

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Psikiyatri  
Anabilim Dalı

**PANİK BOZUKLUĞUNDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI  
VE  
MİZAÇ/KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN  
TEDAVİ SONUCU ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Nazlı SAVAŞ**

**DANIŞMAN:**

**Prof. Dr. M. Murat Demet**

**Manisa-2012**

## ÖNSÖZ:

Bu çalışmanın araştırılmasında, planlanmasında, istatistiksel değerlendirme ve yazım aşamasında bilgisini ve samimiyetini hiç bir zaman esirgemeyen, asistanlık sürecim boyunca manevi desteğini de hep yanında hissettiğim sevgili hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. M. Murat Demet'e tez sürecimdeki ve Psikiyatri eğitimimdeki katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Psikiyatri eğitimim süresince bilgilerini, deneyimlerini benimle paylaşan, iyi bir hekim olabilmem için her zaman desteklerini gördüğüm sevgili hocalarım Prof. Dr. Ayşen Esen Danacı, Prof. Dr. Ömer Aydemir, Prof. Dr. Erol Özmen, Doç. Dr. Artuner Deveci, Doç. Dr. E. Oryal Taşkın'a teşekkür ederim.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Pınar Dünder Erbay'a tez sürecindeki katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimimde hocam ve özel hayatımda doktorum olarak desteğinden dolayı Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Hatice Mavioglu'na teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimime katkılarından ve misafirperverliklerinden dolayı Pamukkale Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Burcu Çakaloz ve Yard. Doç. Dr. Gülşen Ünlü ve güleryüzlü asistanlarına teşekkür ederim.

Tezin uygulama aşamasındaki emeklerinden dolayı asistan arkadaşlarım, dostlarım Siğnem Öztekin ve Pınar Çelik'e teşekkür ederim.

Tezin yazım aşamasındaki emeklerinden ve manevi desteklerinden dolayı canım dostlarım Fulya Kamit Can ve Yıldırım Başar Ünal'a teşekkür ederim.

Tez sunumunun hazırlanmasında büyük emeği geçen sevgili kardeşim Burak Onur Kozal'a teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım, iyi ve kötü günlerimde varlıklarını hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma ve Psikiyatri AD çalışanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık yaşamımda ve tez sürecimdeki yardımlarından dolayı araştırmaya katılmayı kabul eden etmeyen tüm hastalarımın teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olduklarını hissettiğim, yüzümü hep güldüren sevgili aileme, özellikle ölçeklerimi tek tek çoğaltıp derleyen babama teşekkür ederim.

Ve son olarak; varlığıyla bana güç katan, en büyük motivasyon kaynağım, en doğru kararım sevgili eşim Orçun Kozal'a teşekkür ederim.

NAZLI SAVAŞ

## İÇİNDEKİLER:

|  |     |
|--|-----|
| Önsöz.....   | ii  |
| İçindekiler.....                                     | iii |
| Tablo listesi.....                                   | v   |
| Kısaltmalar.....                                     | v   |
| I.1.Giriş.....                                       | 1   |
| I.2.Amaç.....  | 2   |
| II.Genel Bilgiler.....                               | 3   |
| II.1 Panik Bozukluğu.....                            | 3   |
| II.1.1. Tanım.....                                   | 3   |
| II.1.2.Tarihçe.....                                  | 3   |
| II.1.3.Epidemiyoloji.....                            | 5   |
| II.1.4.Etyoloji.....                                 | 5   |
| II.1.5.Klinik Özellikler.....                        | 8   |
| II.1.5.1.Cinsiyet Dağılımı.....                      | 8   |
| II.1.5.2.Başlangıç Yaşı.....                         | 8   |
| II.1.5.3.Hastalığın Gidişi.....                      | 8   |
| II.1.5.4.Semptomatoloji.....                         | 9   |
| II.1.5.4.i.Panik Atakları.....                       | 10  |
| II.1.5.4.ii.Beklenti Anksiyetesi.....                | 12  |
| II.1.5.4.iii.Agorafobi.....                          | 12  |
| II.1.6.Tanı.....                                     | 14  |
| II.1.7.Ayırıcı Tanı.....                             | 17  |
| II.1.8.Eştanı.....                                   | 18  |
| II.1.9.Panik Bozukluğu MDB Komorbiditesi.....        | 19  |
| II.2.Anksiyete Duyarlılığı.....                      | 20  |
| II.2.1.Anksiyete Duyarlılığı ve Genetik.....         | 21  |
| II.2.2.Anksiyete Duyarlılığı ve Cinsiyet.....        | 22  |
| II.2.3.Anksiyete Duyarlılığı ve Panik Bozukluğu..... | 23  |
| II.3.Mizaç ve Karakter Özellikleri.....              | 24  |
| II.3.1.Mizaç ve Mizaç Boyutları.....                 | 25  |
| II.3.1.i.Yenilik Arayışı.....                        | 26  |
| II.3.1.ii.Zarardan Kaçınma.....                      | 27  |

|   |    |
|---|----|
| II.3.1.iii.Ödül Bağımlılığı.....                            | 27 |
| II.3.1.iv.Sebat Etme.....                                   | 27 |
| II.3.2.Karakter ve Karakter Boyutları.....                  | 28 |
| II.3.2.i.Kendini Yönetme.....                               | 29 |
| II.3.2.ii.İşbirliği Yapma.....                              | 30 |
| II.3.2.iii.Kendini Aşma.....                                | 31 |
| II.3.3.Mizaç/Karakter Özellikleri ve PB İlişkisi.....       | 32 |
| III.Gereç ve Yöntem.....                                    | 33 |
| III.1.Çalışma deseni.....                                   | 33 |
| III.2.Çalışmaya dahil edilme ölçütleri.....                 | 33 |
| III.3.Çalışmadan dışlama ölçütleri.....                     | 34 |
| III.4.Kullanılan ölçüm araçları.....                        | 34 |
| III.4.1.Sosyodemografik veri formu.....                     | 34 |
| III.4.2.SCID yarı yapılandırılmış görüşme formu.....        | 34 |
| III.4.3.Panik bozukluğu şiddet ölçeği.....                  | 34 |
| III.4.4.Hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği.....       | 35 |
| III.4.5.Anksiyete duyarlılığı indeksi-3.....                | 36 |
| III.4.6.Mizaç ve karakter envanteri.....                    | 36 |
| III.5.İstatistiksel analiz.....                             | 37 |
| IV.Bulgular.....  | 38 |
| V.Tartışma.....   | 53 |
| VI.Özet.....  | 57 |
| VII.Summary.....  | 59 |
| VIII.Ekler.....   | 61 |
| VIII.1.Ek.1. Hasta bilgilendirilmiş gönüllü olur formu..... | 61 |
| VIII.2.Ek.2. Mizaç ve karakter envanteri.....               | 64 |
| VIII.3.Ek.3. Anksiyete duyarlılığı indeksi 3.....           | 72 |
| VIII.4.Ek.4. Panik bozukluğu şiddet ölçeği.....             | 73 |
| VIII.5.Ek.5. Hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği.....  | 74 |
| VIII.6.Ek.6. TPD Panik bozukluğu veri toplama kılavuzu..... | 75 |
| VIII.7.Ek.7. Etik kurul onayı.....                          | 80 |
| X.Kaynaklar.....  | 81 |

| <b><u>TABLO LİSTESİ:</u></b>   | <b><u>Sayfa No</u></b> |
|--|------------------------|
| <b>TABLO 1.Panik atağı için DSM-IV tanı ölçütleri.....</b>   | <b>10</b>              |
| <b>TABLO 2.Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri.....</b>   | <b>13</b>              |
| <b>TABLO 3.Agorafobi olmadan PB DSM-IV tanı ölçütleri.....</b>   | <b>15</b>              |
| <b>TABLO 4. ICD-10 PB tanı ölçütleri( Epizodik Paroksizmal Anksiyete).....</b>   | <b>16</b>              |
| <b>TABLO 5. Panik atağına benzer belirtiler oluşturabilen tıbbi durumlar<br/>ya da maddeler.....</b>   | <b>17</b>              |
| <b>TABLO 6. Örneklemin sosyodemografik özellikleri.....</b>  | <b>39</b>              |
| <b>TABLO 7. Klinik değerlendirme.....</b>  | <b>42</b>              |
| <b>TABLO 8. PB remisyonunda olanlarla PB remisyonunda olmayanların sosyodemografik ve<br/>klinik özellikler açısından karşılaştırılması.....</b> | <b>47</b>              |
| <b>TABLO 9. PB remisyonunda olanların PB remisyonunda olmayanlarla klinik özellikler<br/>açısından karşılaştırılması.....</b>                    | <b>48</b>              |
| <b>TABLO 10. Psikometrik ölçümler.....</b>   | <b>51</b>              |
| <b>TABLO 11. PB remisyonunda olanların PB remisyonunda olmayanlarla hastalık geçmişi<br/>açısından karşılaştırılması.....</b>                    | <b>52</b>              |

### **KISALTMALAR:**

**PB:** Panik bozukluğu

**ADI-3:** Anksiyete duyarlılığı indeksi-3

**HAM-A:** Hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

**ICD:** International Clasification of Diseases

**PBŞÖ:** Panik bozukluğu şiddet ölçeği

**TCI:** Mizaç ve karakter envanteri

**TPD:** Türk Psikiyatri Derneği

**GABA:**  $\gamma$ -amino butirik asit

**MHPG:** metoksi hidroksi fenil glikol

**M-CPP:** Mcholoro-Phenil-Piperazine

**MDB:** Major depresif bozukluk

## I.1. GİRİŞ:

Agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu nefes almada güçlük, çarpıntı, baş dönmesi, titreme, çıldırma-ölüm korkuları gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerin ön planda olduğu, yineleyici ve beklenmedik panik ataklarıyla belirlenen yaygın bir bozukluktur. Panik bozukluğundaki panik atakların özelliği “kendiliğinden ve beklenmedik” olmalarıdır.(1)

Beklenti anksiyetesi ve ikincil olarak gelişen kaçınma davranışları da bozukluğun önemli özellikleri arasındadır. Panik bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı %7-9 arasında değişmektedir (2). Kadın erkek oranı 2:1 dir (3). Panik bozukluğu tedavisinde ilaç ve psikososyal tedavilere yanıt oranı sırası ile % 50-70 ve % 75-85 oranlarındadır (4). Tedavi süresinin yetersizliği, uygun olmayan doz kullanımı, tedaviyi tolere edememe, tedaviye uyum sağlayamama, tıbbi ve ruhsal komorbidite bulunması, kişilik patolojileri tedaviye direncin belirleyicileri olarak kabul edilmektedir. (5,6)

Anksiyete Duyarlılığı; anksiyete belirtilerinden aşırı derecede korkmak biçiminde tanımlanan bir yapıdır. Kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren “temel bir korku” biçiminde kavramlaştırılmıştır. Yüksek anksiyete duyarlılığının panik bozukluğu ve agorafobiye yatkınlık yaratan bir bilişsel risk etkeni olduğu ve panik-agorafobi belirtilerinin sürmesinde özgül bir rolü olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (7). Anksiyete duyarlılığının, var olan anksiyeteyi daha da arttırdığı ve fobik kaçınma davranışlarıyla ilgili olan davranışsal koşullanmalara yol açtığı düşünülmektedir. Bu kavram, beklenti anksiyetesiyle ilişkili gibi görünmekte ve klinik olarak kısmen örtüşmektedir. Fakat beklenti anksiyetesi farklı olarak, “panik ataklarından sonra edinilmiş olan”, yeniden ve kaçınılmaz bir tehlike (panik atağı) oluşacağına dair bir anksiyetedir. Sürekli anksiyete özelliği taşımanın genel olarak stres etmenlerine karşı korku içeren tepki gösterme eğilimi olduğu ifade edilirken anksiyete duyarlılığının ise anksiyete belirtilerinin kendilerine özel bir korku tepkisi gösterme eğilimi taşıma anlamına geldiği ileri sürülmektedir (8).

Mizaç ve karakter özelliklerinin bazı alanlarının da anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta

düzyeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşıсында değişmez oldukları ve algısal bellekte kavramöncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu ( *yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme*) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu ( *kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma*) içermektedir. Mizaç faktörlerinden biri olan *yenilik arayışı (novelty seeking)* nun panik bozukluğunda düşük puanlar aldığı; ikinci mizaç faktörü, *zarardan kaçınma(harm avoidance)* nun ise panik bozukluğunda yüksek puanlar aldığı çalışmalarda gösterilmiştir. *Mizaç*, duygulara dayalı becerilerin ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında yatan duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerine karşılık gelmektedir. Karakter ise, kavramsal öğrenmeye dayanan sembolizasyon ve soyutlaştırma süreçlerine karşılık gelmektedir (9).

Panik bozukluğunda gerek anksiyete duyarlılığı gerekse mizaç/karakter özellikleri çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Bunların tedaviye yanıt veren ve vermeyenlerdeki etkilerine yönelik yeteri kadar çalışma yoktur. Bu alan araştırmaya açık bir alandır.

## **1.2. AMAC:**

Bu araştırmada panik bozukluğu gibi mevcut tedavi şekilleri ile elde edilen tedavi sonucunun tatminkar olmadığı bir psikiyatrik bozukluk grubunda tedavi sonucunu etkileyen etmenlerin ve özellikle de anksiyete duyarlılığı ve mizaç/karakter özelliklerinin tedavi sonucu üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bilgilerimize göre hem anksiyete duyarlılığı hem de mizaç/karakter özelliklerinin birlikte bu anlamda araştırıldığı bir çalışma deseni bulunmamaktadır.

Birbiriyle ilişkili olabilecek bu iki durumun birlikte değerlendirilmesi bu alana yeni bilgiler sağlama potansiyeli taşımaktadır.

## **II.GENEL BİLGİLER:**

### **II.1.Panik Bozukluğu:**

#### **II.1.1.Tanım:**

Panik bozukluğu anksiyete bozuklukları arasında en sık görülen, kronik ya da yineleyici seyreden, ailevi, sosyal ve işlevsel yeti yitimine neden olan bir bozukluktur (10). Panik bozukluğu (PB); tekrarlayan ve beklenmedik anlarda ortaya çıkan panik ataklarıyla seyreden, hastanın sonraki ataklarla ilgili beklenti endişesi yaşayıp kaçınma davranışı sergileyebildiği bir bozukluktur. DSM-IV (11) ve DSM-IV-TR’de (12) panik atağın tanımı yapılmış ve agorafobili ya da agorafobisiz PB olarak kodlanmıştır. Panik atakları panik bozukluğuna özgül değildir. Hemen her anksiyete bozukluğunda ve başka ruhsal hastalıkların seyri esnasında panik atağı görülebilir. Panik bozukluğundaki panik atakların özelliği “kendiliğinden ve beklenmedik” olmalarıdır (11). Panik atakları kişiyi “beklenti anksiyetesi” olarak kavramlaştırılan ve bir dahaki panik atağının ne zaman olacağı konusunda yoğun bir endişeli beklenti içine sokmaktadır. Ayrıca panik ataklara ikincil olarak gelişen ve bu bozukluktaki yeti yitiminin temel nedeni olan agorafobik kaçınma davranışları da bozukluğun önemli özellikleri arasındadır.

#### **II.1.2. Panik bozukluğunun tarihçesi:**

Panik (Panikos) sözcüğü, Yunan tanrısı Pan’dan türetilmiştir. Ansiklopedilerde “bir kimseyi ya da bir topluluğu, akılcı bir nedeni olmaksızın saran dehşet ve bunun yol açtığı büyük şaşkınlık, kargaşa ve karışıklık” olarak tanımlanır.

Panik bozukluğu ilk kez 1980’de DSM-III’de ayrı bir tanı kategorisi olarak yerini almakla birlikte, panik atağının belirtileri ve fobik kaçınmalar çok eski zamanlardan beri birçok kişi tarafından betimlenmiştir.

