenmesine yönelik olarak yapılan psikometrik incelemelerde de MVP olguları kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha fazla psikopatoloji gösteriyorlardı. Bu sonucumuz sağlıklı kontrol grubu seçilerek yapılan çalışmalarla uyumluluk gösteriyordu. Ancak kardiyak kontrol grupları oluşturularak yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda MVP ile kardiyak kontrol grupları arasında PB görülme oranı açısından farklılık bulunmamıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde; MVP'nun kardiyak kontrol gruplarıyla aynı oranda, sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı oranda yüksek PB yaygınlığı gösterdiği yorumu yapılabilir.

MVP ve PB grubunda gözlenen klinik belirtiler incelendiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Klinik belirtileri birbirine benzeyen bu iki tanı grubu arasında bu anlamda bir ilişkinin var olduğunu düşünürsek, bu iki grup olgudan elde edeceğimiz psikopatolojik bulgular arasında büyük bir benzerliğin olması gerekirdi. Ancak psikometrik incelemelerin sonuçları değerlendirildiğinde PB'da MVP'na göre istatistiksel olarak daha fazla psikopatoloji bulunmuştur. Bu sonuç değerlendirildiğinde, MVP'nun en az PB kadar klinik belirti gösterdiği, ancak psikopatoloji açısından PB'dan farklı olduğu yorumu yapılabilir.

MVP ve PB arasındaki ilişkinin diğer bir yönü de, PB olgularında MVP görülme sıklığıdır. Bizim çalışmamızda bu oran %12 olarak bulunmuştur. Bu olgularda MVP'nun varlığı ve MVP'nun prolapsus düzeyinin klinik belirtiler ve psikopatolojiyi etkilemediği görülmektedir. Böylece MVP varlığının PB alt grupları için biyolojik bir belirteç olarak düşünülmemeyeceği izlenimi edinilmiştir.

Bu olgulara yaklaşımda, nedensellik ilişkilerinin araştırılmasında tek bir bakış açısından yaklaşımın doğru olmadığı bildirilmektedir. Özellikle yaşam için önemli anlamı olan kalp gibi bir organda bozukluğa sahip olmak, kişinin ruhsal ve toplumsal yaşamını etkileyecektir. Ortaya çıkan bu sürecin psikofizyolojik düzenekler aracılığıyla MVP ya da benzeri biyolojik durumları etkilemesi kaçınılmazdır. Bu nedenle MVP olgularına yaklaşımda biyolojik, ruhsal ve toplumsal nedenlerin hepsini içeren bir biyopsikososyal bütüncül bir yaklaşımı uygulamak en doğrusu olacaktır.

Çalışmamızın tüm sonuçları değerlendirildiğinde; MVP ve PB'nun benzer yaş ve cins gruplarında görüldükleri, MVP'da PB yaygınlığının normal populasyondan fazla olduğu, en az PB kadar klinik belirti gösterdikleri, sağlıklı kontrol gruplarından daha fazla psikopatolojiye sahip oldukları, prolapsus düzeyinin psikopatoloji ve klinik belirtileri etkilemediği yorumu yapılabilir. Bu olguların Kardiyoloji ve Psikiyatri kliniklerince izlenmeleri sırasında bu sonuçların gözönüne alınması yararlı olabilir.

