

164612

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA VE BİRİNCİ DERECE  
YAKINLARINDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE PANİK  
AGORAFOBİ SPEKTRUMU**

**Dr. Hüseyin BULUT**

**UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Berna ULUĞ**

**ANKARA  
2005**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında kendisinden her konuda çok şey öğrendiğim değerli hocamız Prof. Dr. Ahmet Göğüş'ü rahmetle anıyorum.

Bu çalışmanın yapılmasının her aşamasında bana destek ve yol gösterici olan tez danışmanım Prof. Dr. Berna Uluğ'a teşekkür ederim. Servis ve poliklinik eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım, Prof. Dr. Aylin Uluşahin, Prof. Dr. Kâzım Yazıcı, Doç. Dr. Murat Rezaki, Doç. Dr. Başaran Demir, Doç. Dr. Suzan Özer, Doç. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu, Yrd. Doç. Dr. Aygün Ertuğrul'a teşekkür ederim.

Tezimin istatistik çalışmaları sırasında bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Elif Kabakçı ve Halk Sağlığı Bölümü'nden Dr. Gökhan Telatar'a teşekkür ederim.

Tez aşaması sırasında katkılarından dolayı bana yardımcı olan Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nden Dr. Elif Onur'a teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince, uyumlu bir çalışma ortamı sağladıkları için tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tüm eğitim ve çalışma hayatım boyunca her türlü desteklerini gördüğüm, yetişmemde büyük katkıları bulunan ailem ve özverileri nedeniyle tüm sevdiklerime teşekkür ederim.

## ÖZET

Bulut H. Panik Bozukluğu Hastalarında ve Birinci Derece Yakınlarında Anksiyete Duyarlılığı ve Panik-Agorafobi Spektrumu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi. Ankara, 2005.

Panik bozukluğu olan hastalarda ve bu hastaların birinci derece yakınlarında anksiyete duyarlılığı ve panik-agorafobi spektrumu araştırmak için HÜTF Psikiyatri Polikliniği'nde belirli bir tarih aralığında panik bozukluğu tanısı konulan veya bu tanı ile izlenmekte olan 80 hasta ile bu hastaların birinci derece yakınları (çalışmamızda 80 hasta kardeşi) klinik değerlendirme sonrası çalışma kapsamına alınmışlardır. Hastalara sosyo-demografik bilgi formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Anksiyete Duyarlılık Ölçeği (ADÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Panik-Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB); kardeşlerine ise sosyo-demografik bilgi formu, SCID-I, ADÖ, DSKÖ, BDÖ, PASÖ-YB uygulanmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, hastaların ADÖ ve PASÖ-YB puanlarının, kardeşlerinin puanlarından, istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Ayrıca hastalar PASÖ-YB bütün alt boyutlarında kardeşlerden anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ( $p=0,000$ ). Hasta ve kardeşlerinin DSKÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır. BDÖ puanı kovaryant olarak analize alındığında anksiyete duyarlılığı ve panik-agorafobi spektrumu belirtilerini gösterme açısından farklılık kaybolmamaktadır. Sonuç olarak bu çalışmada anksiyete duyarlılığı hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ve sadece hastalar panik-agorafobi spektrumu belirtileri göstermektedirler.

**Anahtar kelimeler:** panik bozukluğu, anksiyete, panik-agorafobi spektrumu, depresyon

## ABSTRACT

Bulut H. Anxiety Sensitivity And Panic- Agoraphobic Spectrum In Patients with Panic Disorder and Their First Degree Relatives. Hacettepe University, Faculty of Medicine, Thesis in Psychiatry. Ankara, 2005.

The aim of the study was to investigate anxiety sensitivity and panic agoraphobic spectrum in patients with panic disorder and their first degree relatives. Eighty patients who were on follow-up or recently diagnosed as panic disorder in a determined time interval in Hacettepe University Faculty of Medicine Psychiatry Department and their first degree relatives (80 siblings) were included after clinical evaluation. The patients were assessed with Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Anxiety Sensitivity Index (ASI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI), Panic- Agoraphobic Scale (PAS) and Lifetime Panic- Agoraphobic Spectrum Self Report (PAS-SR lifetime) and their siblings are assessed with SCID-I, ASI, STAI, BDI, and PAS-SR lifetime. ASI and PAS-SR lifetime scores of patients were significantly higher when compared with their siblings ( $p=0,000$ ). Patients had significantly higher scores also in all subdimensions of PAS-SR lifetime ( $p=0,000$ ). There was no statistical difference between STAI scores of two groups. Inclusion of BDI scores in covariant analysis has made no change in the difference among study groups in level of anxiety sensitivity and degree of panic agoraphobic spectrum. As a conclusion, in this study, the patients were found to have high levels of anxiety sensitivity and showed of the panic agoraphobic symptoms.

**Key words:** Panic disorder, anxiety, panic-agoraphobic spectrum, depression

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa No:

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vi
<b>KISALTMALAR</b> .....	vii
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	viii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
Genel Bilgiler ve Konunun Önemi.....	1
Tarihçe .....	2
Epidemiyoloji .....	4
Tanım .....	5
Panik Bozukluğunun Başlangıcı, Gidişi ve Sonlanması .....	6
Panik bozukluğunda Ek tanımlı Durumlar .....	8
Ruhsal Bozukluklarda Spektrum Kavramı .....	10
Panik-Agorafobik Spektrum Kavramı .....	11
<b>2. AMAÇ</b> .....	19
Araştırmanın Amacı.....	19
Araştırma Hipotezleri.....	19
<b>3. YÖNTEM VE ARAÇLAR</b> .....	20
Araştırmanın Örnekleme ve Evreni .....	20
Araştırma Deseni .....	20
Deneklerin Seçimi .....	20
Uygulama.....	21
Araştırmada Kullanılan Araçlar .....	21
Verilerin değerlendirilmesi ve İstatistikler .....	26
<b>4. BULGULAR</b> .....	27
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	34

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>38</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>40</b>
<b>EKLER</b>	



## KISALTMALAR

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition

DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition,  
Revised

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

ICD-10: International Classification of Diseases

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders

BDI (BDÖ): Beck Depression Inventory (Beck Depresyon Ölçeği)

ASI (ADÖ): Anxiety Sensitivity Index (Anksiyete Duyarlılık Ölçeği)

STAI (DSKÖ): State Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği)

PAS (PAÖ): Panic Agoraphobic Scale (Panik Agorafobi Ölçeği)

SCI-PAS: The Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum

PAS-SR Lifetime (PASÖ-YB): Panic-Agoraphobic Spectrum-Self Report Lifetime  
(Panik Agorafobik Spektrum Ölçeği-Yaşamboyu)

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ECA: Epidemiologic Catchment Area

ROC: Receiver Operating Characteristics

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 4.1.</b>	Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	27
<b>Tablo 4.2.</b>	Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerinin Klinik Özellikleri .....	28
<b>Tablo 4.3.</b>	Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Panik Bozukluğu Türü .....	29
<b>Tablo 4.4.</b>	Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Psikiyatrik Ek Tanı .....	29
<b>Tablo 4.5.</b>	Panik Bozukluğu Olan Hastaların Kardeşlerinde Bulunan Psikiyatrik Hastalık .....	30
<b>Tablo 4.6.</b>	Panik Bozukluğu Olan Hastaların Panik Bozukluğu İçin Kullandıkları İlaçlar .....	31
<b>Tablo 4.7..</b>	Panik Bozukluğu Olan Hastaların Kardeşlerinin Kullandıkları İlaçlar .....	31
<b>Tablo 4.8.</b>	Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerin ADÖ ve DSKÖ'den Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Sapmalarının Dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.9..</b>	Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerin PASÖ-YB Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Sapmalarının Dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.10.</b>	Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerin PASÖ-YB Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Sapmalarının Dağılımı .....	33



## 1. GİRİŞ

### 1.1. GENEL BİLGİLER VE KONUNUN ÖNEMİ

Panik bozukluğu ilk kez 1980 yılında DSM-III'de tanımlanmış olan bir bozukluktur. Tanımlanmasıyla birlikte geniş ilgi ve merak uyandırmış, çok sayıda araştırmaya yol açmıştır. Öncelikle bu bozukluğun fenomenolojisi araştırılmıştır. Bu bozukluğa ait belirtiler kümesinin sınırları, söz konusu bozukluğun diğer hastalıklarla örtüşen ya da ayrılan özellikleri; ek tanı/bedensel hastalıklar gibi yönleri seksenli ve doksanlı yıllarda çalışılmıştır. İlerleyen yıllarda panik bozukluğunun değişik yanlarını ölçebilecek farklı ölçekler geliştirilmiştir.

Çoğu klinisyen için panik bozukluğu fenomenolojik olarak iyi bilinen, kolayca tanı konulan bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Panik bozukluğu hastalarıyla daha yoğun olarak uğraşanlar, hastalarda yüksek ek tanı oranlarının saptandığını, bozukluğun tekrarlayan özelliğinin olduğunu, tam düzelme oranlarının az olduğunu vurgulamaktadırlar. Yakın tarihlerde bozukluğun heterojen olabileceği, klinik gidişi pek çok faktörün etkilediği konuları gündeme gelmiştir.

Panik bozukluğu hastalarının anksiyete düzeyleri, normal popülasyona göre yüksektir. Benzer olarak, yapılan çalışmalarda panik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında da (örneğin kardeşlerde) anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Panik bozukluğu hastalarında ve yakınlarındaki anksiyete duyarlılığı literatürde tartışılan ve çalışılan bir konudur.

Anksiyete duyarlılığı, anksiyete ile ilişkili belirtilerin zararlı sonuçları olduğuna dair inançlardan kaynaklanan bu belirtilere karşı duyulan korkudur. Genel kaygı belirtilerine yatkınlık olarak bilinen sürekli anksiyetenin aksine, anksiyete duyarlılığı bu belirtilere karşı duyulan korku ile karakterizedir (Reiss, 1991). Anksiyete duyarlılığının, anksiyete tepkilerini artırdığı, böylece hoş olmayan uyaranlara karşı korku koşullanmasını kolaylaştırdığı düşünülmekte ve anksiyete duyarlılığının, anksiyete bozukluklarının ve özellikle panik bozukluğunun gelişimi için bir risk etkeni olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle, anksiyete duyarlılığının

panik oluşumunun gerekli bir elemanı olduğuna inanılmaktadır. Kişi, duyumları, gerçekte olduklarından daha tehlikeli olarak ve yakında meydana gelecek kötü bir olayın belirtisi olarak yorumladığında, panik atakların ortaya çıkacağı belirtilmektedir (mesela kalp çarpıntısı, kalp krizinin işareti olarak algılandığında). Bununla birlikte anksiyete duyarlılığı teorisini geliştirenler, teoriyi paniğin bilişsel modeli ile karşılaştırırlar. Anksiyete duyarlılığının, duyumların yakındaki bir felaketin işaretleri olduğuna dair yanlış bir yorum olmayıp, anksiyete duyumlarının korkusu olduğu gerçeğini vurgularlar (McNally, 1994).

İlk kez obsesif-kompulsif bozukluk ve şizofrenik bozukluk için düşünülen spektral ruhsal bozukluklar kavramı panik bozukluk çalışmalarına da etki etmiştir. Yakın zamanlarda bir panik-agorafobi spektrumu ve bu spektral belirtileri ölçen bir ölçek geliştirilmiştir (Cassano, 1998; Cassano, 1997). DSM-IV panik atağı/bozukluğu ve agorafobi belirtilerinin dışında kalan görece daha hafif şiddette, hatta bazıları huy ya da kişilik özelliği gibi görülebilecek bazı belirtiler bu spektrumda tanımlanmaktadır.

## 1.2. TARİHÇE

Panik bozukluğu konusundaki çalışmalar yaklaşık 100 yıldan daha uzun bir süre boyunca tıbbi ve psikolojik açılardan ayrı ayrı yürütülmüştür. Panik bozukluğunun tarihçesi, anksiyete ve kardiyovasküler bozuklukların arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir süreç ile başlamaktadır. Ancak son yirmi yıl içinde, ayrı bir ruhsal hastalık olarak tanımlanmıştır.

Myers, 1070 yılında panik bozukluğu belirtilerinin eşlik ettiği tabloyu tanımlarken 'asker kalbi' deyimini kullanmıştır. Da Costa, 1871 yılında, çarpıntı, baş dönmesi, nefes darlığı, gastrointestinal rahatsızlık ve anksiyete belirtilerinden oluşan tabloyu tanımlamış ve 'irritabl kalp hastalığı' adını vermiştir. William Osler, 1905 yılında, nefes darlığı, çarpıntı ve sinirlilik yakınmaları olan hastaları tanımlarken, 'kalp nevrozu' terimini kullanmıştır (Atalay ve ark., 1992).

1917 yılında, göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş ağrısı, çarpıntı, terleme, sarsıntı hissi, irritabilite, elde ve ayakta soğukluk belirtilerinden oluşan tabloya 'efor sendromu' ismini vermiştir. 1918 yılında, Oppenheimer ve arkadaşları aynı tablo için, 'nöromüsküler asteni' tanımını yapmış, birkaç yıl sonra Mac Kenzie bu tür kardiyak belirtileri 'savaş nevrozu' olarak tanımlamıştır.

Culpin, 1910 yılında, efor sendromu ile anksiyete ve fobiler arasındaki ilişkiye dikkati çekmiş ve tedavide altta yatan ruhsal problemin çözülmesi gerekliliğini belirleyen ilk kişi olmuştur. 1930'ların sonlarına doğru kardiyak nevroz tanımı literatürde yerini almaya başlamıştır. 1938 yılında Soley ve Schooch, asker kalbinin tüm belirtilerine respiratuvar alkalozis ile sonuçlanan hiperventilasyonun eşlik ettiğini belirtmiştir (Katon, 1991).

Panik alanındaki psikolojik araştırmalar anksiyete ataklarını ayrıntılarıyla anlatan ve bunların duygusal bir temeli olduğunu fark eden Domrich tarafından 1849 yılında başlatılmıştır. Melankoli ve anksiyete atakları arasındaki ilişkiyi ilk kez Maudsley 1879'da tanımlamış; ancak Freud'a dek bu ataklar nevrasteni kavramı içinde yer almıştır (Angst, 1998).

1960'ların başlarında Roth 'fobik-anksiyete depersonalizasyon' sendromunu tanımlayarak, Klein ise panik atakları ve agorafobisi olanlarda imipramin tedavisi ile akut panik atakların ve ayrılık anksiyetesinin azaldığını kanıtlayarak panik bozukluğun tedavisinde modern psikofarmakolojik yaklaşımı gündeme getirmişlerdir (Katon, 1991).

DSM III'de panik bozukluğu, anksiyete bozuklukları grubunun anksiyete nevrozları alt başlığında yer almaktaydı. Panikle birlikte agorafobi ve panik olmaksızın agorafobi alt kategorileri olup, hastalığın bilişsel yönleri tanıda pek ağırlık taşımamaktaydı (American Psychiatric Association, 1980). DSM-III-R'de panik bozukluğa agorafobiden daha fazla ağırlık verilmiştir. Agorafobi olmaksızın panik bozukluk kategorisi yer almış ve belirti sayısı 13'e yükseltilmiştir (American Psychiatric Association, 1987). 1994 yılında DSM 4'te panik bozukluğun tanı ölçütlerinde bir parça değişme olmuş ve özellikle atak sayısı ile ilgili kısıtlama azaltılmış, bilişsel belirtiler ön plana çıkartılmıştır. Ayrıca panik atakların başka

hastalıklarda da ortaya çıkabileceği üzerinde durulmuş ve panik bozukluğunun farklı bir klinik durum olduğu belirtilmiştir (American Psychiatric Association, 1987).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırma sistemi ICD 10'da panik bozukluğu 'nevrotik stresle ilgili somatoform bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır. ICD-10 agorafobiyi panik bozukluğundan bağımsız olarak değerlendirmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1992).

### 1.3. EPİDEMİYOLOJİ

Panik atakları ve panik bozukluğu toplumda sık görülen bir durumdur. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansının %1.5-3.8 arasında değişmekte olup ortalamasının %2.7 olduğu, yineleyici panik atağı prevalansının ise bundan 3 kat fazla %3.6-9.9 arasında değişmek üzere ortalama %7.05 olduğu bildirilmiştir (Angst, 1998).