Panik atağının belirtileri ilk kez 17. yy. de Robert Burton tarafından “Melankolinin Anatomisi” isimli kitabında tanımlanmıştır. Bu tanımlamanın DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine benzerliği dikkat çekicidir. Burton ayrıca anksiyete ve depresyon belirtilerinin birlikte görünüşüne de işaret etmiştir (13). Daha sonraları panik atağı ve agorafobi benzeri



belirtiler, değişik kişiler tarafından değişik isimlerle tanımlanmıştır. Sauvages, 1700'lü yıllarda "vertigo hysterique", Benedikt ise 1870'de halka açık yerlerde baş dönmesi anlamına gelen "platzwindel"i tanımlamış, 1872'de Westphal, 1877'de Lengrad Sualle, bugünkü agorafobi ölçütlerini karşılayan benzer tablolar betimlemiştir. Agorafobi 1885'te Ball ve Gros tarafından psikozun bir formu olarak kabul ediliyordu. Hartenberger 1910'da, Agorafobinin beklenti anksiyetesine karşı geliştirilen öğrenilmiş bir davranış olduğunu savunmuştur.

Daha sonraları anksiyete ve fobik bozukluklara Beard'in 1869'da tanımladığı "Nevrasteni" kapsamı içinde yer verilmiş; 1893'te Heckner, nevrasteni hastalarının çoğunda halka açık yerlerde ortaya çıkan anksiyete ataklarını-"Angstanfalle" bildirmiş ve bu atakların spontan özelliğini not etmiş; ayrıca bazı olgularda bir-iki belirtili sınırlı atakların-"abortive oder incomplete Angstzustande"-varlığına dikkati çekmiştir.

1871'de Da Costa, Amerikan İç Savaşı sırasında askerlerde saptadığı çarpıntı, göğüs ağrısı, fenalaşma ve bayılma ile giden "irritabl kalp sendromu"nu tanımlamış, William Osler, 1905'de benzer belirtiler için "kalp nevrozu" terimini kullanmıştır. Lewis, I. Dünya Savaşı sırasında aynı belirtilerin yer aldığı tabloyu gözlediği askerlerde bu duruma "asker kalbi", kadınlarda ise "efor sendromu" adını vermiştir. Daha sonraları benzeri tablolar "nörosirkulatuvar asteni" adıyla anılmıştır.

Freud'un 1894'te tanımladığı "anksiyete nevrozu"nda DSM-III'de panik atağı için tanımlanan 12 belirtiden 9'unun yer alması dikkat çekicidir. Freud, anksiyetenin birçok psikopatolojik sendromun bir belirtisi olduğunu görmüş, günümüzde panik atağı olarak adlandırılan anksiyete ataklarının genel yaygın anksiyeteden ve fobilerden farklı olduğuna işaret etmiş ve panik atağının ani ve beklenmedik başlangıcını, beklenti anksiyetesini ve kaçınma davranışlarıyla olan ilişkisini belirtmiştir.

Kraepelin, 1909'da kitabının 8. baskısında anksiyetenin fizik-otonomik ve davranışsal görünümünü betimleyerek "korku nevrozu"ndan söz etmiştir. Francis Heckel ise I. Dünya Savaşından önce yazdığı ancak 1917'de yayımlatabildiği kitabında DSM-III tanı ölçütlerine oldukça yakın bir şekilde "paroksizmal anksiyete atağı" nı tanımlamış, belirtileri sınıflandırmış ve nedenlerini tartışmıştır.

Klein, 1960'larda yaptığı çalışmasında, imipraminin panik ataklarına iyi gelmesine karşın, genel anksiyete üzerine etkili olmaması, buna karşı düşük doz benzodazepinin panik atakları üzerinde etkisiz olması ama genel anksiyeteyi düzeltmesi nedeniyle panik bozukluğu ile genel anksiyetenin iki farklı hastalık olduğunu öne sürmüştür; böylece de panik bozukluğunun ve yaygın anksiyete bozukluğunun ayrı birer hastalık olarak DSM-III'te yer almalarına büyük katkıda bulunmuştur. Klein'in "yinelenen beklenmedik panik atakları", "beklenti anksiyetesi" ve "agorafobi" şeklinde üçlemesi günümüzde bile hala en geçerli panik bozukluğu modelidir (14).

### **II.1.3.Epidemioloji:**

Toplumda yaşamının herhangi bir bölümünde yaşam boyu en az bir panik atağı yaşama oranı % 10 dur. Yineleyici panik ataklarının sıklığı % 7 (% 3.6-9.9) civarındadır (15). Panik bozukluğu sıklığı ise daha düşüktür. Yapılmış önemli çalışmalardan önde gelen ikisi "Epidemiyolojik Alan Çalışması" (*Epidemiologic Catchment Area*) (16) ve "Ulusal Eşitlik Çalışması" (*National Comorbidity Survey*)dir (17). Bu çalışmalarda panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı % 7 ile % 9 arasında değişmektedir. Agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı ise % 1.5 ile % 3.8 arasında değişmektedir. Sınırlı belirtili panik atağı geçirmenin yaşam boyu yaygınlığı % 4.8 ile % 8.5 arasındadır. Yine Kessler ve arkadaşlarının (2006) yayımladığı Ulusal Eşitlik Çalışması Replikasyonu'nun bulgularına göre agorafobisiz panik ataklarının yaşam boyu sıklığı oldukça yüksektir (% 22.7). Bu çalışmada yaşam boyu agorafobili panik atakları % 0.8, agorafobisiz panik bozukluğu % 3.7 ve agorafobili panik bozukluğu % 1.1 olarak saptanmıştır (18).

### **II.1.4.Etyoloji:**

Panik bozukluğunun biyolojik kökeni üzerine yapılan çalışmalardaki veriler nöroanatomik olarak, beyin sapı (locus ceruleus noradrenerjik nöronları ve orta raphe çekirdeğinin serotonerjik nöronları), limbik sistem (beklenti anksiyetesi üzerinde yüksek olasılıkla rolü var) ve prefrontal korteks (olasılıkla fobik kaçınma ortaya çıkmasından sorumludur) üzerine odaklanmıştır (19). Panik bozukluğunun nöroanatomik hipotezine göre; şartlı korku uyarısına yanıt olan psikolojik ve davranışsal sonuçlar ile panik atağı klinik belirtileri arasında dikkate değer bir benzerlik var gibi görünmektedir. Hayvanlarda bu sonuçlar beynin merkezinde

bulunan amigdalaadaki “korku ağı” vasıtasıyla ortaya çıkmakta ve hippocampus ve medial prefrontal korteksle etkileşimi içermektedir.

Amigdalanın hipotalamus ve beyin sapına kadar olan projeksiyonları şartlı korku yanıtlarının gözlenen pek çok sonucunu açıklamaktadır. Benzer bir ağın panik bozukluğunda da olduğu tahmin edilmektedir. Kanıtların bir noktada birleşmesi, hem kalıtsal faktörlerin hem de özellikle erken çocukluk dönemindeki sıkıntılı yaşam olaylarının ilk panik atağının sorumlusu olduğuna işaret etmektedir (20). Hayvan deneylerinde duruma bağlı korku reaksiyonunun amigdala santral nükleusun görevi olduğu gösterilmiştir. Davis korku reaksiyonu sırasında ortaya çıkan akut anksiyete cevabının birçok davranışsal ve fizyolojik belirtilerinin amigdala santral nükleusundan çıkan afferent uyarıların; otonom sinir sistemi merkezlerini tetiklemesi sonucu olduğunu göstermiştir (21). Panik bozukluğunda rol oynayan ana nörotransmitterler norepinefrin, serotonin ve  $\gamma$ -amino butirik asittir (GABA). Hayvan çalışmaları; lokus ceruleusun uyarılmasının (en fazla noradrenerjik nöron içeren beyin bölgesi) belirgin anksiyeteye yol açtığını kanıtlamıştır. Ayrıca bu bölgenin çıkarılması korku yanıtı uyandıracak durumlarla karşılaşıldığında beklenen korku yanıtının düşük olmasına neden olmuştur (22).

Locus ceruleusunu tutuşturduğu düşünülen presinaptik alfa-2 antagonisti yohimbinin paniğe benzer şekilde anksiyete çıkarması; kan basıncı ve plazma norepinefrin metaboliti olan MHPG (metoksi hidroksi fenil glikol) seviyesini panik bozukluğu olan hastalarda sağlıklı bireylere kıyasla yükseltmesi de noradrenerjik sistemin olaya katıldığına kanıtlardır. Aynı reseptörün agonisti olan klonidinin ise tam tersi anksiyeteyi bastırıcı etkisi vardır (23,24). Serotonin nöronları raphe nükleusundan köken alırlar ve raphe nükleusu tehlike durumunda verilecek yanıtı düzenler. Serotonerjik ilaçların anksiyeteyi tedavi ettiğinin gösterilmesi serotonerjik sistemin panik bozukluğun patogenezinde rolü olabileceğini düşündürmüştür. Serotonin hem agonisti hem de antagonisti olarak karışık etki gösteren MChloro- Phenil-Piperazine (m-CPP) panik bozukluğu olan hastalarda anksiyete yanıtını ortaya çıkarabilir (24). Yüksek potensli benzodiazepinler alprazolam ve klonezapamın panik bozukluğu tedavisinde etkili olması GABA-erjik sistemin hastalıkta rolü olduğunu düşündürmektedir. Orta beyin-pons sisteminde bulunan GABA-erjik nöronlarca düzenlenen sakkadik göz hareketlerinin panik bozukluğu olan hastalarda azalmış duyarlılık göstermesi de GABA-erjik sistemin işe karıştığına diğer bir kanıttır. Panik atakları uyardığı bilinen CO<sub>2</sub> GABA sistemi tonusu üzerine de etkilidir (19).

Panik bozukluğu genetik geçişin en iyi gösterildiği anksiyete bozukluğudur. Etiyolojik araştırmalar panik bozukluğu hastalarının birinci ve ikinci derece akrabalarında panik bozukluğu görülme oranının 4-10 kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Bu bulgu genetik etmenlerle açıklanabileceği gibi; kültürel faktörlerin ve olumsuz ortamın sonucu da olabilir (25,26). Birçok DNA araştırmasında pozitif kanıt henüz saptanamamasına karşın; panik bozukluğunda multifaktöryel, genetik heterojenite gösteren, inkomplet penetrasyonlu tek loküslü otozomal dominant geçiş olduğu düşünülmektedir. Ancak bu geçiş panik bozukluğuna özgün değildir; diğer anksiyete bozukluklarında da aynı genetik geçiş söz konusudur. Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalar, sadece genetik etmenlerin değil diğer faktörlerin de etkili olduğunu göstermiştir. Tek yumurta ikizlerinde 4/13, çift yumurta ikizlerinde 0/16 konkordans saptanmıştır (26).

Panik atakları sırasında ölmekten, çıldırmaktan ve kontrolünü yitirmekten korkma gibi bilişsel semptomların olması hastalığın oluşumunda bilişsel etkenlerin rolü olabileceği kuramlarının ortaya atılmasına neden olmuştur (25,19). Panik bozukluğu hastalarında panik atağın bedensel semptomları ve bu semptomların katastrofik yorumları arasında bağlantı vardır. Örneğin aşırı yorgunluk, kahve tüketimi ya da heyecan gibi etkenlerden kaynaklanan bir çarpıntı; katastrofik yorumlama ile geçirilmekte olan bir kalp krizinin belirtisi olarak algılanıp panik atağıyla sonuçlanabilmektedir (27). Kişi bedensel duyularını, özellikle panik atağı belirtileri ile uyumlu olanları daha çabuk algılar. Panik ataklarının yineleyici doğası nedeniyle ve bazı bilişsel süreçlerin devreye girmesiyle, hastalar tehlikeli olarak niteledikleri durumlardan kaçınarak; panik atağı ve beklenti anksiyetelerini azaltmayı öğrenirler. Bu öğrenme süreçlerinde beynin prefrontal bölgesinin rol oynadığı sanılmaktadır (19).

Anksiyetenin anne-baba davranışının model olarak alınması ile ortaya çıktığını ya da klasik şartlanma yoluyla öğrenilmiş bir davranış olduğunu ileri süren davranış ve öğrenme teorileri ise daha çok agorafobiyi açıklamakta kullanılmıştır. Psikoanalitik kuramlar panik ataklarının anksiyete uyarıcı dürtülere karşı başarısız bir savunmadan kaynaklandığını ileri sürer. Ayrıca yine bu kuramlara göre ayrılık anksiyetesinin varlığı ve çocukluk çağında bir aile üyesinin kaybının agorofobide etkisi olduğu belirtilmektedir. Çocukluk çağında yaşanan travmatik bir ayrılık sinir sisteminin gelişimini etkileyerek sinir sistemini strese daha duyarlı hale getiriyor olabilir. Tweed ve arkadaşları 1989 yılında yaptıkları bir çalışmada 10 yaş altında annesini kaybeden ya da ailesinden ayrılan kişilerde panik bozukluğu riskinin arttığını göstermişlerdir. Erken dönem ayrılık anksiyetesi ya da yaşanmış gerçek ayrılığın panik

bozukluğun gidişi üzerine de etkisi olduğu gösterilmiştir (28,29,30). Nörofizyolojik olarak panik atağın başlangıcı locus ceruleus ile ilgili olmasına karşın paniğin başlaması genellikle çevresel ve psikolojik faktörlerle ilişkilidir. Düşük sosyoekonomik düzeyin daha fazla stresöre maruz kalınmasına neden olacağı bildirilmiştir (31,32). Panik bozukluğu hastalarında hastalığın başlangıcından önceki 6 ay içerisinde boşanma, iş değişikliği, gebelik gibi yaşam olayları vardır (33). Panik bozukluğu hastaları panik atakların başlangıcından önce özellikle ebeveyn kaybı başta olmak üzere stresli yaşam olayları bildirirler. Araştırma bulguları panik bozukluğunun 17 yaş öncesinde aileden ayrılma ve aileden birinin ölümünü yaşamayla kuvvetli bir ilişkisinin bulunduğunu göstermiştir. Yaşamın erken dönemlerinde anneden ayrılma, babadan ayrılmaya göre daha fazla panik bozukluğu gelişmesiyle sonuçlanmaktadır. Panik ataklar stresli yaşam olaylarının bilinçdışı etkilerini içermektedir ve panik atakların patogenezi; psikolojik reaksiyonların tetiklediği nörofizyolojik faktörlerle ilişkili gözükmektedir (34).

## **II.1.5. Klinik Özellikler:**

### **II.1.5.1. Cinsiyet Dağılımı:**

Panik bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (35). Kadın erkek oranı yaklaşık 2:1 dir. Panik bozukluğu oranı 15-24 yaş grubu kadınlarda % 2.5, erkeklerde % 1.3 iken, ileri yaşlarda cinsiyetler arasındaki fark artmakta, 35-44 yaş grubunda kadınlarda % 2.1 ve erkeklerde % 0.6 olmaktadır (36). Agorafobi, özellikle de şiddetli agorafobi, kadınlarda daha sık görülmektedir.

### **II.1.5.2. Başlangıç yaşı:**

Panik bozukluğu her yaşta başlayabilmekle birlikte, genellikle ergenlikle otuzlu yaşların ortaları arasındadır (37). Bozukluğun başlangıç yaşı 15-25 ve 45-54 yaşlarında iki-doruklu dağılım gösterir ve daha sonra yaş ilerledikçe sıklığı sabit bir şekilde azalmaya başlar (38).