Gözden geçirilen çalışmalarda da elde edilen benzer ya da farklı sonuçlar MVP ve PB arasındaki ilişkinin araştırılmasına yönelik çalışmaların daha uzun yıllar süreceği izlenimini vermektedir. Ancak MVP ile PB arasındaki sınırları daha netleştirmek için, daha büyük örneklem gruplarında, kardiyak kontrol gruplarını da içeren, otonomik değişkenlerle, psikopatolojik değişkenleri birarada inceleyecek çalışmalara gereksinim vardır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Alpert MA, Mukerji V, Sabeti M ve ark.: Mitral valve prolapse, panic disorder, and chest pain. *Med Clin North Am* 1991; 75:5, 1119-1129.
2. Alpert MA, Sabeti M, Kushner MG ve ark.: Frequency of isolated panic attacks and panic disorder in patients with the mitral valve prolapse syndrome. *Am J Cardiol* 1992; 69, 1489-1490.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), fourth edition, APA, Washington DC, 1994.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) ,third edition, APA, Washington DC, 1980.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R), third edition revised , APA, Washington DC, 1987.
6. Appelbatt NH, Willis PW, Lenhart JA ve ark.: 10-40 year follow-up of 69 patients with systolic click with or without murmur. *Am J Cardiol* 1975; 35, 119-125.
7. Arfken CL, Lachman AS, McLKaren MJ ve ark.: Mitral valve prolapse: Associations with symptoms and anxiety. *Pediatrics* 1990; 85, 311-315.
8. Arık AC, Yılmaz Ö, Altıntop L ve ark.: Panik bozukluk ve mitral valv prolapsusu. *Düşünen Adam* 1998; 11:1, 16-18.
9. Arkonaç O, Gültekin N, Özer Ş ve ark.: Mitral valv prolapsuslu olgularda psikiyatrik bozukluklar. *Düşünen Adam* 1991; 4:1, 36-40.
10. Arkonaç O, Gültekin N, Özer Ş ve ark.: Panik bozukluk hastalarında mitral valv prolapsusu. *Düşünen Adam* 1989; 3, 7-12.
11. Atalay ND, Bayraktar E: Panik atağı ve panik bozukluğu. *Anksiyete Monografıları* 6 1995, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 225-254.
12. Atalay ND, Bayraktar E: Panik Bozukluk. *Ege Üniv. Tıp Fakültesi Yayınları*, Ankara, 1992, 123-128.
13. Barlow JB, Bosman CK, Pocock WA ve ark.: Late systolic murmurs and non-ejection systolic clicks: An analysis of 90 patients. *Br Heart J* 1968; 30, 203-211.
14. Barsky AJ, Cleary PD, Sarnie MK ve ark.: Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182, 63-71.



15. Bass C, Wade C: Chest pain with normal coronary arteries : a comparative study of psychiatric and social morbidity. *Psychol Med* 1984; 14,51-61.
16. Bass C: MVP and anxiety disorders : no longer an enigma. *Br J Psychiatry* 1984; 145, 447-448.
17. Bayraktar E, Atalay ND: Panik bozukluğu ve agorafobi, In *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt:1*, (eds: Güleç C, Köroğlu E), 1997, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 461-478.
18. Bayraktar E, Soydan I, Karaçam Öİ ve ark.: Panik, yaygın anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda mitral valv prolapsusu (MVP) prevalansı. *Ege Tıp Dergisi* 1993; 32, 129-132.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4, 561-571.
20. Belardi J, Lardani H, Sheldon W: MVA: follow-up study of 136 patients studied click with or without murmur. *Am J Cardiol* 1981; 42, 139-145.
21. Ben-Noun L: Mitral valve prolapse syndrome, panic disorder and agoraphobia. *The Practitioner* 1989; 223: 379-380.
22. Boudoulas H, Wooley CF: Mitral valve prolapse syndrome: neuroendocrinological aspects. *Herz* 1988; 13:4, 251-258.
23. Boudoulas H, Reynolds J, Mazzaferri E ve ark.: Metabolic studies in mitral valve prolapse syndrome. *Circulation* 1980; 61, 1200-1205.
24. Bowen RC, D'Arcy C, Orchard RC: The prevalence of anxiety disorders among patients with mitral valve prolapse syndrome and chest pain. *Psychosomatics* 1991; 32:4, 400-406.
25. Bowen RC, Orchard RC, Keegan DL: Mitral valve prolapse and psychiatric disorders. *Psychosomatics* 1985; 26:12, 926-932.
26. Braunwald E: Valvular heart disease, In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14<sup>th</sup> edition, Vol 1 (Eds: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher K ve ark.). Mc Graw Hill, New York, 1998; 1311-1323.
27. Carney RM, Freedland KE, Ludbrook PA ve ark.: Major depression, panic disorder and mitral valve prolapse in patients who complain of chest pain. *An J Med* 1990; 89, 757-760.
28. Casat CD, Ross BA, Scardina R ve ark.: Separation anxiety and MVP in 12-year old girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:3, 444-446.