Panik bozukluğu ve agorafobi ile ilgili en ayrıntılı ve kapsamlı ilk epidemiyolojik veriler Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasından sağlanmıştır. Bu çalışmada DSM-III tanı ölçütleri kullanılmış ve panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %3.5, panik bozukluğu olmadan agorafobi prevalansı %6.7 olarak saptanmıştır. Bozukluğun başlangıç yaşının 15-25 ve 45-54 yaşlarında bimodal dağılım gösterdiği bildirilmiştir (Horwath ve ark., 2000).

Klinik çalışmalarda saf agorafobinin oldukça nadir görüldüğü belirtilmesine rağmen, toplum çalışmalarında yaygın olduğu bildirilmiştir. Toplum çalışmalarında, panik atağı olmaksızın agorafobi oranı %29-85 olarak bildirilirken, klinik çalışmalarda bu oranlar yaklaşık %31 olarak verilmektedir.

Panik bozukluğunun kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görüldüğü epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Yaş dağılımı bimodal olup, kadınlarda 35-44, erkeklerde ise 15-24 yaşlarında pik yapmıştır.

#### 1.4. TANIM

Anksiyete bozukluklarının tanımlanmasına DSM-II ile başlanmakla birlikte panik bozukluğunun özgül tanı ölçütleri DSM-III'de yer almıştır (American Psychiatric Association, 1980). Ancak DSM-III'de tanı ölçütleri bir komite tarafından belirlenmiştir. Aranson ve arkadaşları (1988), tanı ölçütleri ile ilgili objektif tanımlayıcı çalışmaların olmadığını belirterek, panik atağının ve panik bozukluğunun fenomenolojisini sistematik olarak değerlendirmişler ve DSM-III panik bozukluğu ve panik atağı ile birlikte agorafobi tanısı almış kişilerde panik atağının fenomenolojisini tanımlayıcı 36 belirtiyi sorgulamışlardır (Aranson ve ark., 1988). Bu sorular panik atağının DSM-III ölçütlerinin yanı sıra hastalar tarafından atak sırasında sıklıkla bildirilen diyare, abdominal ağrı, bulantı gibi diğer belirtileri de kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Çalışmanın sonunda, DSM-III tanı ölçütleri arasında yer alan boğulma, parestezi, göğüs ağrısı belirtilerinin sık olmadığı görülmüş, panik atağın kreşendo tarzı gelişimi vurgulanmış ve atak sonrası derealizasyon, yorgunluk yakınmalarının bildirildiğine dikkat çekilmiştir. DSM-III-R için 'spontan' terimi yerine beklenmedik tanımı önerilmiştir. Sınırlı belirtili ataklar ilk kez DSM-III-R ile birlikte gündeme gelmiştir (American Psychiatric Association, 1987).

Panik atağın belirti yapısını inceleyen çalışmalarda geniş oranda kardiyorespiratuvar olaylar, baş dönmesi ve bilişsel belirti kümeleri vurgulanmıştır. Ayrıca psikolojik belirtilerin ölüm korkusu dışında (ölüm korkusu solunumsal distress ile ilişkilendirilmiştir) psikolojik etkenlerle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bilişsel belirtiler, fiziksel belirtilerden bağımsız olabiliyorsa, panik atağının da 'korkusuz' olabileceği (korkusuz panik atakları) öne sürülmüştür.

DSM-IV ile birlikte panik bozukluğunun tanı ölçütlerinde bir parça değişme gözlenmektedir. Özellikle atak sayısı ile ilgili kısıtlama azaltılarak, bunun yerine hastalığın bilişsel belirti kümesi daha ön plana çıkartılmaktadır. Ayrıca panik ataklarının başka hastalıklarda da ortaya çıkabileceğine dikkat çekilerek panik bozukluğunun panik ataklardan farklı bir klinik durum olduğu vurgulanmaktadır.

## 1.5. PANİK BOZUKLUĞUNUN BAŞLANGICI, GİDİŞİ VE SONLANIŞI

Panik bozukluğu alevlenmeler ve remisyonlarla (düzelme) seyreden, süregelen bir gidiş göstermektedir. Panik bozukluğu ergenliğin sonları ve erişkinliğin başında olmak üzere her yaşta başlayabilir. Panik bozukluğu ölçütlerinin henüz tam olarak karşılanmadığı bir prodrom döneminin var olduğu kabul edilmektedir. Bu dönemde fobiler, depersonalizasyon, uyku bozuklukları, hipokondriazis gibi psikiyatrik belirtilerin yanı sıra, nefes alma problemleri, atipik göğüs ağrıları, baş ağrısı, migren, görme bulanıklığı, baş dönmesi gibi bir dizi bedensel belirtiler görülebilmektedir.

Panik agorafobik belirtiler öncesinde genellikle bir yakınının ölümü, eşinden ayrılma, kişiler arası ilişkilerde çatışma gibi sıkıntı verici yaşam olayları görülmektedir. Çoğunlukla bu tür yaşam olaylarını izleyen birkaç gün, birkaç hafta içinde belirtiler ani olarak gelişmektedir (Aranson ve ark., 1988). Panik bozukluğu tanısı alanlarda bir yıl önceki yaşam olaylarını araştıran bir çalışmada, hastaların %38'i'nin ilişki problemi yaşadığı, %9'u'nun bir yakınına kaybettiği, %16's'nın hastalık, kaza veya fiziksel yaralanma nedeniyle yaşamını kaybetme tehlikesi ile karşılaştığı gösterilmiştir (Katon, 1984).

Panik atağı sırasında kardiyovasküler belirtilerin ön planda hissedilmesi nedeniyle hastalar bir kalp krizi geçirebilecekleri korkusuyla sık olarak ilk başvuruyu acil servislere ya da kardiyoloji polikliniklerine yaparlar (Weiller ve ark., 1998). Katon ve arkadaşları(1984), psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirilen panik bozukluğu hastalarının %89'unda bir ya da iki somatik belirtinin, tablonun başlangıcına eşlik ettiğini ve hastaların yanlış tanı aldıklarını belirtmişlerdir. En yaygın görülen belirtiler ise, kardiyak, gastrointestinal (özellikle epigastrik rahatsızlık) ve nörolojik belirtiler (baş ağrısı, baş dönmesi, senkop, parastezi) olarak bildirilmiştir (Katon, 1984).

Agorafobi, ICD-10'da agorafobi ile birlikte panik atağı ve panik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu farklılığa rağmen panik bozukluğu tanısı alanların yaklaşık üçte biri ile yarısında agorafobinin de olduğu bilinmektedir. Klinik çalışmalarda ise bu oranlar daha yüksektir. Panik bozukluğunda agorafobinin

gelişimiyle ilgili olarak hastalığın şiddeti, hastalığın süresi, atakların farklı belirti profili gibi etkenlere dayanan bazı hipotezler ileri sürülmüştür. Ama hastalığın şiddeti ve süresinin agorafobinin gelişimi için ön belirleyici olmadığı bildirilmiştir. Panik bozukluğunun başlangıç yaşının erken (örneğin 25 yaşın altı) olduğu olgularda, geç yaşta başlayanlara oranla daha fazla fobik belirtiler görüldüğü bilinmektedir. Son dönemde yapılan bir çalışmada, panik bozukluğunda agorafobi gelişiminin düz bir seyir göstermediği, çeşitli etkenlerden etkilendiği belirtilmiştir. Başlangıç yaşının erken olması, panik atak sırasındaki sıcak basması, ürperme belirtileri ve özgül kognisyonların bulunması (aklını kaybetme korkusu) agorafobinin gelişimini arttırırken, göğüste ağrı ve rahatsızlık hissinin agorafobi için koruyucu önem taşıdığı bildirilmiştir (Langs ve ark., 2000).

Panik bozukluğunun gidişi ve tedavisi üzerine yapılan retrospektif çalışmalarda yüksek süregenlik oranları bildirilmişken, prospektif çalışmalarda remisyon (düzelme) oranları %10-43 arasında değişmektedir. Zürih çalışması ile panik atakların ve panik bozukluğunun seyri hem retrospektif hem de prospektif olarak değerlendirilmiş; retrospektif olarak değerlendirmede panik bozukluğu olanlarda %40 kronik gidiş görüldüğü bildirilmiştir. Prospektif değerlendirmede ise panik bozukluğunda anksiyete %26'sında artmış, %36'sında düzelmiştir. Düzelme gösterenler, kötüleşme bildirenlerden fazla bulunmuştur (Angst, 1998).

Panik bozukluğu gidişi, 1. ve 2. eksen bozukluklarıyla birlikte daha karışık bir hale gelebilir. Gidişi etkileyen en önemli faktör major depresyondur. Panik bozukluğu-depresyon ek tanısı olanlarda bozukluk daha erken yaşta başlamakta ve daha uzun süreli olmaktadır (Keller ve ark., 1993). Depresyonla ek tanılı olan panik bozukluğu ile depresyonu olmayanların karşılaştırıldığı izlem çalışmalarında, iş ve aile ilişkileri için yeti yitiminin ek tanısı olanlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (Albus ve ark., 1993).

Panik bozukluğu, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. ECA çalışması ile panik bozukluğunun yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili önemli veriler elde edilmiştir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık, psikososyal işlevler ve maddi konularda bağımlılık alanlarında değerlendirilmiş, panik bozukluğu ve major depresyonun yaşam kalitesini benzer oranlarda etkilediği bildirilmiştir (Massion ve

ark., 1993; Mendelowicz ve ark., 2000). Ek tanılı major depresyonun bulunması, ileri yaş, eğitim düzeyinin düşük olması gibi etkenlerin yaşam kalitesinde bozulmayla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Hollifield ve ark., 1997).

## 1.6. PANİK BOZUKLUĞUNDA EK TANILI DURUMLAR

Panik bozukluğuna eşlik eden genel tıbbi durum bozukluklarında ayırıcı tanı yapmak güç olabilmektedir. Özellikle mitral kapak prolapsusu, hipertansiyon ve kardiyomyopatiler panik bozukluğu hastalarında oldukça sık görülmektedir (Davies ve ark., 1999). Hipertansiyon hastaları araştırıldığında, bu grupta yaşam boyu panik atağı sıklığı (%35-39) ve yaşam boyu panik bozukluğu sıklığının (%13) normallerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Zaubler ve ark., 1996). Kardiyak hastalık ek tanısının yüksek olmasının, panik hastalarında saptanan bazı otonom sinir sistemi düzensizliklerinden kaynaklandığı sanılmaktadır.

Bunların dışında panik bozukluğu hastalarında kronik obstrüktif akciğer hastalığı, irritabl barsak sendromu ve migren ile anlamlı ek tanı saptanmaktadır (Davies ve ark., 1999). En sık görülen ek tanılı ruhsal hastalık major depresyondur. Panik bozukluğunda yapılan araştırmaların gözden geçirilmesi, hastalarda yaşam boyu en az bir major depresyon epizodu geçirme oranının %50-65 olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan, major depresyon tanısı alan hastaların %10-59'u aynı zamanda panik bozukluğu ölçütlerine de uymaktadır. İki hastalığın birlikteliğinin neden yüksek olduğuna henüz kesin bir yanıt verilememekle birlikte, panik atakları ve buna ikincil gelişen agorafobinin yarattığı demoralizasyonun önemli olduğu belirtilmiştir (Baldwin, 1998).

Panik bozukluğu-depresyon ek tanısının gündelik klinik uygulamalar açısından önemi, yarattığı ek sorunlardır. Çalışmalara göre, panik bozukluğu-depresyon birlikteliğinde var olan ruhsal belirtilerin şiddeti daha fazla olmakta, belirtiler daha uzun sürmekte, rol işlevleri daha fazla bozulmakta, hastaların yardım arama davranışı artmakta, bu durumların tedavisi güçleşmekte ve belki de en



önemlisi intihar oranları yükselmektedir (Baldwin, 1998; Dunner, 2001; Ağargün, 1996).

Yakın zamanlarda dikkati çeken bir ek tanı durumu bipolar bozukluğu-anksiyete bozukluğu arasındadır. Bipolar hastalarda yaşam boyu panik bozukluğu prevalansının %20.8 gibi yüksek oranlara vardığı, bipolar ailelerinde panik bozukluğunun da kalıtıldığı bildirilmiş olup, bu iki hastalık arasında da özel bir ilişki (ek tanıli panik bozukluğunun, bipolar bozukluğun genetik bir alt tipi olduğu) bulunduğu sanılmaktadır (Chen ve ark., 1995; MacKinnon ve ark., 2002; Rotondo ve ark., 2002). Panik bozukluğuna eklenmiş olan bir başka anksiyete bozukluğu tabloları klinikte sık karşılaşılan bir durumdur. Basit fobi, sosyal fobi ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu panik bozukluğu hastalarında en sık belirlenen anksiyete bozukluklarıdır. Panik hastalarında diğer anksiyete bozukluklarına ait ek tanı oranları genelleşmiş anksiyete bozukluğu için %23-35, basit fobide %16-33, sosyal fobide %0-49, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) için %8-28, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğunda ise %7 olarak bildirilmiştir (Dunner, 2001; Hoffart ve ark., 1994; Vasile ve ark., 1997).

Panik bozukluğunda kişilik bozukluklarının varlığı oldukça fazla araştırılmıştır. Çalışmalar benzer sonuçlar vermiştir. Panik bozukluğunda C kümesi kişilik bozuklukları oldukça yaygındır. Kaçınan kişilik bozukluğu %21-32, bağımlı kişilik bozukluğu %11-18, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu %15-16, histiriyonik kişilik bozukluğu %5-14, sınır kişilik bozukluğu %8-9 ve herhangi bir C kümesi kişilik bozukluğu olması durumu %42 oranlarında saptanmaktadır (Hoffart ve ark., 1994; Vasile ve ark., 1997).

Panik-agorafobi spektrumu belirtilerinin araştırılması, yukarıda aktarılan ek tanı durumlarının daha iyi anlaşılması ve tanımlanmasında yardımcı olabilir. Bu konuların panik-agorafobi spektrumu açısından çalışılmasına başlanmıştır. Örneğin, uygulanan kişiler arası terapiye, PASÖ-YB (panik-agorafobik spektrum ölçeği-yaşam boyu) ölçeğinde yüksek puan alan major depresyonlu hastalar, puanları düşük olan hastalardan daha az oranda yanıt vermişler ve eklenen antidepresanlara yanıtları da daha geç olarak ortaya çıkmıştır (Ellen ve ark., 2000).

## 1.7. RUHSAL BOZUKLUKLARDA SPEKTRUM KAVRAMI

DSM-IV ve ICD-10, ruhsal bozuklukların daha nesnel, güvenli ve geçerli bir biçimde kategorik olarak sınıflandırılmasını sağlamaktadır. Bu tanısal sistemlerde, ruhsal bozuklukların sınırları çok net olarak çizilmekte ve böylelikle yanlış pozitif tanılar önlenmesi amaçlanmaktadır. Böylesi kategorik yaklaşımlar doğal olarak bazı kısıtlılıkları da beraberinde getirmektedir (Holland, 1998).

Klinik uygulamada bu tanısal sistemler, hastayı değerlendirme anında en belirgin olan belirtileri dikkate almaktadır. Belirtiler geçmişte olduğunda ya da göze çarpmayan derecede olduklarında bir tanı ölçütü olarak dikkate alınmamaktadır. Bu tanı sistemleri mental bozuklukların özgül biyolojik belirleyicileri veya saf genetik fenotiplerini izole etmekte de yetersiz kalmaktadır. Başlangıçta sadece bir hastalığa özgü olarak tanımlanan özgül belirleyicilerin, zamanla diğer mental bozukluklarda da görülebileceği anlaşılabilmektedir (Holland, 1998).