### **II.1.5.3. Hastalığın Gidişi:**

Panik bozukluğu, belirtilerde azalmalar ve artmalarla giden genellikle kronik seyirli bir bozukluktur. Bozukluk önce panik ataklarıyla kendini göstermekte, daha sonra ataklara

beklenti anksiyetesi ve fobik kaçınma davranışları eklenmektedir. Hastaların en az bir yıl izlendiği 16 çalışmanın gözden geçirilmesinde panik ataklarında remisyona oranı % 30-80, fobik kaçınmadaki remisyona oranı % 18-64 olarak saptanmıştır (39). 423 panik hastasının 2-6 yıl süreli bir izlem çalışmasında, hastaların ancak % 31'inin panik ataksız bir yaşam sürdürdükleri ve yaklaşık % 61'inin ılımlı ve yineleyici belirtiler gösterdiği saptanmıştır (40). Hastalığın gidişinde çoğu hastada tam panik ataklarının sıklığı azalmakta ya da tamamen kaybolmaktadır. Fakat sınırlı belirtili ataklar uzun süre devam etme eğilimi göstermektedir. Bu kalıntı belirtiler düşük şiddette, ancak ısrarlı ve yetiyitimi yaratacak niteliktedir. Hastaların büyük çoğunluğu ilk 2 yıl içinde kısmi ya da tam remisyona girmektedir. Ancak panik bozukluğuna agorafobi eşlik ediyorsa daha olumsuz bir gidiş görülmektedir. Sekiz yıllık izlemede tam remisyona oranları agorafobisiz panik bozukluğunda % 70'leri aşarken, agorafobi eşlik eden hastalarda remisyona oranları % 35-40 düzeyinde kalmaktadır (41). Hastalığın gidişi cinsiyet farklılığı göstermektedir. Hastalığın daha başlangıcında kadın panik hastalarında gözlemlenen "daha fazla belirti sayısı, daha yüksek agorafobi ve eştanı oranları", kadınlarda daha fazla yetiyitimine yol açarak prognozunu erkeklere göre daha olumsuz olmasına neden olmaktadır (42). Genellikle panik ataksız yaşam olasılığının zamanla arttığı söylenebilir. Onbir yıl süren bir izlemede son bir ayda panik atağı olmama oranı % 88, son bir yılın panik ataksız olma oranı % 67, ailesel ve mesleksi yeti yitimi olmamasının % 90 ve sosyal yeti yitiminin olmamasının ise % 67 olduğu bildirilmiştir (43). Bir başka çalışmada, 15 yıl sonra mesleksi, ailesel ve sosyal işlevselliğinin yüksek olduğu ve hala panik bozukluğu ölçütlerini karşılayan hasta oranının % 18, agorafobinin sürdüğü hasta oranının ise % 20 olduğu saptanmıştır. Bazı kalıntı belirtiler mevcut olsa da, panik bozukluğu hastalarının önemli bir kısmında iyi sonlanmaktadır (44). Epidemiyolojik alan çalışması verilerine göre panik bozukluğu yaşlılarda en az görülen anksiyete bozukluğudur (45). Elli yaşından sonra başlaması genellikle ya bir stres ya da hastalık ertesinde olmaktadır.

#### **II.1.5.4.Semptomatoloji:**

Hastaları hekime başvurduktan belirtiler ve hastalığın şiddeti hastadan hastaya değişkenlik göstermektedir. Panik bozukluğunun üç temel özelliği vardır: Panik atakları, agorafobi ve beklenti anksiyetesi

#### **II.1.5.4.i.Panik atakları:**

Panik atağı ani, nedensiz ve şiddetli bir anksiyete halidir. Yaşanan huzursuzluk ve anksiyeteye nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi güçlü bedensel duyuların eşlik etmesi, ek olarak plan yapma, düşünme, usa vurma gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması, panik atağının diğer özellikleridir. Klinik görünümü oldukça heterojendir. Belirtiler otonom sinir sistemi (örn: çarpıntı, terleme), solunum sistemi (örn: nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi) ve merkezi sinir sistemi (örn: depersonalizasyon, baş dönmesi) kaynaklı olabilir. Bedensel belirtilerin bir kısmı (baş dönmesi, uyuşma-karınalanma) hiperventilasyona ikincil gelişmektedir. Hiperventilasyon anksiyeteyi kompanse etmek için ortaya çıkan, ancak ek bedensel belirtiler oluşmasına yol açan bir düzendir. Hiperventilasyon ile kanda CO2 düzeyleri azalır ve başta sersemlik hissi, baş dönmesi, bedenin değişik bölgelerinde uyuşma-karınalanma ile ellerde-ayaklarda kasılmalar gibi ek belirtiler ortaya çıkabilir.

Hastalar panik atağı belirtilerini kalp krizi geçirdiği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü yitireceği ya da delireceği, çoğu kez de öleceği biçiminde yorumlar. Bu yorumlar ve korkular atağın bilişsel belirti örüntüsünü oluşturur. Bu tür bilişsel hastalarda öznel bir huzursuzluk hali yaratmakta ya da var olan anksiyeteyi arttırmaktadır. Panik atağı tanısı için atak sırasında, toplam 13 bedensel ya da bilişsel belirtiden en az dördünün korku duygusuna eşlik etmesi gereklidir (11). (Tablo1)

Tablo1.Panik atağı için DSM-IV tanı ölçütleri

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da huzursuzluk döneminin olması:

- 1- Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- 2- Terleme
- 3- Titreme ya da sarsılma
- 4- Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyuları
- 5- Soluğun kesilmesi

- 6- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- 7- Bulantı ya da karın ağrısı
- 8- Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- 9- Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- 10- Kontrolünü yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11- Ölüm korkusu
- 12- Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
- 13- Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Panik atağı hızla ortaya çıkar, başlangıcından sonraki 2-10 dakika içinde doruğa ulaşır ve çoğunlukla 10-30 dakika sürer. Nadiren saatlerce sebat edebilir. O sırada hastaların yapmakta oldukları etkinlikleri sürdürmesi güçleşmiş, hatta olanaksız hale gelmiştir. Bir an önce içinde buldukları ortamdan kaçıp kurtulmak istemektedirler. Çarpıntı, taşikardi ve baş dönmesi gibi tanı ölçütlerinde yer alan belirtiler hastalar tarafından en fazla bildirilen belirtilerdir. Ayrıca, çaresizlik hissi ve kaçma-uzaklaşma isteği gibi belirtiler tanı ölçütlerinde yer almamakla birlikte çok fazla bildirilmektedir (46). Bunlar dışında panik atakları sırasında hastalar ağız kuruluğu, idrara çıkma isteği, karında gaz hissi ya da basınç, geğirme, barsak hareketlerinde artış, irritabilite, düşünememe, düşüncelerin yavaşlaması, başta ve ensede duyular gibi belirtiler yaşadıklarını belirtmektedirler.

Her durum ve koşulda, hatta uykuda bile panik atakları gelişebilir. Atakların sıklığı ve şiddeti de oldukça değişkendir, kimi hastalar haftada bir-iki atak geçirirken, hergün çok sayıda ya da ayda bir atak geçirenler de vardır. Panik atağı hızla tıbbi yardım arayışına yol açar. Bu hastalar öncelikle acil servislere, daha sonra da sıklıkla kardiyolog ve nörologlara başvururlar. Temel başvuru yakınması o kişi için en korkutucu olan bedensel belirtidir; çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi vb. (14). Panik ataklarının çeşitli görünümleri vardır. Bunlar klinik açıdan büyük farklılıklar göstermese de ayırıcı tanı, tedavi seçimi ve tedavinin etkinliğini ölçme açısından önemlidir. DSM-IV'te üç farklı panik atağı yer almıştır: Durumsal yatkınlık gösteren, durumsal olan ve beklenmedik (11).



#### **II.1.5.4.ii.Beklenti Anksiyetesi:**

İlk ataktan sonra ya da atakların sıklaşmasıyla birlikte bir başka atak olacağına dair korku geliştirmekte hastalar yaygın anksiyete bozukluğundakine benzer, dikkat, kaygılı beklenti ve hiperaktivitenin eşlik ettiği bir anksiyete durumu yaşamaktadırlar. Bu yeni bir panik atağı geçirme beklentisi ve korkusuna beklenti anksiyetesi denir. Beklenti anksiyetisinin üç ögesi vardır:

- 1- Bir panik atağı geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşları;
- 2- Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak inancı ve beklentisi;
- 3- Süregiden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkma (11).

Beklenti anksiyetesi içindeki hastalar, sürekli olarak ne zaman panik atağı yaşayacaklarını kestirmek amacıyla tüm çevresel ve bedensel ipuçlarını değerlendirmeye çalışmaktadırlar. Belirgin bir uyarılmışlık ve tetiklilik hali vardır. Bedenlerine, beden duyumlarına ilgileri artar. Solunumu ne zaman hızlanmaya başlamaktadır? Kalp atımını neler arttırmaktadır? Efor yapsa ne olabilir? Hangi ortamlarda bedensel belirtiler ortaya çıkmaktadır? Şu an bulunduğu yere en yakın sağlık kuruluşu nerededir ve oraya nasıl hızlı bir şekilde ulaşabilir? Kişinin kafası sürekli bu gibi ek anksiyete kaynağı olan düşüncelerle doludur (14). Dolayısıyla, beklenti anksiyetesi durumsal panik ataklarına, agorafobik kaçınma davranışlarına ve sağlık anksiyetesine zemin hazırlamaktadır.

#### **II.1.5.4.iii.Agorafobi:**

Spontan panik ataklarının yarattığı tehdit ve tehlike algısı, bir dizi aktif kaçınma eylemini tetikler. Hastalar panik atağı/anksiyete yaşamamak veya tehlikeli gördükleri şeylerden kendisini korumak için etkili ve sorun çözücü olmayan davranışları da içeren birçok güvenlik önlemine başvurmaktadır. Kişiler anksiyete ya da huzursuzluk yaratabilecek durumlar, yerler ya da olaylardan uzak durma eğilimindedirler. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlidir ve kişi kaçındığı olaya/duruma girmeye zorlandığında panik atağı yaşayabilir (11). “Fobik kaçınma” ve “güvenlik arama davranışları” anksiyeteyi geçici olarak yatıştırmakla birlikte, hastalığı sürdürücü işlev görmekte ve hatta bu davranışların kendisi yeni belirtiler üretmektedir. DSM-IV’e göre agorafobi panik bozukluğuna bağlı gelişir ve “panik atağı olduğunda yardım almanın ya da kaçıp kurtulmanın kolay olmayacağı durum/ortamlardan

korku” olarak tanımlanmıştır. Hastalar bu durumlardan kaçınırlar ya da ancak kendilerine eşlik eden biri olduğunda bu durumlara girebilirler veya bu durumlarda belirgin bir gerginlik yaşarlar. (Tablo2)

Tablo2. Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri

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

Genellikle agorafobinin gelişiminin panik ataklarının sonucu olduğu kabul edilmektedir. ABD’de yaygın kabul gören bu görüşe göre, hastalarda spontan panik ataklarına (aversif uyaran) bir tepki olarak agorafobi (koşullu kaçınma yanıtı) gelişmektedir. Panik bozukluğu hastalarının % 26’sında başlangıçtan sonraki ilk bir haftada, % 40’ında ise ilk 6 ay içinde agorafobi gelişmektedir (47). Agorafobinin panik ataklarına ikincil olduğu görüşü, agorafobiyi panik bozukluğunun bir evresi, değişkeni ya da daha ağır bir biçimi olarak değerlendirmektedir. Gerçekten de “belirli bir durum içindeyken panik atağı oluşacağı beklentisi-inancı”, agorafobik kaçınma gelişimini panik atak sıklığı, şiddeti ve süresinden daha iyi yordamaktadır (48). Anksiyete duyarlılığının şiddetli olması ve kontrolü kaybetme korkusu da, agorafobi ile ilişkilidir. Panik bozukluğunun bir sonucu olarak kabul edilmekle birlikte, panik atağı öyküsü olmaksızın da agorafobi ortaya çıkabilmektedir. Bazı araştırmacılar

panik bozukluğu ve agorafobinin etiyoloji, klinik ve gidiş özellikleri açısından farklı olduklarını savunmaktadırlar. ICD-10'a göre panik bozukluğu ve agorafobi ayrı bozukluklardır ve panik bozukluğu olsa bile agorafobi ayrıca kodlanır. Panik atağı olmaksızın agorafobisi olan bireylerin ayrıntılı şekilde sorgulanmasıyla, agorafobi gelişimi öncesinde, hastaların % 65'inde durumsal panik ataklarının, % 57'sinde ise sınırlı belirtili panik ataklarının saptanabildiği bildirilmiştir. Buna karşılık uzun süreli takip çalışmalarında panik atakları-agorafobi ilişkisinin iki yönlü olabileceği; yani panik ataklarının daha sonra agorafobi gelişmesi riskini ve panik ataksız agorafobinin ise daha sonra panik ataklarının oluşması riskini belirgin olarak artırdığı belirtilmiştir. Panik-agorafobi ilişkisinin doğası hakkında kuramsal tartışma halen çözümlenmemiştir. Agorafobisi olan hastaların % 95'i panik bozukluğu ölçütlerini de karşılamaktadır. Toplum çalışmalarında paniksiz agorafobi oranları düşüktür. Panik bozukluğu hastalarının 1/3 ile 3/4'ünde agorafobi eşlik etmektedir.

Agorafobinin varlığı panik bozukluğunun şiddetini, yeti yitimini ve eş tanı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır. Agorafobi kişinin yaşam biçimini değiştirir. Hastalar güvenli bir bölge arayışına girerler. Agorafobi şiddetli ise, kişiyi eve ya da bazı kişilere bağımlı hale getirir. Hastalığın gidişi sırasında bazı olgularda panik atakları kaybolunca agorafobi de kaybolmakta, bazı olgularda ise agorafobi panik atağının varlığıyla ilişkisiz olarak devam etmektedir (14).

### **II.1.6.Tanı:**

Panik bozukluğuna özgül bir ruhsal/fizik muayene ya da laboratuvar bulgusu yoktur. DSM-IV'te, panik bozukluğu tanısı için mutlaka bir "beklenmedik panik atağının" var olması gereklidir. Ancak atakların varlığı tek başına tanı koydurucu değildir. Tabloya beklenti anksiyetesi ya da ataklara ikincil davranış değişikliklerinin eşlik etmesi gerekir. Agorafobinin eklenmiş olup olmamasına bağlı olarak agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu şeklinde adlandırılır (Tablo3)

Tablo 3. Agorafobi olmadan panik bozukluğu DSM-IV tanı ölçütleri

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

Ayrıca, panik bozukluğu tanısı konulabilmesi için, bozukluğun bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak gelişmemiş olması gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırma sistemi ICD-10, panik bozukluğunu Amerikan sınıflandırma sisteminden farklı bir şekilde ele almaktadır. Bu sınıflamada panik bozukluğu, “Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır. Eğer panik bozukluğu ile birlikte agorafobi varsa “Fobik Anksiyete Bozukluklar”, agorafobisiz panik bozukluğu mevcutsa “Başka Anksiyete Bozuklukları” alt başlıkları altında kodlanması önerilmektedir (14). Dünya sağlık örgütünün psikiyatrik hastalıklar tanı çizelgesi ICD-10’da panik bozukluğu ölçütleri DSM tanı sistemi ile çok benzerdir. ICD-10 tanı ölçütlerinde agorafobi panik bozukluğu ile birlikte olması gerekmeyen ayrı bir kategoridir (49). (Tablo 4)

Tablo 4. ICD-10 Panik Bozukluğu Tanı Ölçütleri (Epizodik Paroksizmal Anksiyete)

|  |
|--|
| <p>A. Kişi daima özel bir durum ya da nesne ile ilişkili olmayan ve kendiliğinden ortaya çıkan yineleyen panik nöbetleri geçirir (örn. beklenmedik epizotlar). Panik nöbetleri belirgin ya da tehlikeli ya da yaşamı tehdit eden durumlarla karşılaşmakla ilişkili değildir.</p> <p>B. Panik nöbeti aşağıdakilerin tümü ile tanımlanır.</p> <p>1-sınırlı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma dönemidir,</p> <p>2-aniden başlar,</p> <p>3-birkaç dakikada en üst düzeye ulaşır ve en az birkaç dakika sürer,</p> <p>4-aşağıdaki belirtilerden en az dördü bulunmalıdır; bunlardan biri 'a-d' arasında olmalıdır</p> <p>-Otonom sistemde uyarılma belirtileri</p> <p>a-çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması</p> <p>b-terleme</p> <p>c-titreme ya da sarsılma</p> <p>d-ağız kuruluğu (ilaç ya da dehidratasyon nedeniyle olmayan)</p> <p>-Göğüs ve karınla ilgili belirtiler</p> <p>e-nefes darlığı</p> <p>f-boğuluyor gibi olma duyumları</p> <p>g-göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma hissi</p> <p>h-bulantı ya da karın ağrısı (örn. midede yanma)</p> <p>-Mental durumla ilgili belirtiler</p> <p>i-baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma</p> <p>j-derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)</p> <p>k-kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu</p> <p>l-ölüm korkusu</p> <p>-Genel belirtiler</p> <p>m-üşüme ürperme ya da ateş basmaları</p> <p>n-uyuşma ya da karıncalanma duyumları</p> <p>C. Panik nöbetleri fizik bir bozukluk, organik mental bozukluk ya da şizofreni ve benzeri bozukluklar, duygudurum bozuklukları ya da somatoform bozukluklar gibi başka ruhsal bozukluklar nedeniyle oluşmamalıdır.</p> |
|--|

## II.1.7.Ayırıcı Tanı:

Atakların herhangi bir madde-ilaç etkisine ya da başka bir anksiyete bozukluğunda görülen durumlara bağlı olarak gelişmemiş olması bir tanı ölçütüdür. Bu nedenle panik atağı ile başvuran hastalarda hekim öncelikle anksiyeteye neden olabilecek bir tıbbi durumun varlığını araştırmalıdır. Ayrıca hastanın kullandığı tüm ilaçları sorgulanmalıdır. Birçok farmakolojik ajanın bir yan etkisi olarak ya da kan düzeylerinin toksik sınıra ulaşması nedeniyle anksiyete meydana gelebilmektedir. (Tablo5)

Tablo 5. Panik atağına benzer belirtiler oluşturabilen tıbbi durumlar ya da maddeler

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| Alkol kesilme sendromu     | Hiperparatiroidi                 |
| Madde kesilme sendromu     | Hipertiroidi                     |
| Kardiyak aritmiler         | Hipotiroidi                      |
| Kardiyomiyopatiler         | Hipoglisemi                      |
| Koroner arter hastalığı    | Menapozal belirtiler             |
| Mitral valv prolapsusu     | Cushing hastalığı                |
| Pulmoner emboli            | Feokromasitoma                   |
| Elektrolit dengesizlikleri | Astım                            |
| Amfetaminler               | Temporal lob epilepsisi          |
| Marihuana                  | Gerçek vertigo                   |
| Kafeinizm                  | Mono sodyum glutamat duyarlılığı |
| Teofilin                   | Tiroksin                         |
| İzoproterenol              | L-Dopa                           |

Bu tür durumların anksiyeteye yol açtıkları saptanırsa tanı panik bozukluğu değil, tıbbi durum ya da maddeye bağlı anksiyete bozukluğu olacaktır.