29. Chan MP, Hibbert GA, Watkins J: MVP and anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1984; 145, 216.
30. Chandraratna PAN, Vlahovich G, Kong Y ve ark.: Incidence of mitral valve prolapse in 100 clinically stable newborn young girls: an echocardiographic study. *Am Heart J* 1979; 98, 312-314.
31. Coplan JD, Papp LA, King DL: Amelioration of mitral valve prolapse after treatment for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149, 1587-1588.
32. Crowe RC, Gaffney G, Kerber R: Panic attacks in families of patients with mitral valve prolapse. *J Affective Dis* 1982; 4, 121-125.
33. Crowe RR: Mitral valve prolapse and panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8:1, 63-71.
34. Çevik A: Psikosomatik Bozukluklar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996, 46-54.
35. Dager SA, Comess KA, Dunner DL: Differentiation of anxious patients by two dimensional echocardiographic evaluation of mitral valve. *Am J Psychiatry* 1986; 143:4, 533-535.
36. Dager SR, Cowley DS, Dunner DL: Biological markers in panic states: Lactate-induced panic and mitral valve prolapse. *Biol Psychiatry* 1987; 22:339-359.
37. Dager SR, Khan A, Corness KA ve ark.: Mitral valve abnormalities and catecholamine activity in anxious patients. *Psychiatr Res* 1987; 20, 13-18.
38. Dager SR, Saal AK, Comess KA ve ark.: Mitral valve prolapse and the anxiety disorders. *Hosp Com Psychiatry* 1988; 39:5, 517-531.
39. Dağ İ: Belirti tarama listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:1, 5-12.
40. Derogatis LR: SCL-90 Administration, Scoring, and Procedure Manual for the Revised Version. Baltimore, 1977.
41. Devereux RB, Kramer-Fox R, Shear MK ve ark.: Diagnosis and classification of severity of mitral valve prolapse: Methodologic, biologic and prognostic consideration. *Am Heart J* 1987; 11, 1265-1268.
42. Flannery JG, Szmulowicz J: Psychiatric implications of the mitral valve prolapse syndrome. *Can J Psychiatry* 1979; 24, 740-743.
43. Freyberger H: Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 28, 337-342.

44. Fyer AJ, Mannuzza S, Coplan JD: Panic disorders and agoraphobia, In Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI Vol 1 (Eds: Kaplan HI, Sadock BJ). Williams&Wilkins, Baltimore, 1995; 1191-1204.
45. Giannini AJ, Price WA, Loiselle RH: Prevalence of mitral valve prolapse in bipolar affective disorder. Am J Psychiatry 1984; 141, 991-992.
46. Goldberg R, Morris P, Christian F ve ark.: Panic disorder in cardiac outpatients. Psychosomatics 1990; 31, 168-173.
47. Gorman JM, Fyer AF, Gliklich J ve ark.: Effect of imipramine on prolapsed mitral-valve of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1981; 138, 977-978.
48. Gorman JM, Goetz RR, Fyer M ve ark.: The mitral valve prolapse – panic disorder connection. Psychosom Med 1988; 50, 114-122.
49. Grunhaus L, Gloger S, Birmacher B: Clomipramine treatment for panic attacks in patients with mitral valve prolapse. J Clin Psychiatry 1984; 45:25-27.
50. Grunhaus L, Gloger S, Rein A ve ark.: Mitral valve prolapse and panic attacks. Isr J Med Sci 1982; 18:221-223.
51. Gürkan SB: Aleksitiminin psikiyatri ve hipertansiyon hastalarında ve normal popülasyonda görülme sıklığı ve bunların bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 1995.
52. Hamada T, Koshino Y, Misawa T ve ark.: Mitral valve prolapse and autonomic function in panic disorder. Acta Psychiatr Scand 1998; 97:2, 139-143.
53. Hartman N, Kramer R, Brown WT ve ark.: Panic disorder in patients with mitral valve prolapse. Am J Psychiatry 1982; 139:5, 669-670.
54. Hickey AQJ, Andrews G, Wilcken DEL: Independence of mitral valve prolapse and neurosis. Br Heart J 1983; 50,333-336.
55. Hisli N: Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi 1988; 6, 118-126.
56. Hisli N: Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7, 3-13.
57. Johnson LG, Humphries LL, Shirley PB ve ark.: Mitral valve prolapse in patients with anorexia nervosa and bulimia. Arch Intern Med 1986; 146,1525-1528.