Söz konusu tanı sistemleri çoğu kez 1. eksen bozukluklarının subsendromal biçimlerini de kapsamamaktadır (örneğin minör depresyon veya sınırlı belirtili panik nöbetleri gibi). Bozuklukların arasındaki keskin sınırlar bir yandan da yapay bir ek tanı oluşturmaktadır. DSM sistemindeki 1. ve 2. eksen tanıları arasındaki yapay bölünme, tanımlanan sendromun çekirdek belirtileriyle ilişkili olabilen başka mental bozuklukları, kişilik özelliklerini ve davranış şekillerini saptamakta yetersiz kalınmasına yol açmaktadır. Yine DSM-III-R ve DSM-IV'de mental bozuklukların hafif formları (az sayıda belirti içerenler) ki, bunlar belirgin derecede işlevsel bozulma ile ilişkili olmasına rağmen başka türlü adlandırılmayan kategorisi içinde yer almaktadır (Holland, 1998). Panik-agorafobi spektrumu kavramını oluşturan Cassano ve arkadaşları (1997) bu kısıtlılıklarla ilgili olarak, araştırmalarda fenotip ayırımının daha iyi yapılması gerektiğini, psikiyatrik bozuklukları anlamamıza yardımcı olabilecek olan patofizyolojik mekanizmaların ancak bu fenotiplerin tanımlanması ile (yatkinlik oluşturan özellik ya da hastalık) anlaşılacağını ve fenotiplerin değerlendireceği alanın tüm psikopatolojik fenomenleri içermesi gerektiğinden bugünkü sendromal tanı ölçütlerinden daha geniş olması gerektiği düşüncesini savunmaktadır (Cassano ve ark., 1997; Farnk ve ark., 1998; Cassano ve ark., 1999).

Spektrum terimi, daha önce birbiri ile ilişkili görünen belirti kümelerini ve birbiri ile bağlantılı sendromları tanımlamada kullanılmıştır. Şizofreni spektrumu, obsesif kompulsif spektrum, bipolar spektrumu tanımlanmışsa da spektrum kavramı her birinde farklı anlamlar taşıyabilmektedir. Panik-agorafobi spektrumu kavramı, geniş fenotiplerin yanı sıra güncel tanımlayıcı psikiyatriyi içermekte olup, DSM-IV, ICD-10'daki çekirdek yapılar, bunlarla ilişkili belirtiler ve davranışlar tümüyle dahil edilmiştir. Başka deyişle DSM-IV'deki çekirdek belirtilerle sınırlı değildir. Bunların yanı sıra popülasyonda yaygın olduğu bilinen atipik belirtileri de içermektedir. DSM-IV ile 1. eksen bozukluklarından ayrılan kişisel özellikler de spektrum kavramının içinde ele alınmaktadır. Yani spektral tanım, kategorik tanımdan çok daha geniş bir belirtiyi içermektedir (Cassano ve ark., 1997).

Spektrum belirtileri ve davranışları (örneğin, panik-agorafobi spektrumu), ilgili major mental bozukluğun (örneğin, panik bozukluğu) erken başlangıçlı biçimi, prodromal belirtileri olabilir. Ya da major sendromun kalıntısı olabilirler. Bunun yanı sıra spektrum belirtileri süreklilik gösteren eşik altı sendrom da olabilir. Bunların her biri hastalığın gidişinde önemlidir. Israrlı, erken başlangıçlı bu subklinik belirtiler tam oluşmuş sendrom oluşturmasa da uyum sorunlarına yol açabilmekte ve psikopatolojilerin ortaya çıkmasıyla sonuçlanabilmektedir (Cassano ve ark., 1997; Cassano ve ark., 1999). Örneğin, panik atakları daha sonra depresyon, agorafobi, madde kullanımının ortaya çıkmasına temel olabilmektedir.

## **1.8. PANİK-AGORAFOBİ SPEKTRUMU KAVRAMI**

Kısaca özetlemek gerekirse, spektrum kavramı;

1. Ruhsal bozukluklarla ilişkili çekirdek, atipik ya da subklinik belirtileri,
2. Çekirdek belirtilerle ilişkili olan davranış kümelerini,
3. Mizaç ve kişilik özelliklerini içerir.

Panik-agorafobi spektrumun kapsadığı psikopatolojiler sekiz değişik alanda klinik görünüm içerir.

1. Ayrılık duyarlılığı (seperation sensitivity)
2. Panik benzeri belirtiler (panic like symptoms)
3. Stres duyarlılığı (stress sensitivity)
4. İlaç ve madde duyarlılığı (substance and medication sensitivity)
5. Anksiyeteli bekleyiş, beklenti anksiyetesi (Anxious expectation)
6. Agorafobi (agoraphobia)
7. Hastalık fobisi ve hipokondriyazis (illness phobia and hypochondriasis)
8. Sakinleşmeye yönelim, güvence duyarlılığı (reassurance orientation)

### **1.8.1. AYRILIK DUYARLILIĞI**

Klein'in panik bozukluğu üzerine olan etiyolojik kökenli teorisi, ayrılık duyarlılığına merkezi bir rol atfeder (American Psychiatric association, 1994). Klein, ayrılık duyarlılığının panik ataklarının ilk hali olduğunu öne sürmüştür (Klein ve ark., 1985). Yetişkin agorafobik kişilerin çocuklukta ayrılık duyarlılığı belirtileri sergilediğine dair kanıtlar vardır (Laraia ve ark., 1994). Bir çalışma, çocukluk ayrılık duyarlılığı ile yetişkin panik bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür (Manicavasagar ve ark., 1998). Panik bozukluğu olan yetişkin hastalar, çoğunlukla hayatlarının bir döneminde ayrılık duyarlılığı belirtileri sergilemektedir. Bu belirtiler, yetişkinlikte yalnız uyunduğunda ya da evden uzakta uyunduğunda huzursuzluk ya da tatil veya iş için evden ayrılmakta isteksizlik şeklinde kendini gösterebilir. Yetişkin hastalar, aile üyelerine zarar gelebileceğinden endişelenebilirler. Panik bozukluğu olan birçok hasta ayrılığa duyarlıdır ve bazen bir kayıp öğrendiklerinde ya da kendilerine veya onlar için önemli olan bir insana zarar veren bir olay olduğunda dramatik tepkiler verirler. Bazı panik bozukluğu hastaları, güçlü ve güvenilir görünen diğerlerini çok çekici bulurlar. Bir arkadaşla ya da bağlı oldukları kişiyle alışılmıştan daha yakın, duygusal olarak derin ilişkiler geliştirebilirler.

## 1.8.2. PANİK BENZERİ BELİRTİLER

Tekrarlayan ve beklenmedik panik ataklar, DSM-IV panik bozukluğunun esas özelliğidir. Panik ataklar, 13 somatik ve bilişsel belirtiden 4 veya daha fazlasının eşlik ettiği ani şiddetli korku veya endişe olayları ile tanımlanır. Bu somatik belirtiler, panik ataklarının esas niteliğidir ve sıklıkla hastanın şikayetlerinin kaynağıdır. Panik bozukluklu hastaların yaklaşık %10 ile %40'ı korku olmaksızın oluşan panik ataklar bildirirler. Sadece fiziksel belirtilerle tanımlanan dönemler (çarpıntı, ışık çarpması, göğüs sıkışması, terleme ya da titreme gibi) literatürde 'non-fearful panic disorder' (Kushner ve ark., 1984), 'alexithymic panic' (Jones, 1984), 'masked panic' (Rosebaum, 1987), 'noncognitive panic' (Norton ve ark., 1988) ya da 'near panic attack' (Fyer ve ark., 1989) olarak adlandırılmıştır. Bunların araştırılması, bu belirtilerin panik atağa benzer olduklarını göstermiştir (Kushner ve ark., 1990). Mesela, korkunun yokluğu tanıyı güçleştirebilir. 'nonfearful panic disorder', spektrum stratejisi kullanılarak kolaylıkla tanımlanabilir. Bu strateji, sadece fiziksel belirtileri olan panik bozukluğu hastalarının tanımlanmasını gözden kaçırdığı durumlarda faydalı olabilir. Hastalar yanlış tanı ile panik bozukluğu yerine, somatoform hastalıklar ya da sadece bedensel yakınmaları nedeniyle (kardiyak ya da nörolojik hastalıklar gibi) tedavi ediliyor olabilirler. 1-3 arası somatik belirtinin tek başına ya da korku veya endişe ile ilişkili olarak oluşması 'limited-symptom panic' (sınırlı belirtili panik) olarak tanımlanır. DSM-IV, sınırlı belirtili atakların panik bozukluğu olan kişilerde çok sık rastlanır olduğunu belirtir, fakat 'full panic attack' (tam panik atak)'ların daha yüksek kayıp ile ilişkili olduğunu da ekler. Uzmanlar, bunun tam olarak doğru olmadığını ve sınırlı belirtilerin hastalığın gidişini önemli ölçüde etkileyebileceğini ileri sürmektedir. Yine uzmanlar, sınırlı belirtili panik atağın, yoğun ve korkutucu şekilde yaşanabileceğini, otonomik ve nörolojik belirtilerle olursa, önemli fobilerin gelişmesine sebep olabileceğini bildirmektedirler. Yapılan çalışmalar da, bu gibi eşik altı belirtilerin önemli bozukluklarla ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Yaygınlığı onaylanmış da olsa, sınırlı belirtili ataklar, DSM-IV kriter belirtilerine dahil değildirler.

Sınırlı panik belirtiler, ayırıcı tanı açısından bir problem teşkil edebilir ve bir spektrum yaklaşımı klinik görünümü aydınlatmada yararlı olabilir. Örneğin, Linzer

72 hastadan oluşan bir serinin %15'inde panik bozukluğunun senkop nöbetleriyle (postural duruşun ve bilincin geçici kaybı gibi) ilişkili olduğunu bildirmiştir (Linzer ve ark., 1992). Nokturnal panik ataklar, yanlış tanı konularak uyku apne hastalığı, gece terörü ya da uyku paralizi sanılabilirler (Craske, 1989). Panik ataklar paralizi, bozuk koordinasyon ya da ciddi gastrointestinal şikayetler gibi dramatik belirtilerle birlikte olduğunda ya da bu belirtilerle maskelendiğinde Briquet's sendromu yanlış tanısı mümkündür (Orenstein, 1989; Roth ve ark., 1992). Diğer panik spektrum belirtileriyle ilgili bu belirtilerin varlığı bunların panik bozukluk ile ilişkilerini doğrulamaya yardımcı eder.

Cassano, panik bozukluğunda sık görülen atipik belirtiler üzerine odaklanmıştır. Bu belirtiler, panik bozukluğu olan hastalarda yaygın görülen belirtilerdir. Bu belirtiler, tam panik atakların varlığında meydana gelebilir, ya da ender olarak paniğin ana kritik belirtisini oluşturuyor olabilir. Meydana geldiklerinde, kendilerini sınırlıyor olabilirler ya da gelecekteki bir olayın prodromali ya da tam panik atakların arta kalan belirtileri olabilirler. Kriterlerde yer almamış bu panik benzeri belirtiler, agorafobik tabloyu sürdürebilir ya da kötüleştirebilir. Bazı hastalarda, tanınmamış atipik belirtiler endişeli, bağımlı, çekingen kişilik gelişimini açıklayabilir. Sonuçta yanlışlıkla kişilik bozukluğu tanısı konabilir. Atipik panik belirtileri olarak şunlar sayılabilir:

- a. Konfüzyon ya da donuklaşma hissetmek,
- b. Yönelim bozukluğu hissetmek,
- c. Bacaklarının pelteleştiğini ya da bir sünger üzerinde yürüdüğünü hissetmek,
- d. Bacaklarını odun gibi hissetmek,
- e. Sis, açık deniz manzarası, ya da kar manzarası gibi nedenlerle görüş bulanıklaştığında sinirlilik ya da rahatsızlık hissetmek,
- f. Davranışlarının kontrolünü kaybettiğini hissetmek,
- g. Karanlık nedeniyle sinirlilik ya da rahatsızlık hissetmek,
- h. Sanki bedeninde ya da beyninde bir şeylerin bozuk olduğunu hissetmek

### **1.8.3. STRES DUYARLILIĞI**

Panik bozukluğu hastaları strese duyarlıdırlar (Roth ve ark., 1992). Hastalar, panik belirtilerinin günlük problemlerin yarattığı hafif stresin etkileri sonrasında meydana geldiğini bildirmektedirler. Panik bozukluğu olan hastaların bir kısmı kendilerini korumak için, arkadaşlarından ve yakınlarından, kendilerini problemlerden ve belalardan korumalarını isterler ya da kötü haber vermekten kaçınmalarını söylerler.

### **1.8.4. İLAÇ VE MADDE DUYARLILIĞI**

Panik bozukluğu olan hastaların bedensel duyumlara daha hassas oldukları bilinmektedir. Tek doz ilaç (McCann ve ark., 1992), düşük dozda antidepresan (Nutt ve ark., 1992), tiroid hormonu ya da bir fincan kafeinli kahve panik atağı tetikleyebilir. Bu hastalar ilacın kesilmesine de duyarlıdırlar. Spektrum değerlendirmesi, bu duyarlılığı derecelendirmek için bir yol sağlamaktadır. Panik bozukluğu olan hastaların yan etkiler ve kontrendikasyonlar konusunda uyarıldıklarından tam olarak emin olabilmek için prospektüsleri dikkatli bir şekilde okumalarının gözlenmesi gibi diğer daha az olan belirtiler de spektrum değerlendirmesinde derecelendirilmektedir. Potansiyel tehlikeleri fark edenler ilaçları almayı istemeyebilir. Bazıları da yan etkilere karşı düşük toleranslı oldukları için, devamlı sakinleştirme olmaksızın ilaç almaya isteksizdirler. Bazı hastalarda ilaçlara karşı hassasiyet, tüm ilaçlara karşı alerjik oldukları gibi bir fikre yol açabilir. Bazıları, psikotropik ilaçların kişiliklerini değiştirebileceğinden ya da kalıcı beyin hasarına sebep olabileceğinden çekinirler. Uzmanlar, psikoaktif ilaç almaktan kaçınmanın ya da buna karşı çıkmanın, panik agorafobi spektrumunun bir belirtisi olduğunu kabul etmektedirler.

### **1.8.5. ANKSİYETELİ BEKLEYİŞ, BEKLENTİ ANKSİYETESİ**

Anksiyeteli bekleyiş, ana başlığı DSM tanı kriterlerinin bir parçası olan beklenti anksiyetesi belirtilerini içerir. Beklenti anksiyetesi, panik atak meydana

gelebileceği andişesini tanımlar. Bu tip anksiyete, kişinin panik atak getireceğini beklediği durumlardan sakınmasına sebep olabilir. Ya da paniklemiş kişinin kapana sıkışmış ya da sınırlanmış gibi hissedeceği durumlardan genel olarak kaçınmasına sebep olabilir. Bununla ilişkili sürekli olan anksiyete tipi bazen 'alarm state' olarak isimlendirilir.

### 1.8.6. AGORAFOBİ

Agorafobi, güvensizlik hissi ile ilişkili stereotipik bir kaçınma davranışı şeklindedir. Çoğu hastada bu his, olası bir panikle ilişkilidir. Agorafobik belirtiler, kişinin kaçışın zor ya da utandırıcı olduğu kanaatine vardığı, ya da yardımın mümkün olmadığını düşündüğü durumlarda meydana gelen korku ya da kaçınma olarak tariflenir. Tipik agorafobik durumlar, evde yalnız kalmak, halk meydanında ya da alışveriş merkezinde bulunmak, asansöre binmek, metro, otobüs ya da diğer halk taşıtlarıyla seyahat etmek, bir tünel ya da köprüden geçmek ya da kalabalık yerlerde bulunmaktır. Böyle durumlarda hasta kendini panik atak olursa oluşabilecek kötü sonuçlardan korumak için sakınır. Bunun doğrudan etkisi beklenti anksiyetesini azaltmaktır. Kaçınma, anlık sıkıntıyı azaltıyor gibi görünse de panik ataklarının sıklığını ve şiddetini nadiren azaltır. Çalışmalar göstermektedir ki, daha şiddetli agorafobisi olan hastaların tedavileri daha zor ve hastalığın tekrarı daha olasıdır. Bu belirtiler klinik olarak önemlidir.

Daha atipik agorafobik durumlar da vardır. Mesela, nefes almaya engel bir şeylerin (emniyet kemeri, kravat, balıkçı yaka kazak ya da takılar gibi) olduğunu düşünmek, hava kirliliğini düşünmek (havasız ortam, sis, duman gibi), ya da hap yutarken boğulma korkusu.

Bu belirtiler, panik bozukluğu hastalarında Klein tarafından ortaya konulan, boğulma alarm mekanizmasının düzenlenişinin bozulmasıyla ilişkili olabilir. Diğer fobiler, yıldırım, şimşek, şiddetli rüzgar, sel, deprem gibi doğadan korkma durumlarıdır. Panik bozukluğu hastaları, doğal felaketlerin yaygın olarak oluştukları



yerleri araştırırlar (sismik riski yüksek olan, depremlerin meydana geldiği bölgeler gibi) ve buralara seyahat etmekten kaçınırlar.