Başlangıçta beklenmedik panik atağı öyküsünün olması bizi her zaman panik bozukluğu tanısına götürür. Panik hastalarının düşünce içeriği panik atağı geçirme korkusuyla doludur. Eğer panik atakları yalnızca durumsal ise, yani beklenmedik panik atakları yoksa, atağın

oluştugu koşullara göre diğer anksiyete bozuklukları akla gelmelidir. Hekim korku odağının ne olduğunu dikkatlice sorgulamalıdır. Panik atakları toplumsal durumlarda oluşuyorsa sosyal fobi; bir nesne ya da durumla karşılaşıldığında oluşuyorsa özgül fobi; kir ya da mikrop kapma olasılığı gibi bir obsesyon nesnesi ile karşılaşıldığında oluşuyorsa obsesif kompulsif bozukluk; bir stres ya da travmayı çağrıştıran belli uyaranlar ile oluşuyorsa travma sonrası stres bozukluğu düşünülmelidir. Asıl ayırıcı tanı sorunu bazı durumsal panik atağı yaşayanlarda görülen fobik kaçınmaların agorafobi mi, durum fobisi mi olduğu sorusunda yaşanmaktadır. Asansör, kapalı yer, taşıt korkusu gibi bazı durumlar agorafobi hastalarında görülebileceği gibi, özgül fobi durumsal tip olarak da karşımıza çıkmaktadır. Eğer hasta yalnızca durumsal kaçınma tanımlıyorsa, yani belli nesne ya da durum ile yüzleşmekten korkuyorsa, tanı özgül fobi olacaktır. Fobik hastalar genellikle yalnızca korku yaratıcı durumun kendisi ile ilgilenmektedirler. Sosyal fobinin odağında kişinin toplumsal izlenmeye maruz kalacağı durumlardan duyulan korku yatmaktadır. Bu durumlarda utanacağı, rezil olacağı gibi inançlar vardır. Başkaları bakarken sesi titreyecek diye konuşmamak, konuşurken kızarmaktan korkmak ya da aptalca şeyler söylemek veya yapmak gibi korkular görülür. Bu sosyal durumlardan belirgin bir kaçınma vardır. Sosyal fobide oluşan panik ataklarının hemen tamamı durumsal niteliktedir. Ve hastalar kaçınılan sosyal ortamlar dışında panik atağı yaşamazlar. Panik hastaları ise yalnız kalmaktan huzursuz olurlar.

Son olarak, gece gelen panik ataklarının varlığı yalnız panik bozukluğuna özgüdür. Bu tür atakların sorgulanması ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (14).

### **II.1.8.Eştanı:**

Panik bozukluğuna eşlik eden ve zaman zaman ayırıcı tanı güçlükleri de yaratabilen yüksek oranlarda tıbbi durum ya da psikiyatrik bozukluk eştanısı bulunmaktadır. Öyle ki agorafobi de katıldığında, tek başına panik bozukluğunu görme olasılığının oldukça az olduğu söylenebilir. Panik bozukluğu hastalarında diğer ruhsal bozukluklar çok sık görülmektedir. Birinci basamakta saptanan ve ele alınan panik hastalarının % 70'inin psikiyatrik bir eştanı aldığı bildirilmiştir (50). Eştanı oranları psikiyatri kliniklerinde görülen panik hasta gruplarında da yüksek olarak belirlenmektedir. Bir klinik örnekleme hastaların 2/3'ünde eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğunun saptandığı bildirilmektedir (51).

DSM-IV'e göre panik bozukluğu olan kişilerde % 50-65 oranında major depresif bozukluk ortaya çıkar. Daha ağır, agorafobisi olanlarda panik bozukluğu sıklıkla diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikte görülür. Panik bozukluğu olan kişilerin % 15-30'unda sosyal fobi, % 8-10'unda obsesif kompulsif bozukluk, % 10-20'sinde özgül fobi ve % 25'inde yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Çocuklarda görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğu da bu bozukluğa eşlik edebilmektedir (11).

### **II.1.9.Panik bozukluk major depresif bozukluk komorbiditesi:**

Panik bozukluğuna en sık eşlik eden ruhsal durum major depresif bozukluktur. Panik bozukluğu hastalarında yapılan araştırmaların gözden geçirilmesi, yaşam boyu en az bir major depresyon epizodu geçirme oranının % 50-65 olduğunu gösterirken, diğer taraftan major depresyon tanısı konulan hastaların % 10-59'unun aynı zamanda panik bozukluğu ölçütlerine de uyduğunu ortaya koymaktadır (52). Ulusal eşanı çalışması replikasyonunda panik ataklarında % 28.2, agorafobide % 48.7, agorafobisiz panik bozukluğunda % 34.7, agorafobili panik bozukluğunda % 38.5 oranında major depresyon eştanısı saptandığı belirlenmiştir (53). Önce panik bozukluğunun başlaması klasik bilgidir. Gerçekten de depresyon gelişme riski panik atakları ile 6.2, panik bozukluğu tanısının varlığında ise 6.8 kat artmaktadır (54). Fakat eştanılı olgularda önce depresyonun başlaması ya da iki bozukluğun aynı anda başlaması seyrek değildir. 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 (55). Panik bozukluğu depresyon eştanısı durumlarında saptanan intihar girişim oranları, tek başına depresyon ve tek başına panik bozukluğu durumlarında görülen oranların üzerindedir ve hatta ileriye dönük olarak elde edilen verilere göre panik hastalarındaki intihar davranışları depresif dönemler dışında nadiren ortaya çıkmaktadır (56). Sonuç olarak depresyon eştanısının panik bozukluğunun gidişini ve prognozunu olumsuz etkilediği aşıkardır. Bundan ötürü hastalığın gidişi sırasında depresif dönemler dikkatle izlenmeli ve saptandığında hızlı davranılarak etkin tedaviler uygulanmalıdır.



## II.2. Anksiyete duyarlılığı:

Anksiyete duyarlılığı zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak nitelendirilmiştir. İlk kez 1985 yılında Reiss ve McNally tarafından tanımlanmıştır. Korku beklentisi (expectancy of fear) modelinin temelini oluşturmaktadır. Bu modelde insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde anksiyete beklentisi ve anksiyete duyarlılığı olarak adlandırılan süreçler rol oynamaktadır. Anksiyete beklentisi kişinin belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir (57). Anksiyete duyarlılığı kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır (58). Teorik ve klinik önemi açısından anksiyete duyarlılığı panik atak, anksiyete ve anksiyete bozukluklarının bilişsel teorilerinin gelişmesinden sonra tanımlanmaya başlamıştır (59). Reiss'e göre anksiyete duyarlılığı korkmaktan korkmak ya da anksiyeteden korkmak olarak tanımlanan bir bireysel farklılık değişkenidir. Bu korku, kişinin anksiyete ya da korku yaşantılarının utanmaya, hastalığa, ölüme neden olabileceği inancından kaynaklanmaktadır (57). Bu tanım panik bozukluktaki katastrofik yanlış yorumlama ve beklenti modelini bütünleştirerek yapılmış bir tanımdır (60).

Sınıflandırma araştırmalarında anksiyete duyarlılığı için yüksek ve düşük olarak iki kategorili sınıflandırma esas alınmaktadır. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olanlar toplumun % 10 –20'sini oluşturmaktayken düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlar ise toplumun geri kalan kısmını oluşturmaktadırlar (61). Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler, aniden ortaya çıkan görece daha şiddetli olan ve açıklanamayan fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış bir şekilde, tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirler; görece daha düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlar anksiyete belirtilerini hoş olmayan ancak zararsız belirtiler olarak değerlendirmektedirler.

Reiss'e göre anksiyete duyarlılığı, bireylerin genetik olarak anksiyeteyi ne kadar rahatsız edici olarak algıladıkları ve anksiyete yaşantısının kendi kişisel yaşantıları açısından sonuçlarına ilişkin inançlarına göre farklılık gösterir. Anksiyete duyarlılığı yapısı anksiyete ile ilişkili çeşitli duyum ve belirtileri kapsayan bir anlama sahipse de bazı yazarlar bu kavramın temel olarak çarpıntı, terleme ve baş dönmesi gibi otonomik aktivasyona bağlı duyum ve belirtileri yansıttığını savunmaktadırlar (62).

Anksiyete duyarlılığı kavramı beklenti anksiyetesi ile ilişkili gibi görünmekte ve klinik olarak kısmen örtüşmektedir. Fakat beklenti anksiyetesi farklı olarak; panik ataklarından sonra edinilmiş, yeniden ve kaçınılmaz olan bir tehlike oluşacağına dair bir anksiyetedir.

Beklenti anksiyetesinin üç ögesi mevcuttur.

1. Bir panik atak geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli yoğun düşünce uğraşları
2. Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak inancı ve beklentisi
3. Süregiden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkma (63).

Reiss ve arkadaşlarına göre anksiyete duyarlılığı anksiyete bozukluklarının özellikle panik atakların ve de alkol ve madde kullanımının ortaya çıkmasında önemli bir faktördür (64). Anksiyete duyarlılığının bir kişilik özelliği olduğu yönünde de yorumlar yapılmaktadır. Ancak anksiyete duyarlılığı ve kişilik boyutlarının ilişkisini araştıran yayınlar kısıtlı olmasına rağmen yapılan az sayıda araştırmada anksiyete duyarlılığının nörotisizmin ya da olumsuz duygulanımın bir alt bileşeni olduğu yönünde bilgiler mevcuttur (65).

### **II.2.1. Anksiyete duyarlılığı ve genetik:**

Anksiyete duyarlılığının kaynakları hakkında yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Beklenti teorisine göre anksiyete duyarlılığı tamamen öğrenilmiş ve/veya genetik faktörlerden etkilenmiş bir yapı olarak değerlendirilmiştir (66). Stein ve arkadaşları anksiyete duyarlılığında kalıtımın etkisini araştırmak için bir ikiz çalışması gerçekleştirmişlerdir. Çalışmalarında anksiyete duyarlılığının güçlü kalıtılan bir yapı olduğunu belirtmişlerdir. Toplam varyansın % 45'i oranında anksiyete duyarlılığının kalıtsal bir yapısı olduğunu, geriye kalan oranında çevresel etkilerden kazanım sonucu oluştuğunu belirtmişlerdir. Çalışmada ayrıca anksiyete duyarlılığının gelişiminde çocukluk döneminde ebeveynin rolünün önemine, genetik ve öğrenilmiş deneyimlerin (çevresel faktörlerin) yüksek anksiyete duyarlılığı oluşturmadaki etkilerine dikkatleri çekmişlerdir (67). Son zamanlarda yayınlanan S. Taylor'ın araştırmasında anksiyete duyarlılığının etyolojisine yönelik olarak bir ikiz çalışması planlanmıştır. Monozigot ve dizigot ikizlerin dahil edildiği çalışmada anksiyete duyarlılığının üç faktörlü yapısının her birinin hangi etkenlerden daha fazla etkilendiği araştırılmıştır. Kadınlarda kalıtımın; yüksek düzeydeki duyarlılığın düşük düzeye oranla daha fazla etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda anksiyete duyarlılığının her üç faktörde

(fiziksel, bilişsel ve sosyal) genetik ve çevresel etkinin önemine vurgu yapılırken, erkeklerde çevresel faktörlerin etkisi olduğu, kalıtımın önemli bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (68). Yapılan çalışmalarda sıklıkla anksiyete duyarlılığının panik bozuklukla ilişkisine vurgu yapılmaktadır. Bu noktadan hareketle anksiyete duyarlılığının kalıtımsal bir yönü varsa panik bozukluğu olan hastalar ile birinci derece akrabalarında normallere oranla anksiyete duyarlılığının daha yüksek olması beklenebilir. Nitekim yapılan bazı araştırmalar bu bilgiyi destekler niteliktedir. Van Beek ve Griez'in 2003 yılında yaptıkları çalışmada panik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında kontrollere oranla daha yüksek, panik bozukluğu olan hastalara göre de daha düşük anksiyete duyarlılığı saptamışlardır (69). Ancak son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda yukarıda bahsedilen bulguların aksi yönünde bilgiler mevcuttur. Van Beek ve arkadaşlarının 2005 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada panik bozukluğu olan ve olmayan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete duyarlılığını araştırmışlar ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Bununla beraber panik bozukluğu olan ebeveynler ile çocukları arasında anksiyete duyarlılığı düzeyleri açısından bir ilişki bulamamışlardır. Sonuç olarak anksiyete duyarlılığının geç adölesan dönemi ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıktığını belirtmişlerdir (70). Yine buna benzer bir çalışmada Manuza ve arkadaşları panik bozukluğu olan ve olmayan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete duyarlılığı açısından fark saptamamışlardır (71). Sonuç olarak yapılan bazı çalışmalarda anksiyete duyarlılığını etkileyen etkenlerden birinin genetik faktörler olabileceğine yönelik kanıtlar olmakla beraber bunun aksini iddia eden görüşlerde mevcuttur. Kalıtımın anksiyete duyarlılığına etkisinin olup olmadığı; varsa bu etkinin hangi mekanizmalarla gerçekleştiği halen sürmekte olan ve ileride planlanacak olan çalışmaların sonuçlarına göre belirlilik kazanacaktır.

## **II.2.2. Anksiyete Duyarlılığı ve cinsiyet:**

Anksiyete duyarlılığı ve cinsiyeti araştıran çalışmalar da mevcuttur. Ancak bu çalışmalarda tutarsız sonuçlar göze çarpmaktadır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmaların bazılarında kadın öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek anksiyete duyarlılığı skorlarına sahip olduğu bulunmuştur (72,73). Fakat ADİ skorları açısından cinsiyeti ile anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı yayınlar da mevcuttur (74,75). Cox ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, kadınların panik atak geliştirme olasılıklarının erkeklere oranla daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (76).