58. Joy E: Mitral valve prolapse in active patients: Recognition, treatment and exercise recommendations. *The Physician and Sports Medicine* 1996; 24:7, 1-6.
59. Kantor JS, Zitrin CM, Zeldis SM: Mitral valve prolapse syndrome in agoraphobic patients. *Am J Psychiatry* 1980; 137:4, 467-469.
60. Kaplan HI, Sadock BJ: Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, Baltimore, 1998, 594-602.
61. Katerndahl DA, Realini JP: Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry* 1993; 150, 246-249.
62. Katerndahl DA: Panic and prolapse: Meta analysis. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181, 539-544.
63. Katon W, Sullivan M, Clark M: Cardiovascular disorders, In *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI Vol 2* (Eds: Kaplan HI, Sadock BJ). Williams&Wilkins, Baltimore, 1995; 1491-1501
64. Klein DF, Gorman JM: Panic disorders and mitral valve prolapse. *J Clin Psychiatry Monograph* 1984; 2, 14-17.
65. Krakowski A: Panic disorder associated with mitral valve prolapse : Psychosomatic implications. *Psychother Psychosom* 1987; 47:211-218.
66. Leong KH, Tan ATH, Quek SSS: MVP : A review. *Ann Acad Med* 1988; 17:2, 275-279.
67. Liberthson R, Sheehan DV, King ME ve ark.: The prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorders. *Am J Psychiatry* 1986; 143, 511-515.
68. Margraf J, Ehlers A, Roth WT: MVP and panic disorder. *Psychosom Med* 1988; 50, 93-113.
69. Markiewicz W, Stoner J, London E ve ark.: MVP in 100 presumably healthy young females. *Circulation* 1976; 53, 464-473.
70. Matuzas W, Al-Sadir J, Uhlenhuth EH ve ark.: Correlates of mitral valve prolapse among patients with panic disorder. *Psychiatr Res* 1989; 28, 161-170.
71. Matuzas W, Al-Sadir J, Uhlenhuth EH ve ark.: Mitral valve prolapse and thyroid abnormalities in patients with panic attacks. *Am J Psychiatry* 1987; 144, 493-496.
72. Mavissakalian M, Salerni R, Thompson ME ve ark.: Mitral valve prolapse and agoraphobia. *Am J Psychiatry* 1983; 140, 1612-1614.

73. Mazza DL, Martin D, Spacavento L ve ark.: Prevalence of anxiety disorders in patients with mitral valve prolapse. *Am J Psychiatry* 1986; 143, 349-352.
74. McCroskery JH, Malloy TE, Lantinga LJ ve ark.: Mitral valve prolapse and neuroticism in chest pain patients with normal and diseased coronary arteries. *Int J Psychiatry in Med* 1991; 21:3, 233-244.
75. Mehta D, Menta S: Psychiatric symptoms and MVP. *Am J Psychiatry* 1978; 135:8, 1001-1002.
76. Meyers DG, Starke H, Pearson PH ve ark.: Mitral valve prolapse in anorexia nervosa. *Ann Int Med* 1986; 105, 384-386.
77. Min SK, Lee HY: No MVP in Korean patients with panic attacks. *Am J Psychiatry* 1986; 143:7, 943-944.
78. Morris A, Baker B, Devins GM ve ark.: Prevalence of panic disorder in cardiac outpatients. *Can J Psychiatry* 1997; 42, 185-190.
79. Nanda NC: Echocardiographic evaluation of mitral valve prolapse. *Indian Ped* 1982; 19, 45-51.
80. Neese R, Cameron O, Buda A ve ark.: Urinary catecholamines and MVP in panic-anxiety patients. *J Psychiatr Res* 1985; 14, 67-74.
81. Okyayüz ÜH: Toronto aleksitimi ölçeği ile Courtauld duygu kontrol ölçeğinin bir Türk örneklemeinde kullanılabilirlik koşullarının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4:1, 18-23.
82. Öner N, LeCompte A: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniv. Yayınları, İstanbul, 1982.
83. Özer Ş, Üner S, Arkonaç O ve ark.: Genelleşmiş anksiyete bozukluğunda mitral valv prolapsusu. *Düşünen Adam* 1991; 4: 49-52.
84. Özer Ş, Üner S, Arkonaç O ve ark.: Obsesif kompulsif bozuklukta mitral valv prolapsusu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1990; 27:1-4.
85. Özeren A, Türkoğlu C, Saygılı R: Low prevalence of mitral valve prolapse in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74:605-606.
86. Pariser SF, Jones BA, Pinta ER ve ark.: Panic attacks: Diagnostic evaluations of 17 patients. *Am J Psychiatry* 1979; 136:1, 105-106.
87. Pariser SF, Pinta ER, Jones BA: MVP syndrome and anxiety neurosis/ panic disorder. *Am J Psychiatry* 1978; 135:2, 246-247.