Panik hastaları ikincil bir sosyal fobi geliştirebilirler ve bu durum, panik atağın tanımlanabilen tek belirtisi olabilir. Kişiler, paniğin halk arasında meydana gelmesi halinde utanmaktan korkabilirler. Alternatif olarak halk arasında bulunmak, normal sınırnın ötesinde bir korku ile belirti veren panik atağı tetikleyebilir. Mevcut fobik anksiyete, kişinin sosyal ve iş ilişkilerinde hafiften şiddetliye kadar değişen kaçınmaya sebep olabilir. Bu gibi belirtiler primer sosyal fobiden kolaylıkla ayırt edilemediği için, panik agorafobi spektrumu değerlendirmesi, bazı sosyal fobik belirtilerin panik bozukluğunun ikincil belirtisi olarak adlandırılmasına yardımcı olabilir. Bu ayırıcı tanı önemlidir; çünkü panik bozukluğu sosyal fobiden farklı bir tedavi yolu gerektirir.

### **1.8.7. HASTALIK FOBİSİ VE HİPOKONDRIYAZİS**

Hipokondriyak düşünce ve hastalık fobisi panik bozukluğu olan hastaların iyi bilinen bir alt grubunda görülür. Oysaki bu belirtiler, genellikle standart değerlendirme süreçlerinin dışında bırakılmıştır. Hipokondriyazis için somatizasyon bozukluğu ya da obsesif-kompulsif bozukluk ayırıcı tanıları vardır. Bilişsel davranışçı araştırmalar bedensel duyu korkusunun panik bozukluklu hastaların bir özelliği olduğunu göstermektedir. Bu hastalar, genellikle somatik bir duyumun ciddi ve ölümcül bir hastalığı işaret ettiğinden endişelenirler. Kalp çarpıntısı, kalp krizinin bir işareti sayılabilir. Baş ağrısı, bir beyin tümörünün belirtisi olabilir ve nefes kesilmesi, solunum yetmezliğinin bir göstergesi olarak algılanabilir. Hastalık fobisi olan panik hastalar sağlıkla ilgili bir tehditi tetikleyebilecek aktivitelerden kaçınmaya çalışırlar. Tıbbi bir hikaye okumaktan ya da tıbbi bir konu hakkında bir konuşma dinlemekten kaçınırlar. Bu kişilerin çoğu laboratuvar testleri ya da diğer tetkikler yapılırken sıkıntı hissederler. Çünkü testin istenmeyen bir sonuç vereceğini ya da bir komplikasyonu olacağını beklerler. Spektrum değerlendirmesi bu belirtilerin kapsamını derecelendirmeyi sağlamaktadır.

### 1.8.8. SAKINLEŖMEYE YÖNELİM, GÜVENCE DUYARLILIĞI

Önceden tahmin edilemeyen panik ataklarının neden olduğu bir güvensizlik hissi ve kendilerini koruma kapasiteleri hakkındaki güvensizlik duygusu eğilimi, panik bozukluğu olan hastaları ailelerinden, arkadaşlarından, komşularından ve doktorlardan yardım istemeye yöneltir. Bazı insanlar koruyucu figürlerle sakinleştirildiklerinde sıkıntıdan o anda kurtulurlar. Diğerleri ise kesin objeler varlığında sadece rahat ederler. Güvence arayışı, panik-agorafobi spektrum belirtilerine sahip olan hastanın en belirgin kişilik özelliği haline gelebilir. Hastaların sakinleşmeye verdikleri cevap derecesi onların yardım arayışlarını artırabilir. Yardım istedikçe ve sakinleştikçe buna daha çok bağımlı hale gelirler. Bazı hastalar, bu çok aranılan sakinleşmeyi sağlayabilmek için belirtilerini dramatize etme yoluna başvururlar. Sonuç olarak bu hastalar, 'nörotik ya da 'histerik' olarak adlandırılabilirler ve bağımlı, histerik, narsisistik kişilik sahibi olmalarıyla tanımlanabilirler. Bazı hastalar, ihtiyaç duydukları yardımı elde edebilmek için belirtilerini abartabilirler ve bu belirtilerini dramatize edebilirler. Diğer insanları ne kadar acı çektiklerine inandırabilmek için rol yapmayı genellikle kabul ederler. Böyle hastalar hastane girişı için tekrarlayan başvurularda bulunabilirler ya da gereksiz tıbbi tetkikler için ısrar edebilirler. Bir şişe su, güneş gözlükleri, şapkalar, anksiyolitikler veya iyi şans muskaları gibi nesnelere koruyucu gücü hakkında sihirsel fikirler geliştirebilirler.

## **2. AMAÇ**

### **2.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada, panik bozukluğu olan hastaların ve birinci derece yakınlarının anksiyete duyarlılığının ve panik-agorafobi spektrumu belirtilerinin araştırılması planlanmıştır.

Çalışma sonuçlarının, hasta ve birinci derece yakınlarındaki anksiyete duyarlılığına, özellikle panik-agorafobi spektrum kavramı ile ilgili olarak hastaların birinci derece yakınlarında (kardeşlerde) bu spektrum belirtilerinin olup olmadığı konusuna ışık tutabileceği, böylece hasta yakınlarının panik bozukluğa yatkınlığı açısından klinisyenlere faydalı olabileceği düşünülmektedir.

### **2.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ**

1. Panik bozukluğu hastalarındaki anksiyete düzeyi, birinci derece yakınlarından daha yüksektir.
2. Panik bozukluğu hastalarının durumluk-sürekli kaygı düzeyleri, birinci derece yakınlarından daha yüksektir.
3. Panik bozukluğu hastaları, birinci derece yakınlarına göre daha fazla panik-agorafobi spektrumu belirtileri gösterirler.
4. PASÖ-YB (panik agorafobik spektrum ölçeği- yaşam boyu) alt boyutları açısından hasta ve kardeşler arasında fark vardır.
5. Hasta ve yakınlarının anksiyete ve PASÖ-YB puanları, depresyon kontrol edildiğinde farklılaşır.

### **3. YÖNTEM VE ARAÇLAR**

#### **3.1. Araştırmanın Örnekleme ve Evreni**

HÜTF Psikiyatri Polikliniği'nde belirli bir tarih aralığında panik bozukluğu tanısı konulan veya bu tanı ile izlenmekte olan 80 hasta ile bu hastaların birinci derece yakınları (çalışmamızda 80 hasta kardeşi) klinik değerlendirme sonrası çalışma kapsamına alınmışlardır.

#### **3.2. Araştırma Deseni**

Araştırma, kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

#### **3.3. Deneklerin Seçimi**

##### **3.3.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri**

- 18 yaş veya üzerinde olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Verilen ölçekleri cevaplamaya engel olacak derecede bedensel hastalığı olmamak
- Panik bozukluğu tanısı alan hastalarda alkol ve madde bağımlılığı, psikotik bozukluk ve organik mental bozukluk olmaması
- Birinci derece yakınlarında alkol ve madde bağımlılığı, psikotik bozukluk ve organik mental bozukluk olmaması
- Hastalarda ve kardeşlerinde yeti yitimine yol açacak bedensel sakatlığın olmaması

### **3.4. Uygulama**

SCID uygulanarak panik bozukluğu tanısı ve varsa diğer ek tanıların olup olmadığı doğrulanmıştır. Ayrıca, panik bozukluğu tespit edilen 80 hastaya sosyo-demografik bilgi formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Anksiyete Duyarlılık Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Panik-Agorafobi Ölçeği ve Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği uygulanmıştır. Bu hastaların birinci derece yakınları (her hastanın 1 kardeşi) polikliniğe davet edilmiştir. Toplam 80 panik bozukluğu birinci derece yakını (her hastanın 1 kardeşi) görülmüştür. Katılacak olan hastalara araştırmadan beklenen tıbbi yarar, araştırmada izlenecek işlemler hakkında yazılı bilgi verilmiş ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Panik bozukluğu olanların birinci derece yakınlarına (her hastanın 1 kardeşi) sosyo-demografik bilgi formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Anksiyete Duyarlılık Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Yaşam Boyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği uygulanmıştır.

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Araçlar**

#### **3.5.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu**

Hastanın ve birinci derece yakınının yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, iş durumu, medeni durumu, yaşam koşulları (yalnız yaşıyor, ailesiyle yaşıyor, vb.), geçirilmiş psikiyatrik ya da organik bir hastalığı olup olmadığı, şu anda tedavi alıp almadığı, alıyorsa ne kadar süredir tedavi aldığı gibi sorular yer almaktadır.

### **3.5.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis Disorders)**

Major DSM-IV Eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 1994) tarafından yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Tüm belirtiler, var veya yok şeklinde değerlendirilmektedir. Duygudurum belirtileri ve psikotik belirtilerin sorgulandığı bölümler sonrasında, uygun DSM-IV tanısı kodlanmaktadır. Aynı kodlamalar, alkol ve diğer maddelerin kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar bölümleri değerlendirildikten sonra da tekrarlanmaktadır. Klinik tabloda baskın olan tanı birinci sırada kodlanmakta, diğer mevcut eksen I tanuları ise ek tanı olarak belirtilmektedir. Uygulama ortalama 45 dakika sürmektedir. Türkçe'ye uyarılama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. SCID-I, bu çalışmada değerlendirmeye alınan hastaların ve birinci derece yakınlarının DSM-IV'e göre tanılarını koymak amacıyla kullanılmıştır.

### **3.5.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ)**

1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan ölçek ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Ölçeğin, her biri yirmi maddelik iki ayrı formu vardır:

- Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.
- Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması N. Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

### 3.5.4. Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği (ADÖ)

Anksiyete duyarlılığının şiddetini belirlemek amacıyla kullanılır. Bireyin kendi kendine cevaplandırabileceği, 16 maddelik, 0-4 arası puanlanan, Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puan yüksekliği anksiyete duyarlılığının şiddetini gösterir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

### 3.5.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Özellikleri: Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Uygulama: Anlaşılabilirliği uygulanan gruplara göre değişkenlik göstermektedir ve hastalar kendi başlarına doldururlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

Özgün adı : Beck Depression Inventory (BDI)

Geliştiren : Beck

Türkçe formunun adı : Beck Depresyon Envanteri

Uyarlayan : Nesrin Hisli

### 3.5.6. Panik-Agorafobi Ölçeği (PAÖ)

Ölçtüğü nitelik: Panik bozukluğu tanısı almış olan hastada panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddet derecelendirir. Her bir alt bölüme ait puanlar panik bozukluğunun bileşen puanlarını, bu puanların toplamı ise toplam şiddet puanını belirler.

Kapsamı:Gerek gözlemci, gerekse öz bildirim formlarından her biri beşer başlıkta toplam 14'er soru içermektedir. Başlıklar ve kapsadıkları soru sayısı sırasıyla: Panik atağı özellikleri (3+1), agorafobi/kaçınma davranışı (3), beklenti anksiyetesi (2), yeti yitimi (3), sağlık konusunda endişe (2)'dir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Geliştiren: Borwin Bandelow

Türkçeye uyarlayanlar: Ümit Tural, Hüray Fidaner, Tunç Alkın, Borwin Bandelow

Puanlama:Her iki ölçekte de her bir başlığın başlık puan toplamı, o başlık puanını ve tüm başlıklar toplamı toplam panik bozukluğu ve bileşenleri şiddet puanını verir.

Yorumlama: Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda kesme noktası 11/12 puan arasında alındığında en yüksek özgüllük (%92.94) ve duyarlılık (%92) sağlanmaktadır.

### 3.5.7. Yaşamboyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB)

SCI-PAS (Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum)'dan sonra, Shear ve ark. (2000) tarafından, panik-agorafobi spektrumu için bir self report sorgu formu (PAS-SR) geliştirilmiş ve bu ölçeğin geçerlik-güvenilirliği araştırılmıştır. PAS-SR'nin self report formu 114 maddeden



oluşmaktadır. Panik-agorafobi spektrumu tanımıyla uyumlu bir biçimde yukarıda aktardığımız sekiz alandaki spektrum belirtilerinin varlığı veya yokluğu yaşam boyu değerlendirilmektedir.

- Alan 1 Ayrılık Duyarlılığı: Toplam 15 maddeden oluşup, on soru ayrılık, beş soru da kaybetme duyarlılığını değerlendirmektedir.
- Alan 2 Panik Belirtiler: Toplam 27 maddeden oluşmaktadır.14 maddesi tipik, 13 maddesi ise atipik panik belirtilerini değerlendirmektedir.
- Alan 3 Stres Duyarlılığı: Toplam 2 maddeden oluşmaktadır.
- Alan 4 İlaç ve Madde Duyarlılığı: Toplam 9 maddeden oluşmaktadır.4 maddesi madde duyarlılığını, 5 maddesi ise ilaç fobisini değerlendirilmektedir.
- Alan 5 Beklenti Anksiyetesi: Toplam 5 maddeden oluşmaktadır.2 maddesi beklenti anksiyetesini, 3 maddesi de alarm durumunu değerlendirilmektedir.
- Alan 6 Agorafobi: Toplam 25 maddeden oluşmaktadır.12 maddesi tipik, 13 maddesi atipik agorafobik belirtileri değerlendirilmektedir.
- Alan 7 Hastalık Fobisi: Toplam 5 maddeden oluşmaktadır.
- Alan 8 Güvence Duyarlılığı, Güvence Arama: Yardım arama konusunda 8 madde, kontrfobik durumlar için 15 madde ve dramatisasyona yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.

Receiver Operating Characteristics (ROC) analizi sonucu, kesme noktası 46 olarak saptanmıştır. Bu noktanın (46 ve üzeri) duyarlılığı %91, özgüllüğü %80 olup, pozitif prediktif değeri %85'tir.

Geliştiriciler: Shear ve Cassano

Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması: Elif Tunçel ve Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Bölümü

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler**

Verilerin analizi ‘‘SPSS for Windows’’ istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası ortalama değerlerin karşılaştırılmasında Student-t testi ve kovaryans analizi kullanılmıştır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Hasta ve Kardeşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri

**Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

Özellik	Sayı		Yüzde (%)	
	Hasta	Kardeş	Hasta	Kardeş
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	24	35	%30,0	%43,8
Kadın	56	45	%70,0	%56,3
<b>Yaş*</b>				
30 ve altı	19	24	%23,8	%30,0
31-40	23	16	%28,8	%20,0
41-50	24	23	%30,0	%28,8
51 ve üzeri	14	17	%17,5	%21,3
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	13	21	%16,3	%26,3
Evli	59	54	%73,8	%67,5
Boşanmış	4	2	%5,0	%2,5
Dul	4	3	%5,0	%3,8
<b>Öğrenim Durumu</b>				
İlkokul	23	23	%28,8	%28,8
Ortaokul	11	11	%13,8	%13,8
Lise	29	24	%36,3	%30,0
Yüksekokul	10	9	%12,5	%11,3
Üniversite	6	13	%7,5	%16,3
Yüksek Lisans	1	0	%1,3	%0,0
<b>Meslek</b>				
Ev hanımı	33	29	%41,3	%36,3
İşçi	2	10	%2,5	%12,5
Memur	29	19	%36,3	%23,8
Esnaf	2	3	%2,5	%3,8
Asker	0	1	%0,0	%1,3
Öğrenci	6	7	%7,5	%8,8
İşsiz	4	6	%5,0	%7,5
Diğer	4	5	%5,0	%6,3
<b>Yaşam Koşulları</b>				
Ailesiyle	76	73	%95,0	%91,3
Arkadaşla	2	4	%2,5	%5,0
Yalnız	1	3	%1,3	%3,8

\*Hastalar için Ortalama= 39,7 Standart sapma (SS)= ±11,1 En yüksek: 64, En düşük: 18

Kardeşler için Ortalama= 39,3 Standart sapma (SS)= ±12,1 En yüksek: 62, En düşük: 18

Araştırmaya katılan hastaların %30'u erkek, %70'i kadın; kardeşlerin ise %43.8'i erkek, %56.3'ü kadındır. Hastaların %30'u ve kardeşlerin %28.8'i 41-50 yaş arasındadır. Hastaların %73.8'i, kardeşlerin ise %67.5'i evlidir. Hastaların %36.3'ü, kardeşlerin %30.0'ı lise mezunudur. Hastaların %41.3'ü, kardeşlerin %36.3'ü ev hanımıdır. Hastaların %95'i, kardeşlerin %91.3'ü ailesiyle yaşıyor.