Ayrıca anksiyete duyarlılığı boyutları açısından da cinsiyetler arası farklılık araştırılmıştır. 1997 yılında Stewart ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların yalnız erkeklere göre fiziksel skorlarının daha yüksek olduğu, erkeklerin ise sosyal ve psikolojik faktörlerinin fiziksel faktörlere göre daha yüksek olduğu ve toplamda kadınların anksiyete duyarlılığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yazarlar bu durumu sosyal durumlardaki cinsiyetin rolü ile açıklamaktadırlar. Erkeklerin yüksek sosyal ve psikolojik puan almalarının altında sosyal ortamlarda kadınlardan daha erken yaşta bulunmaları ve o ortamlarda yaşayacağı olumsuz deneyimlerin kabul edilemez inancını öğrenmeleri ile ilişkili olabileceğini belirtmektedirler (77).

Sonuç olarak kadınların anksiyete duyarlılığı skorlarının erkeklere oranla biraz daha yüksek olduğu söylenebilir. Ancak kesin bir kanıya varmak için daha fazla cinsiyet ve anksiyete duyarlılığı ilişkisini araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır.

### **II.2.3. Anksiyete Duyarlılığı ve panik bozukluğu:**

Yapılan çalışmalar anksiyete duyarlılığının birden çok boyutu olan bir kişilik özelliği olduğunu göstermektedir. Reiss bu durumun anksiyete bozukluğu gelişimini kolaylaştıran bir faktör olduğunu iddia etmiştir. Reiss'in beklenti teorisinden önce anksiyete duyarlılığının panik atakların bir sonucu olduğu yönünde bilgiler mevcuttu. Ancak bu teoriden sonra bunun bir sonuç olmaktan öte, anksiyete bozukluğu ve panik atak geliştirmede bir risk faktörü olabileceği görüşü egemen oldu (78). Buna yönelik bir takım çalışmalarda da kanıtlar ortaya konmuştur. Gerek ileriye dönük gerekse geriye dönük yapılan çalışmalarda yüksek anksiyete duyarlılığının panik ve diğer anksiyete bozukluklarını yordadığı gösterilmiştir. Maller ve Reiss üç yıllık bir izlem çalışması sonucunda yüksek anksiyete duyarlılığı olan üniversite öğrencilerinin üç yıl sonra anksiyete bozukluğu gösterme oranını düşük anksiyete duyarlılığı olanlara göre beş kat fazla bulmuşlardır (79). Anksiyete duyarlılığı ile panik bozukluğu arasında; özellikle yüksek anksiyete duyarlılığının ileride baş gösterecek panik bozukluğun habercisi olduğunu düşündüren uzunlamasına bir ilişki bulunmuştur. Schmidt ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada büyük bir genç erişkin sağlıklı grubu beş haftalık temel askerlik eğitimi süresince incelemişlerdir. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip hava harp okulu öğrencilerinin bu stresli dönem süresince daha düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlara göre panik atak yaşama deneyimlerinin daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca sürekli anksiyeteyi ve panik bozukluğu öyküsü olanları dışladıklarında bile anksiyete

duyarlılığının beklenmeyen panik atakları öngördüğünü saptamışlardır (80). Cox ve arkadaşları çalışmalarına son bir yıl içerisinde panik atak geçiren üniversite öğrencilerini dahil etmişlerdir. Son bir yıl içerisinde beklenen ya da beklenmeyen panik atak yaşayan kişilerin % 50'sinin yüksek anksiyete duyarlılığına, % 20'sinin orta ve % 11'inin düşük anksiyete duyarlılığına sahip olduklarını saptamışlardır (81). Ancak bu bulguları desteklemeyen görüşler de mevcuttur. Stewart ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin (ADİ) geçmişte panik atak yaşayan ve yaşamayan üniversite öğrencilerini ayırt etmede başarısız olduğunu belirtmişlerdir. Onların görüşleri biyolojik ve psikolojik çeldirme çalışmaları ile araştırılmış olan yüksek anksiyete duyarlılığının panik atak geçirmeye yatkınlığı öngördüğü yönündedir (82).

Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olan bireyler düşük olanlar ile karşılaştırıldıklarında isteğe bağlı hiperventilasyon sonrası panik belirtileri daha yoğun yaşadıkları tespit edilmiştir (83). Hastalık gruplarında yapılan çalışmalarda panik bozukluğu olan hastalar; sağlıklılardan ve diğer anksiyete bozukluğu olan hastalardan daha yüksek ADİ skoruna sahip oldukları bulunmuştur. Panik bozukluğu olan hastaların ADİ normlarının iki standart sapma üstünde puanlar aldıkları gösterilmiştir. Yüksek anksiyete duyarlılığı skoruna sahip olan bireylerin panik atak esnasında çok daha fazla sayıda fiziksel belirti yaşadıkları da bildirilen sonuçlar arasındadır (84). Panik bozukluğu öngörmeye toplam anksiyete duyarlılığı skorlarının önemli olduğu ancak diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırıldığında fiziksel faktörlerin ayırt edici olmada daha belirleyici olduğu belirtilmektedir (85). Sonuç olarak anksiyete duyarlılığının anksiyete bozukluğu gelişiminde ve devamında önemli bir risk faktörü olduğu ve kişilerde yaşamlarında hiç panik atak yaşamaları bile; panik atak yaşamaya bir yatkınlık oluşturduğu söylenebilir.

### **II.3.Mizaç ve Karakter Özellikleri:**

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir . Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavramöncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (86).

### **II.3.1.Mizaç ve Mizaç Boyutları:**

Mizaç (temperament) tabiat, yaratılış, huy anlamında kullanılmaktadır. Uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde tepki gösterme eğilimidir. Davranış ve duygu durumu belirleyen duygusal uyarana verilen, otomatik yanıtlardır. Mizaç, antik çağda “benlik ve özelliklerinin bireysel ve biricik oluşunun biyolojik temeli” olarak tanımlanmıştır (86). Psikososyal araştırmalara göre mizaç kişiliğin, kalımsal olarak geçen (87), gelişimsel olarak sabit olan, duygusal temelli ve sosyokültürel öğrenmeden etkilenmeyen kişilik içerikleri olarak kabul edilmektedir (88). Mizaç alanları çocukluktan erişkinlik dönemine değişmez, sabittir ve farklı kültürel yapılarda tutarlıdır (89). Bireylerde görülen mizaç varyansı yaklaşık % 50 oranında kalıtılabilir. Genetik faktörler sıklıkla mizaç tipini belirler (90). Diğer taraftan mizaçın zamanla kısmi ölçülerde değişme göstereceğine de inanılmaktadır. Duygudurum mizaçları ise kalıtım, gelişimsel faktörler ve kolaylaştırıcı faktörler arasında bir noktada yer almaktadır.

Mizaç boyutları, yenilik, tehlike veya ceza ve ödül’e yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır.

Mizaç faktörlerinden biri, yenilik arayışı (novelty seeking), yeniliğe yanıt olarak sık araştırmacı aktivite, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde aşırılık ve taşkınlık, çabuk kolay sinirlenme ve engellenmeden aktif kaçınma gibi davranışların etkinleşmesindeki veya başlamasındaki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir.

İkinci mizaç faktörü, zarardan kaçınma (harm avoidance), gelecekte olabilecek sorunlar için kötümser endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi pasif kaçınan davranışlar ve kolayca yorulma gibi davranışların ketlenmesinde veya durdurulmasındaki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir.

Üçüncü mizaç faktörü, ödül bağımlılığı (reward dependence), kendini aşırı duygusallık, sosyal bağıllık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi gösteren davranışların devamlılığı ve sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir.

Önceleri ödül bağımlılığının bileşenlerinden biri olarak düşünülen, dördüncü mizaç faktörü, sebat etme (persistence), engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir.

Bu boyutlara dayalı bireysel farklılıklar, erken çocukluk döneminde gözlenebilmektedir ve erişkinlikteki davranışın orta düzeyde yordayıcısıdır (91). Böylece kişiliğin bu yönleri, genellikle mizaç faktörleri olarak kabul edilen özellikleri göstermektedir. Çünkü bunlar kalıtsaldır, yaşamın erken döneminde ortaya çıkarlar ve açık bir şekilde öğrenmede kavram öncesi veya bilinçdışı yanlılıkları içerirler.

Mizaç, duygulara dayalı becerilerin ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında yatan duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerine karşılık gelmektedir. Karakter ise, kavramsal öğrenmeye dayanan sembolizasyon ve soyutlaştırma süreçlerine karşılık gelmektedir. Özgül olarak, mizaç ve karakter, iki tip bellek ve öğrenmeye; önermesel (propositional) ve işlemsel (procedural), dayalı olarak kavramsallaştırılabilir. Mizaç (kişiliğin “duygusal özü”), kortikositriatolimbik sistem tarafından düzenlenen işlemsel belleği içermektedir.

Mizaç boyutları özgül bir merkezi monoaminerjik sistem aktivitesi ile korelasyon göstermektedir: yenilik arayışı düşük dopaminerjik aktivite ile, zarardan kaçınma yüksek serotonerjik aktivite ile ve ödül bağımlılığı düşük noradrenerjik aktivite ile .

Mizaç boyutları, yenilik, tehlike ya da ceza ve ödüle yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır.

### **II.3.1.i.Yenilik Arayışı**

Yenilik Arayışı boyutunda ortalamadan yüksek olan ve diğer iki boyutta orta düzeyde olan kişiler, dürtüsel, araştırmacı, kararsız, çabuk fikir değiştiren, kolay heyecanlanıp çabuk tahrik olabilen, çabuk sinirlenen ve hiddetlenen, müsrif, düzensiz ve sistemsiz kişiler olarak karakterize edilmektedir. Yeni ilgilere ve aktivitelere çabuk girerler, ancak, detayları ihmal etme eğilimindedirler ve çabucak ilgileri kaybolur ve sıkılırlar. Çok kolay biçimde provoke edilip, kavgaya hazır hale gelebilirler. Tam tersi olarak, diğer iki boyutta orta düzeyde olan ancak yenilik araması ortalamadan düşük olan kişiler, yeni ilgilerle çok yavaş bir şekilde

ilgilenen, zihni daha çok dar, odaklaşmış detaylarla meşgul olan, karar verirken çok fazla düşünen kişilerdir. Tipik olarak, incefikirli, katı, sadık, vefalı, kolay kolay sinirlenmeyen, tutumlu, düzenli ve sade kişiler olarak tanımlanabilirler (86).

### **II.3.1.ii.Zarardan Kaçınma**

Zarardan kaçınmada ortalamadan yüksek olan ve diğer iki boyutta orta düzeyde olan kişiler, ihtiyatlı, tedbirli, gergin, vesveseli, korkak, utangaç, kolayca yorulan kişiler olarak karakterize edilmektedir. Diğer iki boyutta orta düzeyde olan ancak zarardan kaçınması ortalamadan düşük olan kişiler, kendinden emin, rahat, iyimser, hiçbir şeyi dert edinmeyen, sempatik ve enerjik kişilerdir (92).

### **II.3.1.iii.Ödül Bağımlılığı**

Ödül bağımlılığında ortalamadan yüksek olan ve diğer iki boyutta orta düzeyde olan kişiler, yardımsever, başkalarını memnun etmeye çok istekli, çalışkan, sempatik, duygusal, sosyal uyaranlara duyarlı, ödüllendirilme beklentisiyle doyumlarını erteleyebilen kişiler olarak karakterize edilmektedir. Tam tersi olarak, diğer iki boyutta orta düzeyde olan ancak ödül bağımlılığı ortalamadan düşük olan kişiler, sosyal olarak ilgisiz, lakayt, duygusal olarak soğuk, pratik, katı (dediğim dedik), seçimlerinden duygusal olarak bağımsız kişilerdir. Para gibi pratik ödüllere yanıt verirler, “aferin, iyi olmuş” gibi sosyal pekiştirmenin sözel sinyallerine duyarsızdırlar ve onlara çok fazla doyum vermeyen ilişkileri ve etkinlikleri çabucak sonlandırır ve çok çabuk soğuyabilirler (92). Bu şekilde, aralıklı olarak ödüllendirilmiş davranışın sönmesine direnç, sözel koşullanmaya yanıt vermedeki bireysel farklılıkları belirleyebilmektedir (93,94).

### **II.3.1.iv.Sebat Etme**

Sebat Etme (Persistence), engellenme ve yorgunluğa karşı sebat etmeye olan kalıtsal eğilimdir. Sebat eden bireyler insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler. Bu mizaç boyutu, Mizaç ve Karakter Envanteri’nde (TCI) bu boyut 8 maddelik ölçek ile temsil edilmektedir. Bu davranışın açıklanmasında 4 farklı davranış paradigmasını tanımlamaktadır. Bunlar; tembelliğe karşı beklenen ödül işaretlerine yanıtta çaba harcama isteği, sürekli ödül ve ceza olmaması ile



bozulmaya karşı aralıklı cezaya yanıtta çok çalışmak, beklenenden azını becerebilmeye karşı aralıklı engelleyici ödül almamaya yanıt olarak hırsıyla beklenenden fazlasını becerebilme ve sürekli ödüllendirilmezse pragmatik vazgeçmeye karşı aralıklı ödüle yanıtta mükemmeliyetçi saplanma (95). Yüksek sebatkarlığı olan bireyler gayretli, çalışkan, sebatkardır, engellenme ve yorgunluğu olsa da stabildirler. Tipik olarak beklenen ödüle yanıt olarak çabalarını arttırırlar. Bir şey yapılacaksa gönüllü olurlar, çalışmaya isteklidirler. Engellenme ve yorgunluğu meydan okuyucu olarak algırlar. Kolay vazgeçmezler, eleştirildiklerinde ya da hatalarla yüzleştiklerinde daha fazla çalışırlar. Yüksek sebatkar kişi mükemmeliyetçi ise düşkün olabilir. Ödüller aralıklı, beklenmedik olaylar stabil olduğunda sebatkarlık adaptif bir davranıştır. Ancak beklenmedik olayların hızlı değiştiği durumlarda sebatkarlık maladaptif olabilir (86). Sebatkarlığı düşük olan bireyler ödül ihtimalleri stabil olduğunda üşengeç, inaktif, güvenilir olmayan, stabil olmayan ve hata yapan olarak görünürler. Netice beklenen ödül olduğunda bile çabalarını arttırmazlar. Bu kişiler yapmaları gerekmeyen herhangi bir şey için gönüllü olmazlar ve kolay olsa bile bir işe başlamakta yavaşlardır. Engellenme, eleştirilme, yorgunlukla karşılaştıklarında kolay vazgeçerler. Bu kişiler genellikle şimdiki durumlarından tatmin olmazlar ancak sıklıkla şimdi yaptıklarından daha fazlasını yapabilecek biri olarak tanımlanırlar. Düşük skorlar düşük sebatkarlığı ve aralıklı ödüle rağmen tekrarlayan davranışları gösterir. Düşük sebatkarlık ödül ihtimali hızlı değiştiğinde adaptif stratejidir ve uzun süreli durumlarda ödüller sık değilse maladaptif olabilir (96).

Mizaç boyutlarına Cloninger'in sonradan eklemiş olduğu sebat etme araştırmalarda çıkan düşük korelasyon değerleri sebebiyle diğer boyutlardan bağımsızdır.

### **II.3.2. Karakter ve Karakter Boyutları:**

Karakter, çocuğun büyürken kullandığı savunma mekanizmalarının, endojen mizaç eğilimlerine, çevresel etki ve değişimlerine adaptasyonunun bir sonucudur. Karakterin kalıtımı daha zayıftır ve sosyo-kültürel öğrenmeden ılımlı düzeyde etkilenir (98). Karakter çocukluktan erişkinliğe adım adım olgunlaşır. Bu olgunlaşma önceki mizaç örüntüleri ve sosyokültürel eğitimle doğrusal bir ilişki içerisinde değildir. Karakter istemli amaçlar ve tutumlar çerçevesinde verilen yanıtlardır. İnsanlar, bazı duyuşal girdileri (algılar gibi) işlerler veya soyut sembolere (kavramlar gibi) dönüştürürler. Bunun sonucu olarak, insanlarda, uyarım-tepki karakteristikleri, algılanan uyarımın kavramsal anlamlılığına ve çarpıcılığına

dayanmaktadır. Bundan dolayı, karakter, kendiliğin farklı kavramlarıyla; kimim ve neyim ve niçin buradayım gibi, bağlantılı yanıt yanlılıklarına göre tanımlanabilir.