88. Pariser SF, Pinta ER, Jones BA: Psychiatric symptoms and MVP. *Am J Psychiatry* 1978; 135:8, 1002.
89. Raj A, Sheehan DV: Mitral valve prolapse and panic disorder. *Bull Meninger Clin* 1990; 54, 199-208.
90. Rubino IA, Grasso S, Sonnuno A ve ark.: Is alexithymia a non-neurotic personality dimension. *Br J Med Psychol* 1991; 64, 385-391.
91. Saarijarvi S, Salminen JK, Tamminen T ve ark.: Alexithymia in psychiatric consultation-liaison pateints. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15, 300-333.
92. Savage DD, Deveruex RB, Garrison RJ, ve ark.: MVP in general population. 1..Clinical features: The Framingham Study. *Am Heart J* 1983; 106:3, 577-581.
93. Savage DD, Garrison RJ, Deveruex RB ve ark.: MVP in general population: Epidemiologic features: The Framingham Study. *Am Heart J* 1983; 106:3, 571-576.
94. Sayar K, Göktepe E, Özkan M ve ark.: Mitral Valv Prolapsuslu (MVP) olgularda anksiyete ve depresyon prevalansı: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:4, 284-290.
95. Sevin BH: Mitral valve prolapse, panic states and anxiety. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10:1, 141-150.
96. Sevinçok L, Yüksel N, Çifter İ: Panik bozukluğu ve agarofobide tanı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3:2, 9-17.
97. Shah PM: Mitral valve prolapse ve mitral valve prolapse syndrome: What is the difference? *J Cardiol* 1990; 20, 3-19.
98. Shear MK, Deveruex RB, Kramer-Fox R ve ark.: Low prevalence of MVP in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141,302-303.
99. Sheehan DV, Bailenger J, Jacobsen G: Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37, 51-59.
100. Sifneos PE: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22, 255-262.
101. Sivaramakrishnan K, Alexander PJ, Saharsarnamam N: Prevalence of panic disorder in mitral valve prolapse: a comparative study with a cardiac control group. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89, 59-61.



102. Smith MS, Doroshov C, Wornack WM ve ark.: Symptomatic MVP in children and adolescents: Catecholamines, anxiety and biofeedback. *Pediatrics* 1989; 84:2, 290-295.
103. Smith V, Jiwany A, Treasure J: A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry* 1983; 34, 54-58.
104. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE ve ark.: *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California Consulting Psychologists Press 1970.
105. Stavrakakki C, Williams E, Boisjoli A ve ark.: MVP and psychiatric complications: A case report. *J Psychiatr Neurosci* 1991; 16:1, 45-49.
106. Styres KS: The phenomenon of dysautonomia and mitral valve prolapse. *J Am Acad Nurse Practitioners* 1994; 6:1, 11-15.
107. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: Criterion validity of alexithymia scale. *Psychosom Med* 1988; 50, 500-509.
108. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM: The revised TAS. *Psychother Psychosom* 1992; 57, 34-41.
109. Tegin B: Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, HÜ Psikoloji Bölümü, Ankara, 1980.
110. Tükel MR.: Panik bozukluklarında gelişim, klinik seyir ve panik atakları ile agorafobi ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3:2, 18-29.
111. Ursano RJ, Jones DR, Corcoran JFT: Mitral valve prolapse and psychiatric symptoms. *Am J Psychiatry* 1981; 138:2, 258-259.
112. Venkatesh A, Pauls DL, Crowe RC ve ark.: Mitral valve prolapse in anxiety neurosis (panic disorder). *Am Heart J* 1980; 100:3, 302-305.
113. Virmani R, Atkinson JB, Forman MB: The pathology of mitral valve prolapse. *Herz* 1988; 13:4, 215-226.
114. Wann LS, Cross CM, Wakefield RJ ve ark.: Diagnostic precision of echocardiography in mitral valve prolapse. *Am Heart J* 1985;109, 803-808.
115. Warth DC, King ME, Cohen JM ve ark.: Prevalence of mitral valve prolapse in normal children. *J Am Coll Cardiol* 1985; 5,1173-1177.
116. Watkins PC, Russell RO: Mitral valve prolapse syndrome 1990: Appropriate diagnosis is key to a happy patient. *Illustrated Medicine* 1990; 5:2, 1-16.



117. Weinstein G, Allen G, Ford CV: Anxiety and MVP syndrome. *J Clin Psychiatry* 1982; 43, 33-34.
118. Weissman NJ, Shear MK, Kramer-Fox R ve ark: Contrasting patterns of autonomic dysfunction in patients with mitral valve prolapse and panic attacks. *Am J Med* 1987; 82, 880-888.
119. Wooley CF: Where are the diseases of yesteryear?. *Circulation* 1976; 53, 749-751.





Soygeçmiş(aile öyküsü): :

Kişilik özellikleri:

Yakınmaların başlangıcında önemli yaşam olayı: VAR / YOK: (Varsa açıklayınız)

Yaşam olaylarıyla yakınmaların ilişkisi:

Yakınmaların nedeni hakkında ne düşünüyor, yorumu ne:

Ruhsal yakınmalar ne zaman başladı( tanı öncesi, sonrası):

Yakınmalar sonrasında yaşamında değişiklikler:

(Genel sorunlar ya da yakınmalarla ilişkili)

İş yaşamında:

Eş ve çocuklarla:

Sosyal ilişkilerinde:

Cinsel yaşamında:

Okul yaşamında:

### **FİZİK MUAYENE BULGULARI:**

TA: Nbz:

EKO: MVP VAR..... (prolapsus düzeyini belirtiniz)

YOK:.....