#### 4.2. Hasta ve Kardeşlerinin Klinik Özellikleri

**Tablo 4.2.** Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerinin Klinik Özellikleri

Özellik	Sayı		Yüzde (%)	
	Hasta	Kardeş	Hasta	Kardeş
<b>Bedensel hastalık</b>				
Var	7	6	%8,8	%7,5
Yok	73	74	%91,3	%92,5
<b>Nörolojik hastalık</b>				
Var	3	2	%3,8	%2,5
Yok	77	78	%96,3	%97,5
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>				
Var	80	4	%100,0	%5,0
Yok	0	76	%0,0	%95,0
<b>Sürekli kullanılan ilaç</b>				
Var	66	3	%82,5	%3,8
Yok	14	77	%17,5	%96,3
<b>Panik bozukluğu için ilaç alma durumu</b>				
Var	67	-	%84	-
Yok	13	-	%16	-
<b>Son üç ayda ilaç değişikliği durumu</b>				
Var	1	-	%1,3	-
Yok	79	-	%98,7	-

Hastaların %91.3'ünün, kardeşlerin %92.5'inin bedensel bir hastalığı yoktur. Hastaların %96.3'ünün, kardeşlerin ise %97.5'inin nörolojik bir hastalığı yoktur.

Hastaların %82'si sürekli olarak bir ilaç kullanırken, kardeşlerin %96.3'ü sürekli olarak bir ilaç kullanmamaktadır.

**Tablo 4.3. Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Panik Bozukluğu Türü**

<b>Panik bozukluğu türü</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu	40	%50
Agorafobi olmadan panik bozukluğu	40	%50

Panik bozukluğu türü olarak hastaların %50'sinde agorafobi ile birlikte panik bozukluğu, %50'sinde ise agorafobi olmadan panik bozukluğu tanıları mevcuttur.

**Tablo 4.4. Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Psikiyatrik Ek Tanı**

<b>Psikiyatrik hastalık ek tanısı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Major depreyon	16	%20,3
OKB	2	%2,6
Özgül fobi	13	%16,5
Sosyal fobi	1	%1,3
Hipokondriyazis	3	%3,8

Hastalarda en sık mevcut olan psikiyatrik ek tanı %20.3 ile major depresyondur.

**Tablo 4.5. Panik Bozukluğu Olan Hastaların Kardeşlerinde Bulunan Psikiyatrik Hastalık**

<b>Psikiyatrik hastalık</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Panik bozukluğu olmadan agorafobi	54	%67,5
Major depresyon	7	%8,8
Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu+depresyon	5	%6,3
Özgöl fobi	5	%6,3
OKB	3	%3,8
Distimi	1	%1,3
Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu	1	%1,3
Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu+özüöl fobi	1	%1,3
Agorafobi olmadan panik bozukluğu	1	%1,3
Agorafobi olmadan panik bozukluğu +depresyon+sosyal fobi	1	%1,3
Agorafobi olmadan panik bozukluğu+depresyon	1	%1,3

Panik bozukluğu olan hastaların kardeşlerinde en fazla görölen psikiyatrik hastalık %67.5 ile panik bozukluğu olmadan agorafobidir.

**Tablo 4.6.** Panik Bozukluğu Olan Hastaların Panik Bozukluğu İçin Kullandıkları İlaçlar

İlaç	Sayı	Yüzde (%)
Kullanmıyor	13	%16
Amitriptilin	1	%1,3
Essitalopram	2	%2,5
Fluoksetin	4	%5,0
İmipramin	3	%3,8
Klomipramin	3	%3,8
Paroksetin	27	%33,8
Sertralin	17	%21,3
Sitalopram	6	%7,5
Venlafaksin	4	%5,0

Panik bozukluğu olan hastaların %33.8'i paroksetin kullanırken, %1.3'ü amitriptilin kullanmaktadır.

**Tablo 4.7.** Panik Bozukluğu Olan Hastaların Kardeşlerinin Kullandıkları İlaçlar

İlaç ismi	Sayı	Yüzde (%)
Essitalopram	1	%1,3
Sertralin	1	%1,3
Sitalopram	1	%1,3

Panik bozukluğu olan hastaların kardeşleri (toplam 3 kardeş) benzer yüzde değerleri ile essitalopram, sertralin ve sitalopram (panik bozukluğu için olmamak üzere) kullanmaktadırlar.

### 4.3. Hipotezlerin İstatistiksel Olarak İncelenmesi

**Tablo 4.8.** Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerin ADÖ ve DSKÖ'den Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Sapmalarının Dağılımı

Ölçekler	Hasta (ortalama $\pm$ SS)	Kardeş (ortalama $\pm$ SS)	T
ADÖ	28,88 $\pm$ 14,33	18,99 $\pm$ 12,43	4,663*
DSKÖ-Durumluk	42,6 $\pm$ 13,05	38,93 $\pm$ 12,9	1,780
DSKÖ-Sürekli	45,70 $\pm$ 11,98	43,98 $\pm$ 8,38	1,095

\* p= 0,000

Hasta ve kardeşlerinin ADÖ'den aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmıştır (t= 4,663, p= 0,000).

Hastaların ve kardeşlerinin DSKÖ-durumluk ve sürekli anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır (Bkz. Tablo 4.8.).

**Tablo 4.9.** Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerin PASÖ-YB Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Sapmalarının Dağılımı

Ölçek	Hasta (ortalama $\pm$ SS)	Kardeş (ortalama $\pm$ SS)	T
PASÖ-YB	49,99 $\pm$ 19,53	28,37 $\pm$ 19,67	6,98*

\*p= 0,000

Hasta ve kardeşlerinin PASÖ-YB ölçeğinden aldıkları puan istatistiksel olarak farklıdır. Hastalar daha yüksek puan almışlardır (t= 6,98, p= 0,000) (Bkz. Tablo 4.9.).



**Tablo 4.10.** Araştırmaya Katılan Hasta ve Kardeşlerin PASÖ-YB Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Sapmalarının Dağılımı

	Hasta (ortalama ±SS)	Kardeş (ortalama ±SS)	T	P
Ayrılık duyarlılığı	6,43 ± 3,25	4,76 ± 3,45	3,13	0,002
Panik benzeri belirtiler	16,03 ± 5,68	9,29 ± 6,76	6,83	0,000
Stres duyarlılığı	1,29 ± 0,66	0,93 ± 0,82	3,07	0,002
İlaç ve madde duyarlılığı	2,63 ± 1,98	1,88 ± 2,10	2,32	0,022
Anksiyeteli bekleyiş, beklenti anksiyetesi	3,23 ± 1,61	1,53 ± 1,53	6,86	0,000
Agorafobi	9,00 ± 5,50	5,96 ± 5,99	3,34	0,001
Hastalık fobisi ve hipokondriyazis	2,80 ± 1,83	1,91 ± 1,67	3,20	0,002
Sakinleşmeye yönelim, güvence duyarlılığı	8,29 ± 4,29	4,89 ± 5,30	4,46	0,000

Tablo 4.10.'da görüldüğü gibi PASÖ-YB bütün alt boyutlarında hastalar kardeşlerinden anlamlı derecede yüksek puan almıştır.

Hasta ve yakınlarının anksiyete ve PASÖ-YB puanları, depresyon puanları kontrol edildiğinde farklılaşır.

Bu hipotezi doğrulamak için hasta ve kardeşlerinin ADÖ ve PASÖ-YB puanları karşılaştırılmış ve BDÖ puanı kovaryant olarak analize alınmıştır. Bu durumda da hasta ve kardeşlerinin ADÖ puanı birbirinden farklılaşmış ve hastalar kardeşlerinden daha yüksek puan almıştır (F (2,159)= 12,41 p= 0,000). Benzer şekilde hastaların PASÖ-YB puanları da kardeşlerinininkinden yüksek bulunmuştur (F (2,159)= 40,01 p= 0,000).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, panik bozukluğu olan hastaların ve kardeşlerinin anksiyete duyarlılığını araştırdık. Bu amaçla hastalara ve kardeşlerine ADÖ (Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği) ve DSKÖ (Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) uygulandı. Elde edilen değerler, istatistiksel olarak değerlendirildi. Sonuçta, literatür bilgileriyle uyumlu olarak, hasta ve kardeşlerinin ADÖ'den aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı, hastaların daha yüksek puan aldıkları görüldü ( $t=4.663$ ,  $p=0.000$ ). Ancak hastaların ve kardeşlerinin DSKÖ anksiyete puanları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır. Literatürde, anksiyete duyarlılığı derecesini belirlemek için DSKÖ'nün kullanıldığı çalışmaların sayıca az olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, belki de bu ölçeğin anksiyete derecesini belirlemede yetersiz kalmasıyla ilgili olabilir. Çalışmamızda, ADÖ dışında DSKÖ'nün de kullanılmış olması her iki ölçeğin bu açıdan karşılaştırılmasını da sağlamış ve çalışmayı zenginleştirmiştir. Hastalar, anksiyete belirtilerinden korkmaktadırlar ve bu belirtilere karşı hassastırlar. Hastaların bu özellikleri ADÖ ile gösterilebilmektedir.

Yakın tarihte geliştirilmiş olan panik-agorafobi spektrumu kavramı, son dönemlerde panik bozukluğu ile ilgili çalışmaların bu yöne kaymasını sağlamıştır. Eldeki veriler, panik bozukluğu olan hastalarının bu spektrum belirtilerini gösterdiği yönündedir. Literatürde, belirtilen bilgi verilmesine rağmen, bu konuda klinik çalışmaların olmadığı da görülmektedir. Bu durum, belki de bu kavramın henüz yeni olmasıyla ilgili olabilir. Panik bozukluğu olan hastaların kardeşleri nasıl ki anksiyete duyarlılığı açısından yüksek risk grubuna dahillerse ve bu yönde genetik bir yatkınlıkları varsa, o zaman bu hastaların kardeşleri panik-agorafobi spektrumu belirtilerine de sahip olacaklardır. Bu mevcut bilgileri değerlendirmek için, çalışmamıza katılan panik bozukluğu hastalarına ve kardeşlerine PASÖ-YB uygulanmıştır. Bu ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2002 yılında yapılmıştır (Onur, 2002). Bu çalışma sonucunda, ölçeğin kesme noktası 46 olarak saptanmıştır. Bu noktanın (46 ve üzeri) duyarlılığı %91, özgüllüğü %80 olup, pozitif prediktif

değeri %85'tir. Hasta ve kardeşlerine uygulanan PASÖ-YB'den elde edilen puanların değerlendirilmesi sonucunda; hasta ve kardeşlerinin PASÖ-YB'den aldıkları puanların istatistiksel olarak farklı olduğu, hastaların daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir ( $t=6.98$ ,  $p=0.000$ ). Hastalar açısından bakıldığında sonuç literatür bilgisine uyumludur; ancak kardeşlerin anlamlı derecede bu spektrum belirtilerine sahip olmadıkları dikkat çekmektedir. Literatürde, spektrum belirtilerine kardeşlerin sahip olup olmadığı ile ilgili çalışma yoktur. Bu konuda yaptığımız çalışma belki de ilk olacaktır ve literatürde mevcut eksikliğin giderilmesinde basamak teşkil edebilecektir. Panik-agorafobi spektrumu kavramında, bu spektrumu değerlendiren ölçeğin toplam 114 maddesinin 8 alt boyutu (alan) değerlendirdiği özellikle vurgulanmaktadır. Bu alt boyutlar ve ölçekte her boyuta karşılık gelen maddeler şu şekilde özetlenebilir. Alan 1: Ayrılık duyarlılığı (ilk 10 soru ayrılık duyarlılığını, 11-15 arasındaki sorular da kaybetme duyarlılığını sorgulamaktadır). Alan 2: Panik benzeri belirtiler (16-29 arasındaki sorular tipik, 30-42 arasındaki sorularsa atipik panik belirtilerini sorgulamaktadır). Alan 3: Stres duyarlılığı (43-44 arasındaki sorular stres duyarlılığını sorgulamaktadır). Alan 4: İlaç ve madde duyarlılığı (45-48 arasındaki sorular madde duyarlılığını, 49-53 arasındaki sorular ise ilaç duyarlılığını sorgulamaktadır). Alan 5: Beklenti anksiyetesi (54-55 arasındaki sorular beklenti anksiyetesini, 56-58 arasındaki sorular da genel alarm durumunu sorgulamaktadır). Alan 6: Agorafobi (59-70 arasındaki sorular tipik, 71-83 arasındaki sorular da atipik agorafobi belirtilerini sorgulamaktadır). Alan 7: Hastalık fobisi ve hipokondriyazis (84-88 arasındaki sorular ile bu belirtiler sorgulanmaktadır). Alan 8: Sakinleşmeye yönelim (89-96 arasındaki sorular yardım arama konusunda, 97-111 arasındaki sorular kontrfobik durumları, 112-114 arasındaki sorular ise dramatisasyonu sorgulamaktadır). Çalışmamızda bir ileri aşama olarak, PASÖ-YB alt boyutları açısından hasta ve kardeşler arasında fark var mıdır? Sorusuna cevap bulmaya çalıştık. Yapılan istatistik analizi sonucunda, PASÖ-YB alt boyutlarında, hastalar kardeşlerden anlamlı derecede yüksek puan almıştır (alan 1  $p=0.002$ , alan 2  $p=0.000$ , alan 3  $p=0.002$ , alan 4  $p=0.022$ , alan 5  $p=0.000$ , alan 6  $p=0.001$ , alan 7  $p=0.002$ , alan 8  $p=0.000$ ).

Çalışmamızda, hasta ve yakınlarının anksiyete ve PASÖ-YB puanları depresyon puanları kontrol edilerek yeniden istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Hasta ve kardeşlerinin ADÖ ve PASÖ-YB puanları karşılaştırılmış ve BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) puanı kovaryant olarak analize alınmıştır. Bu durumda da hasta ve kardeşlerinin ADÖ puanı birbirinden farklılaşmış ve hastalar kardeşlerinden daha yüksek puan almıştır. Benzer şekilde hastaların PASÖ-YB puanları da kardeşlerinininkinden yüksek bulunmuştur.

Literatür bilgileri gözden geçirildiğinde panik bozukluğu hastalarının, yüksek ek tanı oranına sahip oldukları belirtilmektedir. Panik hastalarında diğer anksiyete bozukluklarına ait ek tanı oranları genelleşmiş anksiyete bozukluğu için %23-35, basit fobide %16-33, sosyal fobide %0-49, obsesif kompulsif bozukluk için %8-28, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğunda ise %7 olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise major depresyon için ek tanı oranları %37.2, özgül fobi için %15.4, OKB için 12.8, alkol bağımlılığı %20.5, madde bağımlılığı ise %30 olarak verilmiştir (Angst, 1998). Çalışmamıza alınan panik bozukluğu hastalarında, %20.3 major depresyon, %16.5 özgül fobi, %3.8 hipokondriyazis, %2.6 OKB ek tanılarının varlığı görülmüştür. Literatürde, en yüksek ek tanı oranlarıyla seyreden psikiyatrik tanının major depresyon olduğu vurgulanmaktadır. Çalışma sonuçlarımızda da en yüksek ek tanı oranı %20.3 ile major depresyondur. Hastalarda sosyal fobi ek tanısının olmaması dikkat çekici olup, özgül fobi ek tanı oranları literatür bilgisiyle uyumludur. Çalışma hastalarımızın hiç birinde alkol ya da madde bağımlılığı tanıları mevcut değildi. Bu durum literatür bilgileriyle uyumlu görünmemektedir. Ancak, alkol ve madde bağımlılığının kültürel bazı faktörlerle ve yaşam koşullarıyla da ilişkili olduğu düşünülürse, bizim çalışmamızdaki hasta grubunun %56'sının kadın, %59'unun evli, %76'sının ailesiyle yaşadığı ve sadece %4'ünün işsiz olduğu göz önüne alınırsa, bu sonucun şaşırtıcı olmaması beklenebilir. Bazı mevcut ek tanı oranlarının düşük olarak görülmesi, hastaların %85.1'inin panik bozukluğu için ilaç kullandıkları dikkate alınırsa beklenilebilecek bir durumdur. Ancak, ilaç kullanıyor olmak, mevcut anksiyete duyarlılığını çok azaltıyor gibi görünmemektedir. Belki ilaç kullanmayan bir grubun çalışmaya alınması daha seçici olabilirdi. Ya da, ileride yapılacak çalışmalarda ilaç kullanan hasta grubuyla, ilaç kullanmayan hasta grubunun anksiyete duyarlılık düzeyleri karşılaştırılabilirse ve tedavi sonrasındaki anksiyete düzeyleri başlangıçtaki anksiyete düzeyleriyle karşılaştırılırsa daha net bir sonuca ulaşılabilir. Çalışma grubumuzdaki hastaların anksiyete düzeyleri belirgin

olarak yüksek bulunmuştur. Ancak belki de tedavinin etkisiyle daha yüksek olabilecek anksiyete düzeyleri görece daha düşük gibi (anlamlı olmasına rağmen) görülebilmektedir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, panik bozukluğu olan hastaların ADÖ ile ölçülen anksiyete duyarlılığı sadece hastalarda anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Kardeşlerin anksiyete duyarlılığı anlamlı olarak yüksek bulunmamıştır.