Davranışı başlatan, sürdüren veya durduran bilinçdışı otomatik yanıtlarımız, başlangıçta mizaç faktörleri tarafından belirlenmektedir, ancak, kimlik kavramımız tarafından belirlenen uyarımın anlamlılığı ve çarpıcılığındaki değişikliklerin bir sonucu olarak değişebilmekte ve koşullanabilmektedir. Bu bakış açısından, kişilik gelişimi, tekrarlayan epigenetik bir süreçtir; kalıtsal mizaç faktörleri başlangıçta kendilik kavramlarının içgörü öğrenmesini motive ederler, bunlarda kişinin yanıt vereceği uyarımın anlamlılığını ve çekiciliğini değiştirirler. Bu şekilde, mizaç ve karakter gelişimi birbirlerini etkilemektedir ve davranışı motive etmektedir (86). Kendilik-kavramlarının (karakteriyolojik yanıt setleri gibi) gelişiminin üç yönü, bir kişinin kendini ne ölçüde 1) bir otonom kişi, 2) insanlığın, toplumun entegre bir parçası ya da 3) her şeyin bütünlüğünün (örneğin evrenin) entegre bir parçası olarak tanımladığına göre farklılaşmaktadır. Kendilik kavramının bu üç yönü, üç karakter boyutuna karşılık gelmektedir; 1) Kendini Yönetme, 2) İşbirliği Yapma ve 3) Kendini Aşma.

Karakter (kişiliğin “kavramsal özü”), sembolizasyon ve soyutlama yüksek bilişsel işlevlerini içeren önermesel bellek ile ilişkilidir. Bu iki temel bellek ve öğrenme sistemi işlevsel olarak ayrıştırılabilir. Örneğin, striatal lezyonlarla karakterize Parkinson hastalığı olan kişiler, işlemsel öğrenmede bozulmalar gösterirken, önermesel öğrenmede göstermezler. Tam tersi olarak, medial temporal lob’daki lezyonlarla karakterize amnestik sendromlu kişiler, önermesel öğrenmede bozulmalar gösterirler, işlemsel öğrenmede bozulma göstermezler (97).

### **II.3.2.i. Kendini Yönetme**

Kendini Yönetme (self-directedness), kişilik bozukluğunun varlığı veya yokluğunun temel belirleyicisidir (99).

Kendini Yönetme’nin temel kavramı, elindelik (self-determination) ve irade’ye veya bir insanın bireysel olarak seçilmiş hedefler ve değerler doğrultusunda davranışını kontrol etme, düzenleme ve adapte etme yeteneğine işaret etmektedir. İrade’den kasıt, bir kişi, dezorganize dürtü setleri yerine, kendiliğini ne ölçüde entegre olmuş, amaçları olan bir kişi olarak tanımlamaktadır. İnsanları hayvanlardan ayıran en büyük özellik, insanların alternatif tepkileri arasında tercih yapabilme yeteneğine sahip olmalarıdır. Fikir değiştirebilirler, yalan

söyleyebilirler, kısacası, insanlar yaptıklarından sorumludurlar. Olumlu tarafta, olgun, etkin, iyi organize olmuş kişiler, benlik saygıları yüksek, hatalarını itiraf edebilen, kendilerini oldukları gibi kabul eden, yaşamlarının belli bir anlamı ve amacı olduğunu düşünen, hedeflerine ulaşmak için tatminlerini erteleyebilen, sorunların çözümünde teşvik edici olan kişilerdir. Daha özgül olarak, Rotter, kontrol odağı içsel olanlar (başarılarının kendi çabalarına bağlı olduğuna inananlar) ile dışsal olanları (başarılarının kendilerinin dışında başka faktörlerce kontrol edildiğine inananlar) ayırıştırarak, kontrol odağı nosyonunu tanımlamaktadır. Bu konudaki çalışmalar, kontrol odağı içsel olan kişilerin daha sorumlu, daha becerikli sorun çözücülerini olduğunu, halbuki, diğerlerinin daha yabancılaşmış ve apatetik, başkalarını suçlama eğiliminde olan, işi şansa bırakan kişiler olduğunu göstermiştir. Kontrol odağının bazı ölçümleri, mizaç ve mood'un diğer yönleri (örneğin, depresyon, yüksek zarardan kaçınma ve onay'a bağımlılık) ile karışsa da, sorumluluk ya da suçlama faktörü, mizacın diğer yönlerinden farklı ve daha çok kendini yönetme ile ilişkili genel bir kavram olarak görünmektedir.

Özet olarak, kendini yönetme çeşitli basamakları veya yönleri olan gelişimsel bir süreç olarak formüle edilebilir. Bunlar; 1) başkalarını veya şartları suçlamak yerine kişinin seçimleri için sorumluluğunu kabul etmesi (responsibility vs. blaming), 2) bireysel olarak değerlendirilmiş hedefler ve amaçların tanımlanması yerine hedef yönelimi eksikliği (purposefulness vs. lack of goal direction), 3) sorunları çözmekte becerilerin ve güvenin gelişimi (beceriklilik yerine apati/eylemsizlik)(resourcefulness vs. inertia), 4) kendini kabul yerine kendiyile mücadele (self-acceptance vs. selfstriving) ve 5) uygun, ahenkli alışkanlıklar yerine kişisel güvensizlik (congruent second nature vs. incongruent habits).

### **II.3.2.ii. İşbirliği Yapma**

İşbirliği Yapma (cooperativeness), diğer insanlarla özdeşim ve diğer insanları kabuldeki bireysel farklılıklara göre formüle edilmiştir. Bu faktör, kabullenme, kabul gösterme ya da bencilce saldırganlık ve düşmanlık ile bağlantılı olarak karakterin farklı yönlerini ölçmek için tasarlanmıştır. İşbirliği Yapma özelliği yüksek olan insanlar, sosyal olarak hoşgörülü, empatik, yardımsever, merhametli kişiler olarak tarif edilmektedir. İşbirlikçi olmayanlar ise, sosyal olarak hoşgörüsüz, diğer insanlara ilgi göstermeyen, yardımsever olmayan, ikinci insanlardır. Rogers, diğerlerine koşulsuz kabul gösteren, başkalarının duygularına empati yapabilen, kendi çıkarlarını gözetmeksizin başkalarının amaçlarına ulaşmalarına yardım etme

isteği duyan, kolaylaştırıcı (facilitative) insanı tanımlamıştır. Bu gibi sosyal kabul, yardımseverlik, baskalarının haklarına ilgi ve saygı, birbirleriyle ve olumlu benlik saygısı ile korelasyon göstermektedir. Empati, birlik olma duygusu veya diğer insanlarla özdeşim olarak tanımlandığında, başarılı iletişimi ve başkalarına merhamet duymayı mümkün kılmaktadır. Yardımseverlik ve merhametlilik, gelişim psikolojisinde olgunlaşmanın belirtileri olarak kabul edilmektedir. Bu gibi merhametlilik, affedici olmayı ve başkalarına, onların davranışlarından bağımsız olarak, müşfik olmayı içermektedir. Dostça sevgi duygularını ve düşmanlığın yokluğunu içermektedir (95). Etkin iş liderliği, yardımseverliği, örneğin; sadece kişisel kazancı gözetmeden, sorunları çözerken karşılıklı tatmin edici çözümleri bulma becerisini içermektedir. Bütün dini inançlar “temiz kalplilik” kavramına vurgu yapmaktadır. Özet olarak, İşbirliği Yapma, çeşitli basamakları veya yönleri olan gelişimsel bir süreç olarak formüle edilebilir. Bunlar; 1) sosyal kabul yerine hoşgörüsüzlük (social acceptance vs. intolerance), 2) empati yerine sosyal ilgisizlik (empathy v.s. social disinterest), 3) yardımseverlik yerine yardımsever olmayış (helpfulness vs. unhelpfulness), 4) merhametlilik yerine kincilik (compassion vs. revengefulness) ve 5) ilkeli olmak yerine menfaatçilik (principles vs. self-advantage).

### **II.3.2.iii.Kendini Aşma (Self-Transcendence)**

İnsanların çoğu, her gün dua etmektedirler veya meditasyon ve benzeri faaliyetlerde bulunmaktadır. Meditasyon veya dua etme, özellikle yaşlılarda, artmış yaşam tatmini ve kişisel etkinlik ile ilişkilidir. Ancak, kendini aşma ve maneviyatçılık ve ruhanilik (spirituality) ile ilgili karakter özellikleri sistematik araştırmalarda ihmal edilmiştir ve bütüncü olduklarını iddia eden birçok kişilik envanterinde yer almamıştır. Kendini Aşma, genel olarak, bir bütünün temel ve önemli parçalarını oluşturan her şeyle özdeşim anlamına gelmektedir. Bu, her şeyin bir bütünün, bir toplumun parçası olduğu “birleştirici bilinç” (unitive consciousness) durumudur. Kendini Aşmış kişilerin kendini düşünmeme hali, insanın bir şeye tamamen daldığı, yoğun bir şekilde konsantre olduğu, çok etkilendiği, adeta büyülediği anda geçici olarak yaşadığına çok benzer bir durumdur. İnsan, tek bir noktaya yoğunlaştığında, nerede olduğunu unutabilir ve o süre içinde bütün duygularını kaybedebilir.

Bu gibi bir dalma (zihin meşguliyeti), bireysel kendiliğin dışındaki şeylerle kişisel ötesi özdeşime yol açmaktadır. Kişi kendini herhangi bir şeyle veya her şeyle özdeşleştirebilmektedir. Her şeyin kaynağı ve yaratıcısı olan, müthiş bir gücün parçası

olduğunu ya da onun tarafından yönetildiğini hissedebilir. Nihai olarak, her an, her yerde var olan Tanrı kavramıyla özdeşleşerek, kendilik ile diğer arasındaki bütün ayrışmalar kaybolabilir.

Gelişimsel bir süreç olarak ele alındığında, kendini aşmanın birçok yönü veya basamağı vardır. Bunlar; 1) kendinden geçmek yerine bilinçli yaşantılar (self-forgetful vs. self-conscious experience), 2) kişisel ötesi (doğüstü) özdeşim yerine kendini ayırma (transpersonal identification vs. self-isolation) ve 3) ruhani kabul yerine rasyonel materyalizm (spiritual acceptance vs. rational materialism).

### **II.3.3.Mizaç/Karakter Özellikleri ve PB ilişkisi:**

Yapılmış çalışmalarda PB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalarında anlamlı düzeyde yüksek zarardan kaçınma, düşük sebat etme, düşük kendi kendini yönetme puanları saptanmıştır.

Marchesi C. Ve arkadaşlarının PB hastalarıyla yaptığı bir çalışmada; remisyona girmeyen PB hastalarında normallere göre yüksek zarardan kaçınma puanları, düşük sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları saptanmıştır. Remisyona girenlerinde normal kontrollere göre yüksek zarardan kaçınma puanları göstermesi dikkat çekicidir (100). Bu çalışmada düşük kendini yönetme puanlarının remisyona girmeyi zorlaştırıcı bir faktör olduğuna vurgu yapılmıştır.

Wachleski C. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada PB hastalarıyla sağlıklı kontrollerin TCI puanları karşılaştırılmış. Panik bozukluk hastalarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek zarar kaçınma, düşük kendini yönetme puanları aldığı saptanmıştır (101). Samochowiec J. Ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu hastaları sağlıklı kontrollerle kıyaslanmıştır. Anksiyete bozukluğu hastalarının zarardan kaçınma puanları anlamlı derecede yüksek; yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır (102).

### **III.GEREC VE YÖNTEM:**

Çalışmanın başlangıcında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Çalışma alanı Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği olarak belirlenmiştir.

#### **III.1.Çalışma deseni:**

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğindeki kartoteks dolapları taranarak geçmiş yıllarda polikliniğe başvuran ve muayenesi sonucu panik bozukluğu tanısı konan 300 panik bozukluk tanılı hasta kaydına ve bilgilerine ulaşılmıştır. Hastaların 154 Tanesine telefon bilgileri güncel olmadığı için ulaşılamamış, ulaşılan 146 hastadan 50 tanesi görüşmeye gelmeyi kabul etmemiş, telefon ile davet edilerek hastaneye gelmeyi kabul eden 96 panik bozukluğu tanılı hasta (bir kez gelenler dahil) çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

İlk başvurusu ardından bir yıldan daha kısa süre geçmiş olan hastalar ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar örneklem dışında tutulmuştur. Hastaneye gelmeyi kabul ederek gelen hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Çalışmaya katılan gönüllülere ilk değerlendirilen hekimlerin tanılarını teyit etmek ve şimdiki ruhsal değerlendirmelerini yapmak amacı ile SCID Yarı Yapılandırılmış Görüşme formu uygulanmış ve şimdiki ve yaşam boyu ruhsal bozukluk tanı değerlendirmesi yapılmıştır. Daha sonra katılımcılara sosyodemografik veri formu olarak Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanan panik bozukluğu veri toplama kılavuzu uygulanmış, görüşmecisi tarafından uygulanan hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği ve panik bozukluğu şiddet ölçeği verilmiştir. Hastalar ayrıca öz bildirim ölçeği olan Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği-3 ve Mizaç ve Karakter Envanterini tamamlamışlardır.

#### **III.2.Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:**

- 1) Kart bilgilerinde Panik Bozukluğu tanısı kaydı bulunan hastalar
- 2) Bu hastalardan hastaneye daveti kabul edenler
- 3) Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamış olan hastalar
- 4) Şimdiki SCID değerlendirmesinde geçmişe yönelik yaşam boyu panik bozukluğu tanısı alanlar

### **III.3.Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:**

- 1)İlk başvurusu ardından bir yıldan daha kısa süre geçmiş olan hastalar
- 2)Çalışmayı kabul etmeyen hastalar
- 3)Ek tanı olarak kişilik bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ve organik mental bozukluk tanısı alan hastalar

### **III.4.Kullanılan Ölçüm Araçları:**

#### **III.4.1.Sosyodemografik Veri Formu:**

TPD Anksiyete Çalışma Birimi tarafından hazırlanan panik bozukluğu veri toplama kılavuzu; sosyodemografik veriler ve panik bozukluğuna ilişkin birtakım klinik bilgileri almak amacıyla kullanıldı.

#### **III.4.2.SCID Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:**

Hastaların bulgularını açık uçlu sorularla araştırır ve klinisyen hastasıyla yaptığı bu yapılandırılmış görüşme sürecinde bazı bulguların olup olmamasına göre standardize biçimde tanısal bir sonuca ulaştırılmaktadır (103). Türkçe çevirisi ve uyarlaması yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışması Özkürkçügil A. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Görüşmecilerin tüm tanılar için uyuma yüzdeleri % 98.1 ve Kapa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (104).

#### **III.4.3.Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği:**

ICD-10 ya da DSM-IV gibi standart kabul edilen tanı ölçütleri ile Agorafobili ya da Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı almış olan hastalarda panik bozukluğuna ait çekirdek belirtilerin değerlendirilmesi, belirtilerin düzeyinin ve şiddetinin değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır. Agorafobili ya da agorafobisiz Panik Bozukluğu DSM-IV belirtilerinin şiddetinin son 1 ay içinde değerlendiren toplam 7 maddeden oluşmaktadır. Başlıklar sırasıyla: Panik atağı sıklığı, sınırlı belirtili panik ataklar dahil, beklenti anksiyetesinin şiddeti (paniğe ilişkin korku, kaygı, beklentili endişe), agorafobik kaçınma, panik atağı ile ilişkili duyumlardan korku/kaçınma, panik bozukluğuna bağlı olarak toplumsal işlevsellikte

bozulma/aksama. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her item 0-4 olarak puanlanır. 0=hiç ya da mevcut değil, 1=ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma, 2=orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edebilir, 3=şiddetli, belirtilerle aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması, 4=aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler yeti yitimi yaratıcı olarak puanlanır. Toplam puan 0-28 arasında değişir (105).

Türkçe formunun güvenilirliği: Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.92-0.94 madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.88-0.64 arasında ve görüşmeciler arası güvenilirlik katsayısı  $r=0.79(p<0.01)$  olarak elde edilmiştir.