EKO Bulguları:

KONSULTASYON :.....

## BÖLÜM- II:

### RUHSAL BAKI:

Genel

görünüm.....

- .....
1. Yapı : 1.normal 2.kaşektik 3.obes
2. Görüşmeye yönelik tutum: 1.olumlu 2.olumsuz 3.çekimser 4. negativizm
3. Bilinç : 1.açık 2.uykuya eğilimli 3.konfüze 4.yarı koma  
5.koma
4. Yönelim : 1.normal 2.zaman bozuk 3.yer bozuk 4.kişi bozuk  
5.kendi bozuk
5. Dikkat : 1.normal 2.artmış 3.spontan azalmış  
4.iradi azalmış
6. Bellek : 1.normal 2.yakın bellek bozuk 3.uzak bellek bozuk  
4.diğer
7. Konuşma : 1.normal 2.yavaş-alçak sesle 3.hızlı-yüksek sesle  
4.dağınık
- 5.mutizm 6.diğer
8. Düşünce akışı: 1.normal 2.yavaşlamış 3.hızlanmış 4.fikir  
uçuşması
- 5.blok 6.dağınık 7.neologizm 8.stereotipi  
9.ekolali 10.klang çağrışım
9. Düşünce içeriği : Var Yok
- 1.Depresif düşünce ( ) ( )
- a.ilgi,istek,enerji azalması ( ) ( )
- b.çaresizlik, umutsuzluk ( ) ( )
- c.suçluluk ( ) ( )
- d.yetersizlik, değersizlik ( ) ( )
- e.kendini cezalandırma ( ) ( )
- f.özkiyım düşüncesi ( ) ( )
- g.bedensel yakınmalar ( ) ( )
- 2.Obsesyonel düşünce ( ) ( )
- 3.Fobi ( ) ( )
- 4.Sanrı ( ) ( )
- a.Tipi: 1.sistemli 2.sistemsiz 3.egodistonik 4.egosintonik
- 5.Duygu durumuna uygun 6.duygu durumuna uygunsuz
- b.Çeşidi: 1.Kötülük görme 2.Küçüklük 3.Büyükük 4.Nihilistik  
5.Etkilenme 6.Etkileme 7.Yönetilme 8.Erotomanik  
9.somatik 10.alınma 11.diğer
- 10.Algılama : 1.normal 2.varsanı işitsel 3.varsanı görsel  
4.varsanı taktil 5.yanılsama görsel 6.yanılsama işitsel  
7.derealizasyon 8.depersonalizasyon
- 11.Zeka : 1.normal 2.düşük 3.zeka bölümü.....

12.Duygulanım:		Var		Yok
1.Çökkün		( )		( )
2.Taşkın		( )		( )
3.Bunaltı		( )		( )
4.Tekdüze-sığ		( )		( )
5.Uygunsuz		( )		( )
6.irritabilite		( )		( )
7.anhedoni		( )		( )
13.Soyut düşünme yetisi:		1.normal	2.bozuk	
14.Yargılama:		1.normal	2.bozuk	
15.Psikomotor işlevler				
a.Uyku	1.normal	2.azalmış	3.artmış	4.ritm bozukluğu
b.İştah	1.normal	2.azalmış	3.artmış	
c.Libido	1.normal	2.azalmış	3.artmış	
16.Devinimler:	1.normal	2.azalmış	3.artmış	4.dezorganize
	5.katatonik	6.stereotipi	7.ekopraksi	8.manyerizm
	9.kompulsiyon	10.diğer		

Verilen Ölçekler :

BECK DÖ ( )  
ALEKSİTİMİ ( )

SPIELBERGER ANK Ö ( )  
SCL 90 R ( )

PSİKİYATRİK TANI:

- 1.Eksen:.....  
2.Eksen:.....  
3.eksen:.....  
4.eksen:.....  
5.eksen:.....

ÖNERİLEN SAĞALTIM:.....

İZLEM:

### **BÖLÜM- III:**

## **Panik bozukluk belirtilerinin değerlendirilmesi**

### **Hastada bulunan belirtilerin yanına işaret koyunuz**

- 1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- 2. Terleme
- 3. Titreme ya da sarsılma
- 4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyuları
- 5. Soluğun kesilmesi
- 6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- 7. Bulantı ya da karın ağrısı
- 8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- 9. Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon  
(benliğinden ayrılmış olma)
- 10. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11. Ölüm korkusu
- 12. Pareteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları)
- 13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

## 8.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz

Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa herbirini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
1 Gelecek hakkında karamsarım.  
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve bana sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.  
3 Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.  
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3 Her şeyden sıkılıyorum.