Hasta ve kardeşlerinde DSKÖ ile ölçülen durumluk-sürekli anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sadece hastalar, anlamlı düzeyde panik-agorafobi spektrumu belirtilerine sahiptirler ve PASÖ-YB ölçeğinin tüm alt boyutlarında (toplam 8 alt boyutunda) kardeşlere göre anlamlı derecede yüksek puan almışlardır. Ancak kardeşler, anlamlı düzeyde panik-agorafobi spektrumu belirtilerine sahip değildirler.

Depresyon puanları kontrol edildiğinde de, anksiyete duyarlılığı ve panik-agorafobi spektrum belirtilerine sahip olma durumu değişmemektedir. Bu durumda da hastaların anksiyete duyarlılığı anlamlı derecede yüksektir ve sadece hastalar anlamlı düzeyde panik-agorafobi spektrumu belirtileri göstermektedirler.

Literatürde panik bozukluğu hastalarında anksiyete duyarlılığını belirlemek için daha çok ADÖ (Anksiyete Duyarlılık Ölçeği)'nin kullanıldığını, DSKÖ (Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri)'nin çok tercih edilmediğini görmekteyiz. Bu çalışmanın sonuçlarına göre de panik bozukluğu olan hastalarda anksiyete duyarlılığını test edebilmek için, ADÖ'nin DSKE'den daha duyarlı olduğu anlaşılmaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda bu durumun göz önüne alınması faydalı olacaktır.

Son yıllarda önemi gittikçe artan panik-agorafobi spektrumu kavramı, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan PASÖ-YB ölçeği ile araştırılabilir. Literatür çalışmalarından, panik bozukluğu olan hastaların anlamlı düzeyde bu spektrum belirtilerini gösterdikleri belirtilmektedir. Ancak hastaların birinci derece yakınlarının anlamlı düzeyde bu spektrum belirtilerini gösterip göstermediği ile ilgili

yapılan bir çalışma mevcut değildir. İleride özellikle panik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarıyla ilgili yapılacak çalışmalarda bu ölçeğin kullanılması, bu alanda literatüre yeni bilgiler sağlayacaktır.



## **KAYNAKLAR**

1. Ağargün MY, Kara H (1996) Suicidality in patients with panic disorder: The association with comorbidity. *Eur Psychiatry*, 11: 209-211.
2. Albus M, Schiebe G (1993) Outcome of panic disorder with or without concomittant depression: A 2 year prospective fo  
llow-up study. *Am J Psychiatry*, 150:1878-1880.
4. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 3<sup>rd</sup> edition. Washinton DC, American Psychiatric Association.
5. American Psyciatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 3<sup>rd</sup> edition. Washinton DC, American Psychiatric Association.
6. American Psyciatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4 th edition. Washinton DC, American Psychiatric Association.
7. Angst J (1998) Panic disorder: History and epidemiology. *Eur Psychiatry*, 13 (suppl 2): 51-55.
8. Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M, Heckelman L, Shear K (2000) Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depress Anxiety*, 12:78-84.



9. Aranson AT, Logue CM (1988) Phenomenology of Panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients self-reports. *J Clin Psychiatry*, 49: 8-13.
10. Atalay ND, Bayraktar E (1992) Panik Bozukluk. İzmir, Ege Üniversitesi tıp fakültesi yayınları No: 141.
11. Baldwin DS (1998) Depression and panic: Comorbidity. *Eur Psychiatry*, 13 (suppl2): 65s-70s.
12. Cassano G (1998) Introduction to the panic-agoraphobic spectrum model. *CNS Spectrums*, 3:22.
13. Cassano GB, Michelini S, Shear MK (1997) The panic-agoraphobic spectrum: A descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*, 154:27-37.
14. Cassano GB, Rottondo A, Maser JD (1998) The panic-agoraphobic spectrum: Rationale, assessment and clinical usefulness. *CNS Spectrums*, 3: 35-48.
15. Cassano GB, Farnk E, Maser JD, Shear MK, Rottondo A, Mauri M, Dell'Osso L (1999) The panic agoraphobic spectrum. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 14:38-44.
16. Chen YW, Dilsaver SC (1995) Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: Evidence from the Epidemiological Catchment Area Survey. *Am J Psychiatry*, 152: 280-282.
17. Craske MG, Barlow DH (1989) Nocturnal panic. *J Nerv Ment Dis*, 177: 160-7.

18. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Klinik tanımlamalar ve Tanı klavuzları, Çeviri editörü: O. Öztürk, B. Uluğ, Ankara, Türkiye Akıl ve Ruh Sağlığı Derneği.
19. Davies JS, Ghahramani P, Jackson PR, Noble TW, Hardy PG, hippisley-Cox J, Yeo WW, Ramsay LE (1999) Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. *AM J Med*, 107: 310-319.
20. Ellen F, Shear KM, Rucci P, Cyranowski JM, Endicott J, Fagiolini A, Grochocinski VJ, Houck P, Kupfer DJ, Maser JD, Cassano GB (2000) Influence of panic-agoraphobic spektrum symptoms on treatment response in patients with recurrent major depression. *Am J Psychiatry*, 157:1101-1107.
21. Frank E, Cassano GB, Shear MK, rotondo A, Dell’Osso L, Mauri M, Masser J, Grochocinski V (1998) The Spectrum model: A more cohorent approach to the complexitiy of psychiatric symptomatology. *CNS Spectrums*, 3: 23-34.
22. Fyer AJ, Mannuzza S (1989). Reliability of anxiety assessment. *Arc Gen Psychiatri*, 46: 1093-110.
23. Hoffart A, thornes K, Hedley LM, Strand (1994) DSM-III-R axis I and II disorders in agoraphobic patients with or without panic disorder. *Acta Psychiatrica Scand*, 89: 186-191.
24. Holland E (1998) Refining the spectrum approach. *CNS Spectrums*, 3: 18.
25. Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballenger JC, Mannuza S, Fyer AJ (1997) Panic disorder and quality of life variables predictive of functional impairment. *Am J Psychiatry*, 154: 771-776.

26. Horwarth E, Weissman M (2000) Anxiety Disorders: Epidemiology. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7 th ed. HI Kaplan, BJ sadock, eds. Baltimore, Williams& Wilkins.
27. Jones BA (1984) Panic attacks with panic masked by alexithymia. Psychosomatics, 25:858-9.
28. Katon W (1984) Panic Disorder and Somatization. Am J Med, 77: 101-105.
29. Katon WJ (1991)Panic disorder in the medical setting. Washington DC, American Psychiatric Press.
30. Keller MB, Hanks DL (1993) Course and outcome in panic disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 17: 551-557.
31. Klein DF, Rabkin JG, Gorman JM (1985) Etiological and pathophysiological inferenses from the pharmacological treatment of anxiety. In: Hussain TA, Masser Jd, editors. Anxiety and the anxiety disorders Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc, P. 501-32.
32. Kushner Mg, Beitman BD (1990) Panic attacks without fear: an overview. Behav Res Ther, 28:469-79.
33. Langs G, Quehenberger F, Fabisch K, Klug G, Fabisch H, Zapotocky H (2000) The development of agoraphobia in panic disorder: A predictable process. J Affect Disord, 58: 43-50.
34. Laraia MT, stuart GW, frye LH, et al. (1994) Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia. J Anxiety Disord, 8: 1-17.

35. Linzer M, Varia I. (1992) Medically un explained syncope: relation ship to psychiatrc illness. Am J Med, 92: 18s 25s.
36. Liskow B, Othmer E (1986). Is Briquet's syndrome a heterogeneous disorder? Am J Psychiatry, 143:626-9.
37. MacKinnon DF, Zandi PP, Cooper J, Botash JB, Simpson SG, Gershon E, Nurnberger J, Reich T, DEPaulo JR (2002) Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. Am J Psychiatry, 159:30-35.
38. Maission AO, Warshaw MG, Keller MB (1993) Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry, 150: 600-607.
39. Manicavasagar V, Silove D (1998) Subpopulations of early seperation anxiety: relevance to risk of adult anxiety disorders. J Affect Disord, 48:181-90.
40. McCann UD, Ricaurte GA (1992). MDMA and panic disorder: induction by a single dose. Biol Psychiatry, 32:950-3.
41. McNally, R.J (1994) Panic disorder: A critical Analysis. Guilford Press, New York.
42. Mendelowicz MV, Stein MB (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorder. Am J Psychiatry, 157: 669-681.
43. Norton Gr, Cairns Sl (1998) Panic attacks and pscopathology in nonclinical panickers. J Anxiety Disord, 2:319-31.

44. Nutt DJ, Lawson C. (1992) Panic attacks: a neurochemical overview of model and mechanismms. Br J Psychiatry.
45. Onur E (2002) Yaşam Boyu Panik Agorafobik Spektrum Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikiyatri Bl., İzmir
46. Orenstein H. (1989) Briquet's syndrome in association with depression and panic: A reconceptualization of Briquet's syndrome. Am J Psychiatry, 146: 334-8.
47. Reiss S (1991) The expectancy model of fear, anxiety and panic. Clinical Psychology Review, 11:141-153.
48. Rosebaum JF (1984) Limited-symptoms panic attacks. Psychosomatics, 28: 407-12.
49. Roth WT, Margraf J (1992) Stress test reactivity in panic disorder. Arch Gen Psychiatry, 49:301-10.
50. Rotondo A, Mazzanti C, Dell'Osso L, Rucci P, Sullivan P, Bouanani S, Gonelli C, Goldman D, Cassano GB (2002) Catechol o-methyltransferase, serotonin transporter and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in bipolar disorder patients with and without comorbid panic disorder. Am J Psychiatry, 159: 23-29.
51. Shear Mk, Frank E, Rucci P, Fagiolini DA, Grochocinski VJ, Houck P, Cassano GB, Kupfer DJ, Endicott J, Maser JD, Mauri M, Banti S (2001) Panic-agoraphobic spectrum: Reliability and validity of assessment instruments. J Psychiatrc Res, 35: 59-66.

52. Vasile RG, Goldenberg I, Reich J, Goisman RM, Lavori PW, Keller MB (1997) Panic disorder versus panic disorder with major depression: Defining and understanding differences in psychiatric morbidity. *Depress Anxiety*, 5:12-20.
53. Weiller E, Bisslerbe JC, Maier W, Lecrubier Y (1998) Prevalance and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. *Br J Psychiatry*, 173 (suppl 34): 18-23.
54. Zaubler TS, Katon W (1996) Panic disorder and medical comorbidity. *Bull Menninger Clin*, 60 (suppl A): A12-A38.



## **EKLER**

### **EK-1**

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**‘Panik bozukluğu hastaları ve birinci derece yakınlarında ‘Anksiyete Duyarlılığı Ve Panik-Agorafobi Spektrumu’ isimli bir çalışma yapmaktayız.**

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce sizi araştırma hakkında bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Panik atağı, çarpıntı, kalp atımlarının hissedilmesi, kalp atım hızında artma olması, terleme, titreme, nefes darlığı ya da boğulma hissi, soluk kesilmesi, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, dengesizlik, kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu, ölüm korkusu, üşüme ya da ateş basmaları gibi belirtilerin ani olarak başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, yoğun bir korku ya da rahatsızlık durumudur.

Panik bozukluğu tanısı koymak için yineleyen beklenmedik panik ataklarına ek olarak; ataklardan en az birini izleyen, 1 ay süreyle başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı, atağın yol açabilecekleri veya sonuçları ile ilgili olarak üzüntü duyma ya da ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme gibi belirtilerden birinin olması gerekir.

Yapılan araştırmalarda anksiyete duyarlılığı, panik bozukluğunun gelişimi için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Panik-Agorafobik Spektrumu kavramı ise, DSM-IV panik atağı/bozukluğu ve agorafobi belirtilerinin dışında kalan daha hafif şiddette, hatta bazıları huy veya kişilik özelliği gibi görülebilecek bazı belirtileri tanımlamaktadır.

Anksiyete duyarlılığı ve hafif panik belirtilerine hasta yakınlarında da rastlanabilmektedir.

Bu araştırmada, panik bozukluğu tanısı konmuş olan hastalar ve bu hastaların birinci derece yakınlarında sz geçen risk faktörleri araştırılacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizlere (hasta ve birinci derece yakını) birtakım testler/ölçekler uygulanacaktır. Bu uygulamalar aynı gün içerisinde tamamlanacaktır.

Bu araştırma hastanın tedavi planını herhangi bir şekilde etkilemeyecek, hasta ağdaş, bilimsel bilgi ve yöntemlere göre alması gerekli olan tedaviyi alacaktır.

Katılımcı, araştırma ile ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecektir.





## KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

Sayın Dr. Hüseyin Bulut tarafından Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bunun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Hasta yakını olarak, araştırmaya katılmayı reddedersem, bunun hastamızın tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkilerine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada 'katılımcı' olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyetle ve gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının ulaşabileceği telefon numarası: Dr. Hüseyin Bulut

İş tel.:0 312 305 18 73 / 18 74

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Telefon numarası:

Tarih:

İmza:

**Görüşme tanığı**

**Adı, soyadı:**

**Adres:**

**Telefon numarası:**

**Tarih:**

**İmza:**

**Katılımcı ile görüşen hekim**

**Adı, soyadı, ünvanı:**

**Adres:**

**Telefon numarası:**

**Tarih:**

**İmza:**



## EK-2

### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

\* Tarih:

\* Dosya no:

\* Hasta no:

1. Adınız ve soyadınız:

2. Telefon numaranız:

3. Adresiniz:

4. Yaşınız (doğum tarihi):

5. Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kadın

6. Medeni durumunuz: a) Hiç evlenmemiş b) Evli c) Boşanmış d) Dul e) Ayrılmış

7. Eğitim durumunuz: a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu

d) Yüksekokul e) Üniversite mezunu f) Yüksek lisans

8. Mesleğiniz: a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Esnaf e) Çiftçi f) Asker g) Öğrenci

h) İşsiz ı) Diğer

9. Yaşam koşulları: a) Yalnız yaşıyor b) Ailesiyle yaşıyor c) Arkadaşlarıyla yaşıyor d) Diğer (belirtiniz):

10. Bilinen tanı konulmuş bedensel bir hastalığınız var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

11. Bilinen tanı konulmuş nörolojik bir hastalığınız var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

12. Bilinen tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

13. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

14. Bu epizod öncesi panik bozukluğu epizodu var mı? a) Var (varsa ilk epizodun başlangıç yaşı: ) b) Yok (yoksa bu epizodun başlangıç yaşı: )

15. Panik bozukluğu tanısı ile ilaç kullanıyor musunuz? a) Evet (belirtiniz) b) Hayır

15. soruya hayır yanıtı verdiyseniz 16. ve 17. soruları yanıtlamayınız. \*\*

16. Panik bozukluğu tanısı nedeniyle ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz (gün, hafta, ay ya da yıl olarak yanıt veriniz) ? .....gün, .....hafta, .....ay, .....yıl

17. Son 3 (üç) ay içerisinde panik bozukluğu tanısı nedeniyle kullandığımız ilaçta değişiklik yapıldı mı? a) Evet (hangi ilaçtan hangi ilaca geçildi?) b) Hayır

18. Anne: a) Yaşıyor (yaşı: ) b) Yaşamıyor (kaç yaşında iken vefat etti: )

19. Baba: a) Yaşıyor (yaşı: ) b) Yaşamıyor (kaç yaşında iken vefat etti: )

20. Kardeş sayısı:

1. Kardeş a) Yaşıyor (yaşı: ) b) Yaşamıyor (kaç yaşında iken vefat etti: )

2. Kardeş a) Yaşıyor (yaşı: ) b) Yaşamıyor (kaç yaşında iken vefat etti: )

3. Kardeş.....

4. ....