Türkçe formunun geçerliliği: Geçerlilik çalışmasında, tüm grup ( $n=174$ ) ve panik bozukluğu grubu ( $n=104$ ) için panik agorafobi ölçeği gözleme anketi ( $r=0.87$  ve  $r=0.65$ ) ve panik agorafobi ölçeği hasta anketi ( $r=0.87$  ve  $0.58$ ) ile korelasyonuna bakılmış ve anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $r=0.89, p<0.0001$ ) (106).

#### **III.4.4.Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A):**

Deneklerin anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılır. Sağlıklı ya da psikiyatrik hasta gruplarına uygulanır. Hem ruhsal, hem bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve doldururken yarı yapılandırılmış sorgulama ile hastaya en çok uyan madde işaretlenir. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır (107).

Türkçe formunun geçerlik güvenilirlik çalışması Yazıcı MK ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Türkçe formunun güvenilirliği: Güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliği hesaplanmış ve tek tek maddeler için 0.51-0.97 arasında bulunmuştur. Ortalama değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0.72, toplam puan için ise 0.94 olarak elde



edilmiştir. Değerlendiriciler arası tanı korelasyonuna bakıldığında 3 değerlendirici ölçeği doldurmuş ve korelasyon katsayıları 0.94-0.95 arasında hesaplanmıştır.

Türkçe formunun geçerliliği: Birlikte geçerlilik yönteminde, HAM-A'nın Durumluk Kaygı Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısına bakılmış ve  $r=0.67$  olarak hesaplanmıştır ve anlamlı düzeydedir( $p<0.01$ ) (108).

#### **III.4.5. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3:**

Ölçek fiziksel, sosyal ve bilişsel alt kategorileri ile anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla Taylor ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Üç alt kategoride toplam 18 maddeden oluşan kişinin kendi doldurduğu (self-report) bir ölçektir. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. '0' çok az anlamına gelirken '4' çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 72 dir. Uygulayıcılardan; her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar ki deneyimlerini dikkate alarak ya da o madde ile ilgili deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifade ile ne derecede hem fikir olduğunu belirtmesi istenmektedir . Geçerlik güvenilirlik çalışması Mantar A ve ark. Tarafından yapılmıştır (109).

#### **III.4.6. Mizaç Karakter Envanteri:**

Mizaç ve Karakter Envanteri dört mizaç ve üç karakter özelliğini değerlendirmektedir. Doğru/yanlış olarak doldurulan 240 maddeden oluşan, 30-45 dakika arasında doldurulabilen, 17 yaş ve üzeri kişilere uygulanabilen kişinin kendi doldurduğu (self report) bir ölçektir. 12'si mizaç (Keşfetmekten heyecan duyma (NS1, 11 madde), Dürtüsellik (NS2, 10 madde), savurganlık (NS3, 9 madde), Düzensizlik (NS4, 10 madde), Beklenti Endişesi (HA1, 11 madde), Belirsizlik korkusu (HA2, 7 madde), Yabancılardan çekinme (HA3, 8 madde), Çabuk yorulma (HA4, 9 madde), Duygusallık (RD1, 10 madde), Bağlanma (RD3, 8 madde), Bağımlılık (RD4, 6 madde), Sebat etme (P, 8 madde) ve 13'ü karakter (Sorumluluk alma (S1, 8 madde), Amaçlılık (S2, 8 madde), Beceriklilik (S3, 5 madde), Kendini kabullenme (S4, 11 madde), Aydınlanmış ikinci mizaç (S5, 12 madde), Sosyal kabullenme (C1, 8 madde), Empati duyma (C2, 7 madde), Yardımseverlik (C3, 8 madde), Acıma (C4, 10 madde), Temiz kalplilik (C5, 9 madde), Kendini kaybetme (ST1, 11 madde), Kişiler arası özdeşim (ST2, 9 madde) ve

Manevi kabullenme (ST3, 13 madde) olmak üzere, 25 altölçekten (lower-order) ve 7 (higher-order) ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler altölçeklerin toplamından oluşmaktadır (örneğin, YA = YA1 + YA2 + YA3 + YA4) (110).

Geçerlilik güvenilirlik çalışması Arkar H ve ark. Tarafından yapılmıştır (111).

### **III.5. İstatistiksel analiz:**

Örneklemden elde edilen veriler SPSS for Windows 15.0 paket programı ile analiz edildi. Temel frekans analizleri ardından sürekli değişkenler için Student t testi, kategorik değişkenler için kıkare testi uygulandı.

#### **IV.BULGULAR:**

Çalışmaya katılan gönüllülerin 63 (% 65.6) ü kadın, 33 (% 34.4) ü erkek katılımcılardan oluşmaktaydı. 68 (% 70.8) inin doğum yeri kent merkezi, 33 (% 34.4) ünün doğum yeri köy, kasaba, ilçe olarak tanımlanan kent merkezi dışıydı. 77 (% 80.2) si evli, 19 (% 19.8) u bekar, boşanmış ya da duldu. 80 (% 83.3) i çocuk sahibi iken 16 (% 16.7) sı çocuk sahibi değildi. 42 (% 43.8) si 8 yıl ve altı eğitim almışken, 54 (% 56.3) ü 8 yıl üstü eğitim almıştı. Katılımcıların 11 (% 11.5) i işçi, 12 (% 12.5) si memur, 3 (% 3.1) ü esnaf/zanaatkar, 2 (% 2.1) si serbest (hekim, avukat), 51 (% 53.1) i ev hanımı, 7 (% 7.3) si öğrenci, 9 (% 9.4) u emekli, 1 (% 1) i ise diğer meslek kategorisindeydi. Katılımcıların tamamının 96 (% 100) sağlık güvencesi vardı. 1 (% 1) inin gelir durumu düşük, 94 (% 97.9) ünün gelir durumu orta, 1 (% 1) inin gelir durumu iyi olarak tanımlandı. 79 (% 82.3) u kent merkezinde, 17 (% 17.7) si köy, kasaba, ilçe olarak tanımlanan diğer kategorisinde yaşamaktaydı. 9 (% 9.4) unun anne babası hayatta değil, 8 (% 8.3) inin yalnız babası hayatta, 23 (% 24) ünün yalnız annesi hayatta, 56 (% 58.3) sının anne/babası hayattaydı. Katılımcıların babalarının eğitim durumu değerlendirildiğinde 1 (% 1) inin okuma yazması yok, 2 (% 2) sinin okuma yazması var/öğrenimi yok, 65 (% 67.7) inin ilkokul mezunu, 11 (% 11.5) inin ortaokul mezunu, 11 (% 11.5) inin lise mezunu, 3 (% 3.1) ünün yüksekokul mezunu, 3 (% 3.1) ünün üniversite mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların annelerinin eğitim durumu değerlendirildiğinde 16 (% 16.7) sının okuma yazması yok, 4 (% 4.2) ünün okuma yazma var/öğrenim yok, 65 (% 67.7) inin ilkokul mezunu, 3 (% 3.1) ünün ortaokul mezunu, 8 (% 8.3) inin lise mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların babalarının meslekleri değerlendirildiğinde 12 (% 12.5) sinin çiftçi, 6 (% 6.3) sının işçi, 7 (% 7.3) sinin memur, 7 (% 7.3) sinin esnaf/zanaatkar, 1 (% 1) inin işadamı, 62 (% 64.6) sinin emekli, 1 (% 1) inin diğer meslek kategorisinde olduğu saptandı. Katılımcıların annelerinin meslekleri değerlendirildiğinde 1 (% 1) inin çiftçi, 1 (% 1) inin memur, 1 (% 1) inin esnaf/zanaatkar, 89 (% 92.7) unun ev hanımı, 4 (% 4.2) ünün emekli olduğu saptandı. Katılımcıların 73 (% 76.0) ünün çekirdek aile şeklinde yaşadığı, 23 (% 24.0) ünün diğer şekillerde yaşadığı saptandı.

Çocukluk dönemi mizacı açısından katılımcıların 75 (% 78.1) inin içe dönük, 21 (% 21.9) inin dışa dönük olduğu saptandı. 63 (% 65.6) ünde hastalık başlangıç döneminde bir stresör bulunduğu, 33 (% 34.4) ünde stresör olmadığı saptandı. Hastalığın başlangıç dönemindeki stresörün 37 (% 38.5) inde kayıp-ayrılık olduğu, 26 (% 27.1) sının muhtelif nedenler olduğu, 33 (% 34.4) ünün stresörü olmadığı saptandı. 2 (% 2.1) sinin şu anda intihar düşüncesi olduğu, 94 (% 97.9) ünün olmadığı saptandı. 8 (% 8.3) inde geçmişte intihar düşüncesi olduğu,

88 (% 91.7) inde olmadığı saptandı. 2 (% 2.1) sinde intihar girişim öyküsü olduğu, 94 (% 97.9) ünde olmadığı saptandı. 2 (% 2.1) sinin soygeçmişinde intihar öyküsü olduğu, 94 (% 97.9) ünde olmadığı saptandı. 1 (% 1) inde kendine zarar verme davranışı olduğu, 95 (% 99) inde olmadığı saptandı. 14 (% 14.6) ünün halen alkol kullandığı, 82 (% 85.5) sinin kullanmadığı, 16 (% 16.7) sınıfın halen sigara kullandığı, 80 (% 63.3) inin kullanmadığı, katılımcıların hiçbirinin 96 (% 100) madde kullanmadığı, katılımcıların hiçbirinin 96 (% 100) reçetesiz anksiyolitik kullanmadığı saptandı. 6 (% 6.3) sında eştanı varken, 90 (% 93.8) nda eştanı yoktu. Şimdiki eştanı durumlarına bakıldığında 4 (% 4.2) ünün major depresif bozukluk, 1 (% 1)inin distimi, 1 (% 1)inin diğer eştanıları karşıladığı saptandı. 23 (% 24) ünde bedensel hastalık varken, 73 (% 76) ünde bedensel hastalık yoktu. 37 (% 38.5) sinin soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü varken, 59 (% 61.5) unda yoktu. 18 (% 18.8) inin soygeçmişinde agorafobisiz panik bozukluk, 3 (% 3.1) ünde agorafobili panik bozukluk, 1 (% 1) inde obsesif kompulsif bozukluk, 10 (% 10.4) unda major depresif bozukluk, 3 (% 3.1) ünde alkol-madde kötüye kullanımı/bağımlılığı, 2 (% 2.1)sinde psikoz olduğu saptandı. 35 (% 36.5) i geçmişte psikiyatrik ilaç kullanmış şu anda kullanmıyordu, 61 (% 63.5) i halen psikiyatrik ilaç kullanıyordu. 8 (% 8.3) inde tedaviye yanıt yokken, 88 (% 91.7) inde tedaviye yanıt vardı.

Tablo.6.Örneklemin sosyodemografik özellikleri:

| CİNSİYET           | N  | %    |
|--------------------|----|------|
| Kadın              | 63 | 65.6 |
| Erkek              | 33 | 34.4 |
| DOĞUM YERİ         |    |      |
| Kent merkezi       | 68 | 70.8 |
| Kent merkezi dışı  | 28 | 29.  |
| MEDENİ DURUM       |    |      |
| Evli               | 77 | 80.2 |
| Bekar/Boşanmış/Dul | 19 | 19.8 |
| ÇOCUK SAHİBİ OLMA  |    |      |
| Var                | 80 | 83.3 |
| Yok                | 16 | 16.7 |

|                         |    |      |
|-------------------------|----|------|
| ÖĞRENİM DURUMU          |    |      |
| 8 yıl ve altı eğitim    | 42 | 43.8 |
| 8 yıl üstü eğitim       | 54 | 56.3 |
| MESLEĞİ                 |    |      |
| İşçi                    | 11 | 11.5 |
| Memur                   | 12 | 12.5 |
| Esnaf/zanaatkar         | 3  | 3.1  |
| Serbest(hekim/avukat)   | 2  | 2.1  |
| Ev hanımı               | 51 | 53.1 |
| Öğrenci                 | 7  | 7.3  |
| Emekli                  | 9  | 9.4  |
| Diğer                   | 1  | 1    |
| SAĞLIK GÜVENCESİ        |    |      |
| Var                     | 96 | 100  |
| GELİR DURUMU            |    |      |
| Düşük                   | 1  | 1    |
| Orta                    | 94 | 97.9 |
| İyi                     | 1  | 1    |
| YAŞADIĞI YER            |    |      |
| Kent/yurtdışı           | 79 | 82.3 |
| Diğer                   | 17 | 17.7 |
| AİLE BÜTÜNLÜĞÜ          |    |      |
| Anne baba hayatta değil | 9  | 9.4  |
| Yalnız baba hayatta     | 8  | 8.3  |
| Yalnız anne hayatta     | 23 | 24   |
| Anna/baba hayatta       | 56 | 58.3 |

|                              |    |      |
|------------------------------|----|------|
| BABA EĞİTİMİ                 |    |      |
| Okuma yazma yok              | 1  | 1    |
| Okuma yazma var/öğrenim yok  | 2  | 2    |
| İlkokul                      | 65 | 67.7 |
| Ortaokul                     | 11 | 11.5 |
| Lise                         | 11 | 11.5 |
| Yüksekokul                   | 3  | 3.1  |
| Üniversite                   | 3  | 3.1  |
| ANNE EĞİTİMİ                 |    |      |
| Okuma yazma yok              | 16 | 16.7 |
| Okuma yazma var/öğrenimi yok | 4  | 4.2  |
| İlkokul                      | 65 | 67.7 |
| Ortaokul                     | 3  | 3.1  |
| Lise                         | 8  | 8.3  |
| BABA MESLEK                  |    |      |
| Çiftçi                       | 12 | 12.5 |
| İşçi                         | 6  | 6.3  |
| Memur                        | 7  | 7.3  |
| Esnaf/zanaatkar              | 7  | 7.3  |
| İşadamı                      | 1  | 1    |
| Emekli                       | 62 | 64.6 |
| Diğer                        | 1  | 1    |
| ANNE MESLEK                  |    |      |
| Çiftçi                       | 1  | 1    |
| Memur                        | 1  | 1    |
| Esnaf/zanaatkar              | 1  | 1    |
| Ev hanımı                    | 89 | 92.7 |
| Emekli                       | 4  | 4.2  |

| BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER |    |      |
|---------------------------|----|------|
| Çekirdek aile             | 73 | 76.0 |
| Diğer                     | 23 | 24.0 |