- 5- 0 Kendimi herhangi bir şekilde 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 Kendi halimden pek memnun değilim.  
2 Kendime çok kızıyorum.  
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1 Zayıf yanlarım ve hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
2 Kendimi öldürmek isterdim.  
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2 Çoğu zaman ağlıyorum.  
3 Eskiden ağlıyabilirdim, şimdi istesem de ağlıyamıyorum.
- 10- 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2 Şimdi hep sinirliyim.  
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 11- 0 Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.  
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.  
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 12- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.  
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.  
1 Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2 Görüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum  
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.  
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2 Yaptığım her şey beni yoruyor.  
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 17- 0 İştahım her zamanki gibi.  
1 İştahım eskisi kadar iyi değil  
2 İştahım çok azaldı.  
3 Artık hiç iştahım yok.
- 18- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.  
1 İki kilodan fazla kilo verdim.  
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.  
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünemiyorum.
- 20- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.  
1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.  
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.  
1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.  
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

### 8.3. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

#### 8.3.1. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1)

Adı Soyadı:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1-Şu anda sakinim	( )	( )	( )	( )
2-Kendimi emniyette hissediyorum	( )	( )	( )	( )
3-Şu anda sinirlerim gergin	( )	( )	( )	( )
4-Pişmanlık duygusu içindeyim	( )	( )	( )	( )
5-Şu anda huzur içindeyim	( )	( )	( )	( )
6-Şu anda hiç keyfim yok	( )	( )	( )	( )
7-Başıma geleceklerden endişe ediyorum	( )	( )	( )	( )
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	( )	( )	( )	( )
9-Şu anda kaygılıyım	( )	( )	( )	( )
10-Kendimi rahat hissediyorum	( )	( )	( )	( )
11-Kendime güvenim var	( )	( )	( )	( )
12-Şu anda asabım bozuk	( )	( )	( )	( )
13-Çok sinirliyim	( )	( )	( )	( )
14-Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	( )	( )	( )	( )
15-Kendimi rahattlamış hissediyorum	( )	( )	( )	( )
16-Şu anda halimden memnunum	( )	( )	( )	( )
17-Şu anda endişeliyim	( )	( )	( )	( )
18-Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	( )	( )	( )	( )
19-Şu anda sevinçliyim	( )	( )	( )	( )
20-Şu anda keyfim yerinde	( )	( )	( )	( )

### 8.3.2. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2)

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir.Her ifadeyi okuyun, sonra da genellikle nasıl hissettiğinizi, herhangibir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin.Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman	Bazan zaman	Çok zaman	Her zaman
21-Genellikle keyfim yerindedir	( )	( )	( )	( )
22-Genellikle çabuk yorulurum	( )	( )	( )	( )
23-Genellikle kolay ağlarım	( )	( )	( )	( )
24-Başkaları kadar mutlu olmak isterim	( )	( )	( )	( )
25-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	( )	( )	( )	( )
26-Kendimi dinlenmiş hissedirim	( )	( )	( )	( )
27-Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	( )	( )	( )	( )
28-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	( )	( )	( )	( )
29-Önemsiz şeyler için edişelenirim.	( )	( )	( )	( )
30-Genellikle mutluyum	( )	( )	( )	( )
31-Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim	( )	( )	( )	( )
32-Genellikle kendimegüvenim yoktur	( )	( )	( )	( )
33-Genellikle kendimi emniyette hissederim	( )	( )	( )	( )
34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	( )	( )	( )	( )
35-Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	( )	( )	( )	( )
36-Genellikle hayatımdan memnunum	( )	( )	( )	( )
37-Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	( )	( )	( )	( )
38-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	( )	( )	( )	( )
39-Aklı başında ve kararlı bir insanım	( )	( )	( )	( )
40-Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	( )	( )	( )	( )

#### 8.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygun ise EVET'in altındaki parantezin içine X koyunuz. Uygun değilse HAYIR'ın altındaki parantezin içine X koyunuz.