21. Evli ise çocuk sayısı:

1. çocuk

2. çocuk

3. çocuk

4.....

## EK-3

### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

\* Tarih:

\* Hasta kardeşi no:

18. Adınız ve soyadınız:

19. Telefon numaranız:

20. Adresiniz:

21. Yaşınız (doğum tarihi):

22. Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kadın

23. Medeni durumunuz: a) Hiç evlenmemiş b) Evli c) Boşanmış d) Dul e) Ayrılmış

24. Eğitim durumunuz: a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu

d) Yüksekokul e) Üniversite mezunu f) Yüksek lisans

25. Mesleğiniz: a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Esnaf e) Çiftçi f) Asker g) Öğrenci

h) İşsiz ı) Diğer

26. Yaşam koşulları: a) Yalnız yaşıyor b) Ailesiyle yaşıyor c) Arkadaşlarıyla yaşıyor

d) Diğer (belirtiniz):

27. Bilinen tanı konulmuş bedensel bir hastalığınız var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

28. Bilinen tanı konulmuş nörolojik bir hastalığınız var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

29. Bilinen tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

30. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? a) Var (belirtiniz) b) Yok

## EK-4

### PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ-HASTA ANKETİ

Hasta:

Tarih:

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız. Panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bumaltı (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

Çarpıntılar ve kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması

Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi

Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi veya benliğin yabancılaşması ya da tam olarak burada değilim duyguları

Denetim kaybı, delirme ya da bayılma korkusu

Ölüm korkusu

Ateş basması ya da ürperme

Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Terleme

Titreme, sarsılma

Ağız kuruluğu

Nefes almada güçlük

Boğulma duygusu

Göğüste ağrı, sıkışma hissi

Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi

(örneğin midenin alt üst olması)

**panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.**

A.1. Ne sıklıkla panik atağı geçirdiniz?

0. Geçen hafta hiç panik atağım olmadı.
1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu.
2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu.
3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu.
4. Geçen hafta içinde 6!dan fazla panik atağı oldu

A.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ne şiddetteydi?

0. Panik atağı olmadı.
1. Ataklar çok az şiddetteydi.
2. Ataklar orta derece şiddetteydi.

3. Ataklar epeyce şiddetliydi.
4. Ataklar çok şiddetliydi.

A.3. Panik ataklarının her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

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

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

0. Çoğunlukla beklenmedik
1. Beklenmedikler beklenenlerden çok
2. Bazısı beklendik, bazısı beklenmedik
3. Beklenenler beklenmediklerden çok
4. Çoğunlukla beklendik

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

0. Kaçınma yok
1. Oldukça nadir kaçındım
2. Bazen kaçındım
3. Sık sık kaçındım
4. Her zaman kaçındım

B.2. Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyiniz.

1. uçaklar
2. metro (yer altında)
3. otobüsler, trenler
4. gemiler
5. tiyatrolar, sinemalar
6. süpermarketler
7. kuyrukta beklemek
8. konser salonları, stadyumlar
9. parti ya da sosyal toplantılar
10. kalabalıklar
11. lokantalar

12. müzeler
13. asansörler
14. kapalı yerler (tünel gibi)
15. sınıflar, konferans salonları
16. otomobile binmek ya da sürmek (örneğin trafik sıkışıkken)
17. geniş salonlar (lobiler)
18. sokakta yürümek
19. tarlalar, geniş caddeler, avlular
20. yüksek yerler
21. köprüden geçmek
22. evden uzaklara gitmek
23. evde tek başına kalmak
24. diğer durumlar

B.3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

0. Önemli değil (veya kaçınma yok)
1. Çok az önemli
2. Orta derecede önemli
3. Epeyce önemli
4. Çok önemli

C.1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

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

C.2. Bu 'korkudan korkmak' ne kadar şiddetliydi?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede
3. Epeyce
4. Çok şiddetli

D.1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

0. Bozulma yok
1. Çok az bozulma oldu



2. Orta derecede bozulma oldu
3. Epeyce bozulma oldu
4. Çok şiddetli bozulma oldu

D.3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok
1. Çok az bozulma oldu
2. Orta derecede bozulma oldu
3. Epeyce bozulma oldu
4. Çok şiddetli bozulma oldu

E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede
3. Epeyce
4. Çok şiddetli

E.2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedeni olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

0. Hiçbir zaman
1. Oldukça nadir
2. Bazen
3. Sık sık
4. Her zaman

B.2. Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin.

Korkulan durum yoksa: 0 puan

1 durum: 1 puan

2-3 durum: 2 puan

4-8 durum: 3 puan

8 durumdan çoksa: 4 puan

**TOPLAM PUAN**

(U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın)

## EK-5

### Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği-1

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

Durumluk Kaygı Puanı:

## EK-6

### Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği-2

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **genel olarak** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.Genellikle keyfim yerindedir. *	(1)	(2)	(3)	(4)
22.Genellikle çabuk yoruluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26.Kendimi dinlenmiş hissedirim. *	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Genellikle sakin, kendime hakim, soğukkanlıyım. *	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Genellikle mutluyum*.	(1)	(2)	(3)	(4)
31.Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Genellikle kendimi güvende hissedirim. *	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36.Genellikle hayatımdan memnunum. *	(1)	(2)	(3)	(4)
37.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39.Aklı başında ve kararlı bir insanım. *	(1)	(2)	(3)	(4)
40.Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı:

## EK-7

### ANKSİYETE DUYARLILIĞI ÖLÇEĞİ

1. Sınırlı görünmemek benim için önemlidir.
  0. Çok az
  1. Az
  2. Orta
  3. Belirgin
  4. Çok fazla
  
2. Bir iş üzerinde zihnimi toplayamadığım anlarda aklımı kaçırabileceğim konusunda endişelenirim.
  0. Çok az
  1. Az
  2. Orta
  3. Belirgin
  4. Çok fazla
  
3. Titrediğimi hissetmek beni korkutur.
  0. Çok az
  1. Az
  2. Orta
  3. Belirgin
  4. Çok fazla
  
4. Bayılacakmış gibi hissetmek beni korkutur.
  0. Çok az
  1. Az
  2. Orta
  3. Belirgin
  4. Çok fazla

5. Duygularımı kontrol altında tutmak benim için çok önemlidir.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

6. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

7. Midemin guruldaması beni utandırır.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

8. Bulantı hissetmek beni korkutur.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

9. Kalbimin hızlı çarptığını hissettiğimde kalp krizi geçirdiğim konusunda endişelenirim.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

10. Nefesimin daralması beni korkutur.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

11. Midem kötü olduğunda ciddi bir hastalığım olabileceği konusunda endişelenirim.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

12. Zihnimi bir noktada toplayamama beni korkutur.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

13. Titremem diğer insanların dikkatini eker.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

14. Olağan olmayan beden duyumları beni korkutur.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

15. Sinirli olduğum zamanlarda akıl hastası olabileceğim konusunda endişelenirim.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

16. Sinirli olmak beni korkutur.

0. Çok az
1. Az
2. Orta
3. Belirgin
4. Çok fazla

TOPLAM ÖLÇEK PUANI:

## EK-8

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**YÖNERGE:** Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son hafta içindeki (şu an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.
  0. Kendimi üzgün hissetmiyorum.
  1. Kendimi üzgün hissediyorum.
  2. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
  3. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.
  0. Gelecekte umutsuz değilim.
  1. Gelecek konusunda umutsuzum.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Benim için gelecek olmadığı gibi, bu durum düzelmeyecek.
3.
  0. Kendimi başarısız görmüyorum.
  1. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
  2. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
  3. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.



4.
  0. Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
  1. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
  2. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
  3. Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
  
5.
  0. Kendimi suçlu hissetmiyorum.
  1. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
  2. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
  
6.
  0. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
  1. Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
  2. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
  3. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
  
7.
  0. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
  1. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
  2. Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
  
8.
  0. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
  1. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
  2. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
  3. Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
  
9.
  0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
  1. Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
  2. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
  3. Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

10. 0. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
  1. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
  2. Şimdilerde her an ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
  
11. 0 Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
  1. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
  2. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
  3. Şimdilerde her an için sinirli ve tedirginim.
  
12. 0. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
  1. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
  2. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
  3. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
  
13. 0. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
  1. Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
  2. Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
  
14. 0. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum.
  1. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
  2. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum.
  3. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
  
15. 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
  1. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
  2. Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
  3. Hiç çalışmıyorum.

16. 0. Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.  
1. Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum.  
2. Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.  
3. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. 0. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
1. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.  
2. Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.  
3. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. 0. İştahım eskisinden pek farklı değil.  
1. İştahım eskisi kadar iyi değil.  
2. Şimdilerde iştahım epey kötü.  
3. Artık hiç iştahım yok.
19. 0. Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
1. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.  
2. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.  
3. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. 0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
1. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.  
2. Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.  
3. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. 0. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
1. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
2. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.  
3. Cinsel konulara olan ilgimi şimdilerde tamamen kaybettim.

TOPLAM ÖLÇEK PUANI:

**EK-9****YAŞAMBOYU PANİK AGORAFOBİ SPEKTRUMU ÖLÇEĞİ**

İSİM: \_\_\_\_\_ TARİH: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AÇIKLAMALAR:**

Aşağıdaki sorular geçmişte karşılaşmış olabileceğiniz ya da halen yaşamakta olduğunuz bazı durumlara yöneliktir. Lütfen her soruyu “EVET” veya “HAYIR” biçiminde, daire içine alarak yanıtlayınız. Bütün sorular bir hastalığın belirtilerine yöneliktir.

*Aşağıdaki sorular yaşamınız süresince hissettiklerinize yöneliktir.*

**Çocukluğunuzda ya da yetişkinliğinizde hiç yoğun bir sıkıntı hissettiniz mi ?**

1. Sevdiğiniz birisinden ayrıldığınızda ya da evden ayrılmanız gerektiğinde (örneğin akrabalarınıza ya da başka bir yere kalmaya gittiğinizde) ?	Evet Hayır
2. Size yakın olan birini kaybedebileceğiniz ya da onlara bir zarar gelebileceği düşünceleri nedeniyle (örneğin anne-babanız tartıştığında ya da onlardan biri hastalandığında) ?	Evet Hayır
3. Hiç size kötü bir şey olabileceği ve bunun sizi bir yakınınızdan ayırabileceği konusunda yoğun endişe yaşadınız mı (örneğin kaçırılmak, kaybolmak) ?	Evet Hayır
4. Ayrılma korkusu nedeniyle okula ya da işe gitmekte zorlandığınız oldu mu ?	Evet Hayır
5. Evde veya başka bir yerde yalnız olmak ya da yanınızda sevdiğiniz birisinin olmaması sizin için çok güçlük oluşturdu mu ?	Evet Hayır
6. Hiç yanınızda biri olmaksızın uyumakta ya da evden uzak bir yerde gece kalmakta zorlandınız mı ?	Evet Hayır
7. Uykudayken hastalanabilir ya da ölebilirsiniz diye hiç kendinizi sinirli ve rahatsız hissettiğiniz ya da yatmayı geciktirdiğiniz veya yatmaktan kaçındığınız oldu mu ?	Evet Hayır
8. Ailenizden ayrılmayla ilgili tekrarlayan kabuslarınız oldu mu (örneğin yangın, cinayet ya da başka bir felaketle ilişkili kabuslar) ?	Evet Hayır
9. Size yakın birinden ayrıldığınızda ya da ayrılabileceğinizi düşündüğünüzde sık sık bedensel belirtilerden yakındığınız oldu mu (örneğin baş ağrısı, bulantı, kusma, midede ağrı gibi) ?	Evet Hayır
10. Çocukluğunuzda ya da yetişkinliğinizde, kötü hava koşullarında sevdiğiniz kişilerden ayrıldığınızda çok fazla sıkıntı yaşadınız mı (örneğin rüzgarlı, fırtınalı, ya da kar fırtınalı bir havada) ?	Evet Hayır

*Aşağıdaki sorular biten ilişkilerinizle nasıl başa çıkabildiğinizle ilişkilidir*

11. Sevgilinizle ya da bir arkadaşınızla ilişkiniz sona erdiğinde, bu ilişkinin bitmesine uyum yapmakta diğer insanlardan daha fazla güçlük yaşadınız mı ? <i>Biten bir ilişkim olmadı</i>	Evet Hayır
12. Tek başına kalmaktansa sizin için çok da iyi olmayan bir ilişkiyi sürdürdünüz mü ?	Evet Hayır
13. Daha önce psikoterapi aldıysanız, terapiyi bitirmekte herhangi bir güçlük yaşadınız mı, ya da terapistiniz size bitirme zamanı geldiğini söylediğinde psikoterapiye devam etmek istediniz mi ? <i>Daha önce psikoterapi almadım.</i>	Evet Hayır
14. Eğer size gerçekten yakın birisi öldüyse, bu ölüme alışmakta diğer insanlardan daha fazla zorlandınız mı ? <i>Hiç bana yakın biri ölmedi.</i>	Evet Hayır
15. Ev hayvanları hakkında ? Onlara çok bağlanan ve kaybolduklarında ya da öldüklerinde çok fazla üzülen birisi misiniz ? <i>Ev hayvanım olmadı.</i>	Evet Hayır

Aşağıdaki sorular, yaşamınız süresince herhangi bir anda beklenmedik bir biçimde ya da aniden gelişen belirtilerle ilgilidir. Bunlar siz uykudayken bile olmuş olabilir.

**Bayanlar için: Bu belirtiler adet dönemi öncesinde ya da doğumdan sonra ortaya çıkmış olsalar bile “EVET” olarak yanıtlanmalıdır.**

**NOT:** Beklenen bedensel cevapları hesaba almayınız (örneğin koşarken kalp atışının hızlanması). Yine, başka hastalıklar nedeniyle oluşan belirtileri içermemektedir, örneğin; kalpte aritminiz varsa ve çarpıntınız oluyorsa, ya da ateşiniz olduğunda terlemenizin de olması gibi.

***Hiç, DURUP DURURKEN VE ANİDEN .....***

16. ...çarpıntı oldu mu ?, kalbiniz çok hızlı çarpıtı ya da tekledi mi ?	Evet Hayır
17. ...terlediniz mi ?	Evet Hayır
18. ...sallandınız ya da titrediniz mi ?	Evet Hayır
19. ...nefesiniz daraldı mı ?	Evet Hayır
20. ...boğulur gibi oldunuz mu ?	Evet Hayır
21. ...göğüste bir ağrı ya da baskı hissettiniz mi ?	Evet Hayır
22. ...bulantı hissettiniz, midede rahatsızlık hissettiniz veya ishal oldunuz mu ?	Evet Hayır

***Hiç, DURUP DURURKEN VE ANİDEN .....***

23. ...baş dönmesi, dengesizlik ya da fenalık hissi oldu mu ?	Evet Hayır
24. ...çevrenizdeki şeylerin artık tanıdık gelmediği oldu mu? Bunların gerçek dışı ve garip göründüklerini hissettiniz mi ?	Evet Hayır
25. ...kendinizin ya da bedeninizin parçalarının farklılaştığını hissettiniz mi ?	Evet Hayır
26. ...kontrolünüzü kaybedebileceğiniz ya da çıldırabileceğiniz korkusu oldu mu ?	Evet Hayır
27. ...ölebileceğinizden korktunuz mu ?	Evet Hayır
28. ...bedeninizin bazı bölgelerinde karıncalanma ya da uyuşma hissettiniz mi ?	Evet Hayır
29. ...ürpermeler ya da ateş basmaları hissettiniz mi ?	Evet Hayır

Aşağıdaki sorular yaşamınız süresince olmuş belirtilere yöneliktir.