	EVET	HAYIR
1- Ağladığımda, beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.	( )	( )
2- Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.	( )	( )
3- Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.	( )	( )
4- Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem.	( )	( )
5- Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.	( )	( )
6- Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.	( )	( )
7- Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.	( )	( )
8- Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur.	( )	( )
9- Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.	( )	( )
10-Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki; doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar	( )	( )
11-Benim için, yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez; nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim.	( )	( )
12-Duygularımı kolayca anlatabilirim.	( )	( )
13-Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan çok; onların nereden kaynaklandığı üzerine düşünmeyi tercih ederim.	( )	( )
14-Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilemem.	( )	( )
15-Hayal gücümü bolca kullanırım.	( )	( )

	EVET	HAYIR
16-Yapacak başka bir şeyim olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.	( )	( )
17-Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur.	( )	( )
18-Pek hayal kurmam.	( )	( )
19-Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok işlerin olurluna bırakmayı tercih ederim.	( )	( )
20-Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	( )	( )
21-İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.	( )	( )
22-İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur.	( )	( )
23-Tanıdıklarım, duygularımdan daha çok söz etmemi isterler.	( )	( )
24-İnsan, olayların derinine inmelidir.	( )	( )
25-İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.	( )	( )
26-Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam.	( )	( )



7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
9. Olayları hatırlamada zorluk ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
11. Kolayca gücenip rahatsız olma hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
13. Caddelerde ya da açık alanlarda korku hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
14. Enerjinizde azalma ya da yavaşlama hali ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
15. Hayatınıza son verme düşünceleri ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
16. Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
17. Titreme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
18. Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
19. İştah azalması ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
20. Kolayca ağlama ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
21. Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ve rahatsızlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
26. Olaylar için kendini suçlama ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
27. Bel ve sırtta ağrılar ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
28. İşlerin yapılmasını erteleme duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

- 29.Yalnızlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 30.Karamsarlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 31.Herşey için çok fazla endişe duyma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 32.Herşeye karşı ilgisizlik hali ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 33.Korku hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 34.Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 35.Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 36.Başkalarının sizi anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 37.Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 38.İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 39.Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 40.Bunaltı yada midede rahatsızlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 41.Kendini başkalarından aşağı görme duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 42.Adele (kas) ağrıları ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 43.Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 44.Uykuya dalmada güçlük ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 45.Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 46.Karar vermede güçlük ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 47.Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 48.Nefes almada güçlük ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 49.Sıcak-soğuk basmaları ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 50.Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ev

- durumlardan kaçınma hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 51.Hiçbir şey düşünmeme hali ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 52.Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma,  
karıncalanma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 53.Boğazınıza bir yumruk tıkanması ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 54.Gelecek konusunda ümitsizlik hali ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 55.Düşüncelerinizi toparlamada güçlük ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 56.Bedeninizin çeşitli kısımlarında  
zayıflık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 57.Gerginlik ya da coşku hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 58.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 59.Ölüm ya da ölmeyi düşünme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 60.Aşırı yemek yeme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 61.İnsanlar size baktığı yada hakkınızda  
konuştuğu zaman huzursuz olma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 62.Size ait olmayan düşünceler sahip  
olma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 63.Bir başkasına vurma, yaralama, zarar  
verme isteği ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 64.Sabahları çok erken saatte uyanma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 65.Yıkanma, sayı sayma, dokunma gibi  
bazı hareketleri tekrarlama ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 66.Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 67.Bazı şeyleri kırıp dökme isteği ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 68.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği  
inanç ve düşüncelerinizin oluşu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 69.Başkalarının yanında kendini çok  
sıkılğan hissetme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 70.Pazar yeri, sinema gibi kalabalık  
yerlerde rahatsızlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 71.Herşeyin bir yük gibi görünmesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 72.Dehşet ve panik nöbetleri ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

- 73.Topluluk içinde yiyip içerken  
huzursuzluk hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 74.Sık sık münakaşa etme ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 75.Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 76.Başkalarının sizi başarılarınız için  
yeterince takdir etmediği duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 77.Başkaları ile birlikte olduğunuz  
durumlarda dahi yalnızlık hissi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 78.Yerinde duramayacak ölçüde  
rahatsızlık duyma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 79.Kendinizi değersiz hissetme duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 80.Size kötü bir şey olacakmış duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 81.Bağırma ya da eşyaları fırlatma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 82.Topluluk içinde bayılacağınız korkusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 83.Eğer fırsat vererseniz insanların  
sizden yararlanacağı duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 84.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız  
eden düşüncelere sahip olma ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 85.Günahlarınızdan dolayı  
cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 86.Korkutucu türden düşünce ve hayaller ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 87.Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık  
olduğu düşüncesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 88.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık  
duymama ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 89.Suçluluk duygusu ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 90.Aklınızda bir bozukluk olduğu  
düşüncesi ( ) ( ) ( ) ( ) ( )