***Hiç kendinizi aşağıdakiler gibi hissettiniz mi ?***

30. ...kafası karışmış ya da sersem gibi ?	Evet Hayır
31. ...nerede olduğunuzu şaşırılmış, yönünüzü karıştırmış gibi ?	Evet Hayır
32. ...bacaklarınızın pelteleştiği hissi, ya da sanki bir süngerin üzerinde yürüyormuş gibi hissettiğiniz oldu mu ?	Evet Hayır
33. ...bacaklarınızın odun gibi olduğu ya da beceriksizce yürüdüğünüz ?	Evet Hayır
34. ...barsaklarınızı ya da mesanenizi kontrol edemeyeceğiniz ?	Evet Hayır
35. ...davranışlarınızın kontrolünü kaybetmek üzere olduğunuz ?	Evet Hayır
36. ...havasız olan, sıcak ya da rutubetli havası olan ortamlarda, veya parfüm ya da çok güçlü olmasa da diğer kokular nedeniyle kendinizi sinirli, rahatsız ya da neredeyse boğulacakmış gibi hissettiniz mi ?	Evet Hayır
37. ...karanlık nedeniyle sinirlilik ya da rahatsızlık duyduunuz mu ?	Evet Hayır
38. ...gürültü çok fazla olmasa bile, gürültü nedeniyle sinirli ve rahatsız olduğunuz ?	Evet Hayır
39. ...sis, açık deniz ya da kar manzarası gibi nedenler ile görüşünüz bulanıklaştığında sinirli ya da rahatsız oldunuz mu ?	Evet Hayır
40. ...sanki bedeninizde ya da beyninizde bir şeylerin bozulduğu ?	Evet Hayır
41. ...birkaç saniye için göremediğiniz ya da duyamadığınız oldu mu ?	Evet Hayır
42. Hiç herhangi bir neden yok iken bir panik içinde uyandınız mı ?	Evet Hayır

***Bir sonraki soru gurubu altta listelenmiş olan belirtilere yöneliktir***

**çarpıntı,göğüs ağrısı, karıncalanma, mesaneyi kontrol edememe  
terleme, bulantı, hissizlik, barsaklarını kontrol edememe  
titreme, ishal, sıcak basması, kontrolünü kaybetme  
sarsıntı, sallanma, baş dönmesi, ürperme  
nefes darlığı, fenalık hissi, kafa karışıklığı  
tıkanma, boğulma, yeri-yönü şaşırma**

**Yaşamınız süresince herhangi bir zaman şu durumlarda, yukarıdaki belirtilerden herhangi birisi oldu mu ?**

43. ...çok şiddetli olmasa da stresli bir durum içinde olduğunuzda, kolayca oluştu mu (örneğin çok çalışma, aile problemleri, uykunuzun ya da günlük olağan düzeninizin bozulması) ?	Evet Hayır
44. ...stresli bir durum bittikten hemen sonra (örneğin otobanda araba kullandıktan ya da çok kalabalık bir odada bulunduktan hemen sonra olduğu gibi benzeri zor bir sorunu çözdüğünüzde ya da zor bir durum sona erdiğinde) ?	Evet Hayır

**Yukarıdaki belirtilerden herhangi birisi şunları kullandığınızda oluştu mu ?**

45. ...kahve, çay ya da diğer kafeinli içecekler ?	Evet Hayır
46. ...grip ilaçları, burun spreyleri, tiroid, uyku ya da depresyon ilaçları ?	Evet Hayır
47. ...kokain, amfetamin (örneğin ekstazi) veya diğer uyarıcılar ?	Evet Hayır
48. ...herhangi bir ilaç ya da madde ?	Evet Hayır

**Yaşamınız boyunca herhangi bir zamanda aşağıdakilerden kaçındığınız ya da korktuğunuz oldu mu ?**

49. ...zarar verebileceğini, yan etkilerine aşırı duyarlı olabileceğinizi ya da allerjiniz olabileceğini düşündüğünüz için doktor tarafından reçete edilen ilaçları kullanmaktan ?	Evet Hayır
50. ...kişiliğinizi değiştirebileceği ya da kontrolünüzü kaybetmenize neden olabileceği düşüncesiyle doktor tarafından reçete edilmiş bir ilacı almaktan?	Evet Hayır
51. ...beyninizde kalıcı bir hasar yapabileceği nedeniyle doktor tarafından reçete edilmiş bir ilacı kullanmaktan ?	Evet Hayır
52. ...uyursanız kendinizi kötü hissedebilir ve hatta ölebilirsiniz diye anestezi almaktan ya da uyku ilacı kullanmaktan ?	Evet Hayır
53. İlaç kullanma nedeniyle sinirli ya da rahatsız olmanızdan dolayı, ilaç kutularındaki açıklamaları pek çok insandan daha dikkatli okur musunuz ?	Evet Hayır



**Yaşamınız süresince herhangi bir anda .....**

54. ...daha önce tanımlanan belirtilerden herhangi birisine sahip olmanız nedeniyle ya da bunların sizin beden ve akıl sağlığınız açısından ne anlama geldiği ile ilgili olarak aşırı endişelendiniz mi ?	Evet Hayır
55. ...daha önce yaşadığınızı bildirdiğiniz belirtilerin olduğu ortamlara benzer durumlarla karşılaştığınızda ya da bunları hayal ettiğinizde, hiç, kendinizi sınırlı ve rahatsız hissettiniz mi ?	Evet Hayır

**Yaşamınızın herhangi bir anında “bir şeylerin çok yanlış gittiği” konusunda endişelendiniz mi ?**

56. ...kendinizi ona karşı savunamayacak kadar güçsüz hissettiğiniz ve tanımlayamadığınız ya da adlandıramadığınız bir dehşet duygusu gibi ?	Evet Hayır
57. ...sizin bedensel durumunuzla ilgili olarak, sanki kalp krizi geçirecek, felç olacak, boğulacak ya da ölecekmiş gibi olma ?	Evet Hayır
58. ...aklınızla ilgili olarak, deliriyormuş ya da kontrolünüzü kaybediyormuş gibi olma ?	Evet Hayır

**Aşağıdaki sorular, içinde bulunduğunuzda sınırlı ya da rahatsız olduğunuz ya da kaçındığınız yerler veya durumlar ile ilişkilidir.**

**Yaşamınızın herhangi bir anında, kaçındığınız, rahatsız ve sınırlı hissettiğiniz oldu mu?**

59. ...evden uzakta bulunduğunuzda ya da ev dışında yalnız olduğunuzda ?	Evet Hayır
60. ...evde yalnız olduğunuzda ?	Evet Hayır
61. ...kalabalık bir yerde bulunduğunuzda ?	Evet Hayır
62. ...köprüde ya da teleferikte?	Evet Hayır
63. ...kapalı alanlarda bulunduğunuzda (örn. tünel, metro ya da tiyatro gibi)	Evet Hayır
64. ...asansörde bulunduğunuzda ?	Evet Hayır
65. ...otoban dışı yollarda araba kullandığınızda ? <i>araba kullanmadım</i>	Evet Hayır
66. ...otobanda araba kullandığınızda ? <i>araba kullanmadım</i>	Evet Hayır
67. ...geniş caddeler, şehir meydanları gibi açık alanlarda bulunduğunuzda ?	Evet Hayır
68. ...araba, otobüs, uçak ya da trenle yolculuk yaptığınızda ? <i>Not: kaza geçirme korkusu dışında</i>	Evet Hayır
69. ...kuyrukta beklediğinizde ?	Evet Hayır

**Yaşamınızın herhangi bir anında kaçındığınız, rahatsız ya da sınırlı hissettiğiniz oldu mu ?**

70. ...daha önce tanımlanan belirtiler nedeniyle utanabileceğinizi düşündüğünüz yerler ya da durumlarda bulunmaktan ?	Evet Hayır
71. ... kısıtılmış olma ya da koltukta boğuluyor olma duygusu nedeniyle dışçıye gitmekten ? <i>Not: Ağrı, anestezi ya da mikrop bulaşma korkusunu içermez.</i>	Evet Hayır
72. ...kısıtılmış olma ya da koltukta boğuluyor olma duygusu nedeniyle berbere veya kuaföre gitmekten ?	Evet Hayır
73. ... bunun mantıksız olduğunu bildiğiniz zaman bile, kaybolabileceğinizi düşündüğünüz yerler ya da durumlarda bulunmaktan ? <i>Not: Yalnızca bilinmeyen yerler ile sınırlı değil</i>	Evet Hayır
74. ... kısıtılmış olma duygusu nedeniyle EEG, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans gibi tetkikleri yaptırmaktan ? <i>Daha önce böyle bir tetkik yaptırmadım.</i>	Evet Hayır
75. ...kısıtılmış olma duygusu nedeniyle emniyet kemeri takmaktan ?	Evet Hayır
76. ...kısıtılmış olma duygusu nedeniyle kolye, yüzük kullanmaktan ?	Evet Hayır
77. ...kısıtılmış olma duygusu his nedeniyle kravat, dar giysiler, boğazlı kazak giymekten ?	Evet Hayır
78. ...boğulabilirim korkusu nedeniyle yutmaktan ya da kusmaktan ?	Evet Hayır
79. ...kısıtılmış olma duygusu nedeniyle bedensel olarak yakınlaşmaktan ?	Evet Hayır
80. ...yüzmekten ya da yüzme veya dalmayı öğrenmekten ?	Evet Hayır
81. ...mantıksızlığını bildiğiniz halde canlı canlı gömülme düşüncesi nedeniyle bazı yer ve durumlarda bulunmaktan ?	Evet Hayır
82. ...bir tuvaletin olup olmadığından emin olmadığınız yerlere gitmekten ?	Evet Hayır
83. ...kısıtılmış olduğunuzu hissedeceğiniz ya da hastalanacağınız ve yardım alamayacağınız endişesi taşıdığınız diğer durumlar içinde bulunmaktan ?	Evet Hayır

Aşağıdaki sorular hastalık konusundaki düşünceleriniz ya da duyduklarınızla ilgili olarak yaşadığınız endişeleriniz ve reaksiyonlarınız ile ilişkilidir.

**Yaşamınızın herhangi bir anında aşağıdakiler ile ilgili endişeleriniz oldu mu?**

84. ...bir başkasında olduğunu duyduğunuzda, ciddi bir <u>bedensel</u> hastalığa sahip olmaktan ?	Evet Hayır
85. ...bir başkasında olduğunu duyduğunuzda, ciddi bir <u>ruhsal</u> hastalığa sahip olmaktan ?	Evet Hayır

**Yaşamınız süresince herhangi bir anda çok endişelendiniz mi ?**

86. ...birilerinin tıbbi konularda konuştuğunu duyduğunuzda veya tıbbi yazıları okuduğunuzda ?	Evet Hayır
87. ...nabızınızın ya da tansiyonunuzun ölçülmesi ya da laboratuvar tahlil sonuçlarınızı aldığınızda ?	Evet Hayır
88. ...tıbbi ortamlarda (hastane, acil servis gibi) bulunduğunuzda ya da tıbbi aletleri gördüğünüzde ?	Evet Hayır

***Bundan sonraki sorular aşağıda listelenen belirtilerle nasıl başa çıktığınızla ilişkilidir.***

**ÇarpıntıGöğüs ağrısıKarıncalanmaMesaneyi kontrol edememe  
TerlemeBulantıHissizlikBarsaklarını kontrol edememe  
TitremeİshalSıcak basmasıKontrolünü kaybetme  
Sarsıntı, sallanmaBaş dönmesiÜrperme  
Nefes darlığıFenalık hissiKafa karışıklığı  
TıkanmaBoğulmaYeri-yönü şaşırma**

89. Hiç, aileniz ya da arkadaşlarınız tarafından rahatlatılmak ve size güvence verilmesi ihtiyacını hissettiniz mi ?	Evet	Hayır
90. Hiç, bu belirtiler nedeniyle anne-babanızdan, eşinizden, arkadaşlarınızdan ya da komşularınızdan yardım istediniz mi ?	Evet	Hayır
91. Yardım ve rahatlatılmak istediğinizde kolayca ikna oldunuz mu ? <i>Yardım veya rahatlatılmak istemedim.</i>	Evet	Hayır
92. Size güvence verilmesine ihtiyacınız olduğu için hiç acil servisleri kullandınız ya da evinize doktor çağırдыңız mı?	Evet	Hayır
93. Doktorunuz gereksiz olduğunu söylemiş olsa da, siz güvence almak ya da korunmak için hiç hastahaneye yatmayı istediniz mi ?	Evet	Hayır
94. Doktorunuz önermemiş olsa da nabzınızı ya da tansiyonunuzu tekrar tekrar ölçtürdüğünüz oldu mu ?	Evet	Hayır
95. Doktorunuz önermemiş olsa da özel tanısal tetkikler (örneğin anjiyografi, gastroskopi gibi) yaptırdınız mı ?	Evet	Hayır
96. Doktorunuz önermemiş olsa da tıbbi laboratuvar tahlilleri yaptırmayı talep ettiniz mi ?	Evet	Hayır

**Yukarıdaki listede olan belirtilerle başa çıkabilmek için aşağıdakilere ihtiyacınız oldu mu ?**

98. ...çoğu zaman yanınızda birinin olmasına ?	Evet	Hayır
99. ...tiyatro, sinema ya da cami gibi yerlerde çıkış kapısına yakın oturmaya ?	Evet	Hayır
100. ...gideceğiniz yere cep telefonu ile gitmeye, ya da orada bir telefon kulubesi olup olmadığını kontrol etmeye ?	Evet	Hayır
101. ...doktorunuz önermemiş olsa da, ya da geçmişte önerdiği halde artık gerekli olmadığını söylese de, cebinizde ya da çantanızda sakinleştiriciler olduğundan emin olmaya ?	Evet	Hayır
102. ...herhangi bir yere gittiğinizde yanınıza bir şişe su ya da başka bir içecek almaya ?	Evet	Hayır
103. ...yanınızda bir baston ya da şemsiye taşımaya ?	Evet	Hayır
104. ...köpeğinizi yanınızda götürmeye ?	Evet	Hayır

105. ...dışarı çıktığınızda bir şapka takmaya ?	Evet	Hayır
106. ...dışarı çıktığınızda yanınıza şeker ya da çiklet almaya ?	Evet	Hayır
107. ...yanınıza iyi şans getiren bir şey almaya ?	Evet	Hayır
108. ...karanlık bir ortamda bile güneş gözlüğü takmaya ?	Evet	Hayır
109. ...alkol ya da sakinleştirici ilaçlar kullanmaya ?	Evet	Hayır
110. ...size daha iyi bakmalarını sağlamak için doktorlarla özel ilişkiler kurmaya ?	Evet	Hayır
111. ...uyuyabilmek için yatak odasındaki bir ışığı açık bırakmaya ?	Evet	Hayır

***Aşağıdaki sorular sıkıntınızı başkalarına nasıl aktardığınızla ilişkilidir.***

112. Başkalarının sizin çektiğiniz acıyı tam olarak anlayabilmesi için, hiç belirtilerinizi abartmanız gerektiğini düşündünüz mü ?	Evet	Hayır
113. İhtiyacınız olan yardımı ve güvenceyi alabilmek için, hiç belirtilerinizi abartmanız gerektiğini düşündüğünüz oldu mu ?	Evet	Hayır
114. Hiç ihtiyacınız olan yardım ve güvenceyi alabilmek için, hiç olduğunuz gibi davranmak yerine rol yaptığınızı hissettiğiniz oldu mu ?	Evet	Hayır

EK: 10

ADI SOYADI:

TARİH:

DEĞERLENDİREN DR.:

SCID-1

A1		A46			F8		F53
A2		A47			F9		F54
A3		A48			F10		F55
A4		A49		D	F11		F56
A5		A50			F12		F57
A6		A51	E1		F13		F58
A7		A52	E2		F14		F59
A8		A53	E3		F15		F60
A9		A54	E4		F16		F61
A10		A55	E5		F17		F62
A11		A56	E6		F18		F63
A12		A57	E7		F19		F64
A13		A58	E8		F20		F65
A14		A59	E9		F21		F66
A15		A60	E10		F22		F67
A16		A61	E11		F23		F68
A17		A62	E12		F24		F69
A18		A63	E13		F25		F70
A19		A64	E14		F26		F71
A20		A65	E15		F27		F72
A21		A66	E16		F28		F73
A22		A67	E17		F29		F74
A23		A68	E18		F30		F75
A24			E19		F31		F76
A25		B1	E20		F32		F77
A26		B2	E21		F33		F78
A27		B3	E22		F34		F79
A28		B4	E23		F35		F80
A29		B5	E24		F36		F81
A30		B6	E25		F37		F82
A31		B7	E26		F38		F83
A32		B8	E27		F39		F84
A33		B9	E28		F40		F85
A34		B10	E29		F41		F86
A35		B11	E30		F42		F87
A36		B12	E31		F43		F88
A37		B13	E32		F44		F89
A38		B14			F45		F90
A39		B15	F1		F46		F91
A40			F2		F47		
A41			F3		F48		
A42			F4		F49		
A43			F5		F50		
A44		C	F6		F51		
A45			F7		F52		