Tablo.7.Klinik değerlendirme:

|                               | N  | %    |
|-------------------------------|----|------|
| ÇOCUKLUK MİZACI               |    |      |
| İçe dönük                     | 75 | 78.1 |
| Dışa dönük                    | 21 | 21.9 |
| HST. BAŞL. STRES              |    |      |
| Var                           | 63 | 65.6 |
| Yok                           | 33 | 34.4 |
| STRESÖR                       |    |      |
| Kayıp-ayrılık                 | 37 | 38.5 |
| Muhtelif                      | 26 | 27.1 |
| Yok                           | 33 | 34.4 |
| ŞİMDİ İNTİHAR DÜŞÜNCESİ       |    |      |
| Var                           | 2  | 2.1  |
| Yok                           | 94 | 97.9 |
| GEÇMİŞ İNTİHAR DÜŞÜNCESİ      |    |      |
| Var                           | 8  | 8.3  |
| Yok                           | 88 | 91.7 |
| İNTİHAR GİRİŞİMİ              |    |      |
| Var                           | 2  | 2.1  |
| Yok                           | 94 | 97.9 |
| SOYGEÇMİŞ İNTİHAR             |    |      |
| Var                           | 2  | 2.1  |
| Yok                           | 94 | 97.9 |
| KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI |    |      |
| Var                           | 1  | 1    |
| Yok                           | 95 | 99   |

|                                      |    |      |
|--------------------------------------|----|------|
| ALKOL KULLANIM                       |    |      |
| Halen kullanıyor                     | 14 | 14.6 |
| Kullanmıyor                          | 82 | 85.5 |
| SİĞARA KULLANI                       |    |      |
| Halen kullanıyor                     | 16 | 16.7 |
| Kullanmıyor                          | 80 | 63.3 |
| MADDE KULLANI                        |    |      |
| Hiç kullanmamış                      | 96 | 100  |
| REÇETESİZ ANKSİYOLİTİK KULLANIMI     |    |      |
| Yok                                  | 96 | 100  |
| EŞ TANI                              |    |      |
| Var                                  | 6  | 6.3  |
| Yok                                  | 90 | 93.8 |
| EŞ TANI ŞİMDİ                        |    |      |
| MDB                                  | 4  | 4.2  |
| Distimi                              | 1  | 1    |
| Diğer                                | 1  | 1    |
| Yok                                  | 90 | 93.8 |
| EŞ TANI GEÇMİŞ                       |    |      |
| MDB                                  | 8  | 8.3  |
| Distimi                              | 1  | 1    |
| OKB                                  | 1  | 1    |
| Diğer                                | 1  | 1    |
| Yok                                  | 85 | 88.5 |
| BEDENSEL HST                         |    |      |
| Var                                  | 23 | 24   |
| Yok                                  | 73 | 76   |
| SOYGEÇMİŞ PSK H                      |    |      |
| Var                                  | 37 | 38.5 |
| Yok                                  | 59 | 61.5 |
| PSK İLAÇ KULL                        |    |      |
| Geçmişte kullanmış şu an kullanmıyor | 35 | 36.5 |
| Halen kullanıyor                     | 61 | 63.5 |
| TEDAVİYE YANIT                       |    |      |
| Tedaviye yanıt yok                   | 8  | 8.3  |
| Tedaviye yanıt var                   | 88 | 91.7 |



| SOYGEÇMİŞ TANI  |    |      |
|-----------------|----|------|
| Agorafobisiz PB | 18 | 18.8 |
| Agorafobili PB  | 3  | 3.1  |
| OKB             | 1  | 1    |
| MDB             | 10 | 10.4 |
| Alkol-madde     | 3  | 3.1  |
| Psikoz          | 2  | 2.1  |
| Yok             | 59 | 61.5 |

PB remisyonda olanlarla PB remisyonda olmayanların sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması:

PB remisyonda olan hastalarla PB remisyonda olmayan hastalar kıyaslandığında; remisyonda olanların 20 (% 60.6) si erkek, 41 (% 65.1) kadın; remisyonda olmayanların 13 (% 39.4) ü erkek, 22 (% 34.9) si kadındı ( $\chi^2=0.187$ ,  $p=0.415$ ). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 40 (% 58.8) ı kent merkezi doğumlu, 21 (% 75.0) i kent merkezi dışı (köy/kasaba/ilçe) doğumluyken; PB remisyonda olmayanların 28 (% 41.2) i kent merkezi doğumlu, 7 (% 25.0) si kent merkezi dışı doğumluydu. ( $\chi^2=2.240$ ,  $p=0.102$ ). Doğum yeri açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 48 (% 62.3) i evliyken, 13 (% 68.4) ü evli değildi; PB remisyonda olmayanların 29 (% 37.7) u evliyken, 6 (% 31.6) sı evli değildi. ( $\chi^2=0.243$ ,  $p=0.416$ ). Medeni durum açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 23 (% 54.8) ü 8 yıl ve altı eğitim almışken, 38 (% 70.4) i 8 yıl altı eğitim almıştı, PB remisyonda olmayanların 19 (% 45.2) u 8 yıl ve altı eğitim almışken, 16 (% 29.6) sı 8 yıl üstü eğitim almıştı. ( $\chi^2=2.484$ ,  $p=0.087$ ). Eğitim durumu açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 51 (% 64.6) i kent/yurtdışında yaşamaktayken, 10 (% 58.8) u köy/kasaba/ilçede yaşamaktaydı. PB remisyonda olmayanların 28 (% 35.4) i kent/yurtdışında yaşamaktayken, 7 (% 41.2) si köy/kasaba/ilçede yaşamaktaydı. ( $\chi^2=0.199$ ,  $p=0.427$ ). Yaşanılan yer açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 44 (% 60.3) ü çekirdek aile şeklinde yaşıyorken, 17 (% 73.9) si çekirdek aile olarak yaşamıyordu. PB remisyonda olmayanların 29 (% 39.7) u çekirdek aile şeklinde yaşıyorken, 6 (% 26.1) sı çekirdek aile olarak yaşamıyordu. ( $\chi^2=1.404$ ,  $p=0.175$ ). Birlikte yaşanılan kişiler açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 48 (% 64.0) inin çocukluk mizacı içe

dönükken, 13 (% 61.9) ünün dışı dönük olarak tanımlanmış, PB remisyonda olmayanların 27 (% 36.0) sinin çocukluk mizacı içe dönükken, 8 (% 38.1) inin dışı dönük olarak tanımlanmıştır. ( $\chi^2=0.031$ ,  $p=0.527$ ). Çocukluk mizacı açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 22 (% 59.5) sinde hastalığın başlangıç döneminde stresör varken, 3 (% 60.0)ünde yoktu. PB remisyonda olmayanların 15 (% 40.5) inde hastalığın başlangıç döneminde stresör varken, 2 (% 40.0) sinde yoktu. ( $\chi^2=0.001$ ,  $p=0.683$ ). Hastalığın başlangıç döneminde stresör olup olmaması açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 22 (% 59.5)sinde hastalığın başlangıcındaki stresör kayıp-ayrılıkken, 19 (% 73.1) unda muhtelif sebepler, 20 (% 60.6) sinde stresör neden yoktu. PB remisyonda olmayanların 15 (% 40.5) inde hastalığın başlangıcındaki stresör kayıp-ayrılıkken, 7 (% 26.9) sinde muhtelif sebepler, 13 (% 39.4) ünde stresör neden yoktu. ( $\chi^2=1.409$ , $p=0.494$ ). Hastalığın başlangıcındaki stresörün niteliği açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 2 (% 25.0) sinde geçmiş intihar düşüncesi öyküsü varken, 59 (% 67.0) unda geçmiş intihar düşüncesi öyküsü yoktu. PB remisyonda olmayanların 6 (% 75.0) sında geçmiş intihar düşüncesi öyküsü varken, 29 (% 33.0) unda geçmiş intihar düşüncesi öyküsü yoktu. ( $\chi^2=5.596$ ,  $p=0.026$ ). Geçmiş intihar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. PB remisyonda olanların 8 (% 57.1) i halen alkol kullanmakta iken, 53 (% 64.6) ü alkol kullanmıyordu. PB remisyonda olmayanların 6 (% 42.9) sı halen alkol kullanmakta iken, 29 (% 35.4)u alkol kullanmıyordu. ( $\chi^2=0.290$ , $p=0.399$ ). Alkol kullanımı açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 2 (% 33.3) sinde eştanı varken, 59 (% 65.6) unda eştanı yoktu. PB remisyonda olmayanların 4 (% 66.7)ünde eştanı varken, 31 (% 34.4) inde eştanı yoktu. ( $\chi^2=2.521$ ,  $p=0.160$ ). Eştanı olup olmaması açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 13 (% 56.5) ünde bedensel hastalık varken, 48 (% 65.8) inde bedensel hastalık yoktu. PB remisyonda olmayanların 10 (% 43.528.6) unda bedensel hastalık varken, 25 (% 34.2) inde bedensel hastalık yoktu. ( $\chi^2=0.643$ ,  $p=0.287$ ). Bedensel hastalık olup olmaması açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların tedaviye yanıt algıları kıyaslandığında PB remisyonda olanların 57 (% 64.8) sinde yanıt varken, 4 (% 50.0) sında yanıt yoktu. PB remisyonda olmayanların 31 (% 35.2) ünde yanıt varken, 4 (% 50.0) sinde yanıt yoktu. ( $\chi^2=0.691$ , $p=0.320$ ). İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 50 (% 62.0) si çocuk sahibiyken, 11 (% 68.7) i çocuk sahibi değildi. PB remisyonda olmayanların 30 (% 37.5) u çocuk sahibiyken, 5(% 31.3) i çocuk sahibi değildi. ( $\chi^2=0.225$ ,  $p=0.432$ ). Çocuk sahibi olma açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların meslekleri

karşılaştırıldığında PB remisyonda olanların 7 (% 63.6) sinin işçi, 8 (% 66.6) inin memur, 1 (% 33.3) inin esnaf zanaatkar, 1 (% 50.0) inin serbest, 32 (% 62.7) sinin ev hanımı, 6 (% 85.7) sınıf öğrenci, 5 (% 55.5) inin emekli, 1 (% 100.0) inin diğer meslek kategorisinde olduğu saptandı. PB remisyonda olmayanların 4 (% 36.4) ünün işçi, 4 (% 33.4) ünün memur, 2 (% 66.7) sinin esnaf/zanaatkar, 1 (% 50.0) inin serbest, 19 (% 37.3) unun ev hanımı, 1 (% 14.3) inin öğrenci, 4 (% 44.5) ünün emekli olduğu saptandı. ( $\chi^2=3.712$ ,  $p=0.812$ ). Meslek durumları açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. PB remisyonda olanların 5 (% 55.6) inin anne/babasının hayatta olmadığı, 4 (% 50.0) ünün yalnız babasının hayatta olduğu, 13 (% 56.5) ünün yalnız annesinin hayatta olduğu, 39 (% 69.9) unun anne/babasının hayatta olduğu saptandı. PB remisyonda olmayanların 4 (% 44.4) ünün anne/babasının hayatta olmadığı, 4 (% 50.0) ünün yalnız babasının hayatta olduğu, 10 (% 43.5) unun yalnız annesinin hayatta olduğu, 17 (% 30.4) sinin anne/babasının hayatta olduğu saptandı. ( $\chi^2=2.270$ ,  $p=0.518$ ). Aile bütünlüğü açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların babalarının eğitim durumu karşılaştırıldığında; PB remisyonda olanların babalarının 0 (% 0.0) mın okuma/yazmasının olmadığı, 0 (% 0.0) mın okuma/yazması olup öğrenimi olmadığı, 41 (% 63.1) inin ilkokul mezunu olduğu, 9 (% 81.8) unun ortaokul mezunu olduğu, 9 (% 81.8) unun lise mezunu olduğu, 1 (% 33.3) inin yüksekokul mezunu olduğu, 1 (% 33.3) inin üniversite mezunu olduğu saptandı. PB remisyonda olmayanların babalarının 1 (% 100) inin okuma/yazması olmadığı, 2 (% 100) sinin okuma/yazması olup eğitimi olmadığı, 24 (% 36.9) ünün ilkokul mezunu olduğu, 2 (% 18.2) sinin ortaokul mezunu olduğu, 2 (% 18.2) sinin lise mezunu olduğu, 2 (% 66.7) sinin yüksekokul mezunu olduğu, 2 (% 66.7) sinin üniversite mezunu olduğu saptandı. ( $\chi^2=10.770$ ,  $p=0.096$ ). Babanın eğitim durumu açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların annelerinin eğitim durumu karşılaştırıldığında PB remisyonda olanların annelerinin 8 (% 50.0) inin okuma/yazmasının olmadığı, 2 (% 50.0) sinin okuma/yazması olup eğitiminin olmadığı, 43 (% 66.2) ünün ilkokul mezunu olduğu, 1 (% 33.3) inin ortaokul mezunu olduğu, 7 (% 87.5) sinin lise mezunu olduğu saptanmıştır. PB remisyonda olmayanların annelerinin 8 (% 50.0) inin okuma/yazmasının olmadığı, 2 (% 50.0) sinin okuma/yazması olup eğitimi olmadığı, 22 (% 33.8) sinin ilkokul mezunu olduğu, 2 (% 66.7) sinin ortaokul mezunu olduğu, 1 (% 12.5) inin lise mezunu olduğu saptandı. ( $\chi^2=4.939$ ,  $p=0.294$ ). Annenin eğitim durumu açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların babalarının meslek durumları karşılaştırıldığında PB remisyonda olanların babalarının 7 (% 58.3) sinin çiftçi, 3 (% 50.0) ünün işçi, 6 (% 85.7) sınıf memur, 5 (% 71.4) inin esnaf/zanaatkar, 0 (% 0.0) mın işadamı, 40 (% 64.5) mın emekli,

0 (% 0.0) ın diğer meslek kategorilerinde olduğu saptandı. PB remisyonda olmayanların babalarının 5 (% 41.7) inin çiftçi, 3 (% 50.0) ünün işçi, 1 (% 14.3) inin memur, 2 (% 28.6) sinin esnaf/zanaatkar, 1 (% 100.0) inin işadamı, 22 (% 35.5) sinin emekli, 1 (% 100.0) inin diğer meslek kategorilerinde olduğu saptandı. ( $\chi^2=5.800$ ,  $p=0.446$ ). Baba mesleği açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Katılımcıların annelerinin meslek durumları karşılaştırıldığında PB remisyonda olanların annelerinin 1 (% 100.0) inin çiftçi, 1 (% 100.0) inin memur, 1 (% 100.0) inin esnaf/zanaatkar, 57 (% 64.0) sinin ev hanımı, 1 (% 25.0) inin emekli olduğu saptandı. PB remisyonda olmayanların annelerinin 0 (% 0.0) ın çiftçi, 0 (% 0.0) ın memur, 0 (% 0.0) ın esnaf/zanaatkar, 32 (% 36.0) sinin ev hanımı, 3 (% 75.0) ünün emekli olduğu saptandı. ( $\chi^2=4.296$ ,  $p=0.367$ ). Anne mesleği açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo.8. PB remisyonda olanların PB remisyonda olmayanlarla sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

|                           |                 | PB remisyonda | PB remisyonda değil | $\chi^2$ | P değeri |
|---------------------------|-----------------|---------------|---------------------|----------|----------|
| Cinsiyet                  | Erkek           | 20(% 60.6)    | 13(% 39.4)          | 0.187    | 0.415    |
|                           | Kadın           | 41(% 65.1)    | 22(% 34.9)          |          |          |
| Doğum yeri                | Kent            | 40(% 58.8)    | 28(% 41.2)          | 2.240    | 0.102    |
|                           | Kent dışı       | 21(% 75.0)    | 7(% 25.0)           |          |          |
| Medeni durum              | Evli            | 48(% 62.3)    | 29(% 37.7)          | 0.243    | 0.416    |
|                           | Diğer           | 13(% 68.4)    | 6(% 31.6)           |          |          |
| Eğitim durumu             | 8 yıl ve altı   | 23(% 54.8)    | 19(% 45.2)          | 2.484    | 0.087    |
|                           | 8 yıl üstü      | 38(% 70.4)    | 16(% 29.6)          |          |          |
| Yaşadığı yer              | Kent/yurtdışı   | 51(% 64.6)    | 28(% 35.4)          | 0.199    | 0.427    |
|                           | Köy/kasaba/ilçe | 10(% 58.8)    | 7(% 41.2)           |          |          |
| Birlikte yaşadığı kişiler | Çekirdek        | 44(% 60.3)    | 29(% 39.7)          | 1.404    | 0.175    |
|                           | Diğer           | 17(% 73.9)    | 6(% 26.1)           |          |          |

Tablo 9. PB remisyonda olanların PB remisyonda olmayanlarla klinik özellikler açısından karşılaştırılması

|                              |                  |           |           |       |       |
|------------------------------|------------------|-----------|-----------|-------|-------|
| Çocukluk mizacı              | İçe dönük        | 48(%64.0) | 27(%36.0) | 0.031 | 0.527 |
|                              | Dışa dönük       | 13(%61.9) | 8(%38.1)  |       |       |
| Stresör                      | Var              | 22(%59.5) | 15(%40.5) | 0.001 | 0.683 |
|                              | Yok              | 3(%60.0)  | 2(%40.0)  |       |       |
| Yaşam olayı                  | Kayıp/ayrılık    | 22(%59.5) | 15(%40.5) | 1.409 | 0.494 |
|                              | Muhtelif         | 19(%73.1) | 7(%26.9)  |       |       |
|                              | Yok              | 20(%60.6) | 13(%39.4) |       |       |
| Geçmiş intihar düşüncesi     | Var              | 2(%25.0)  | 6(%75.0)  | 5.596 | 0.026 |
|                              | Yok              | 59(%67.0) | 29(%33.0) |       |       |
| Alkol                        | Halen kullanıyor | 8(57.1)   | 6(%42.9)  | 0.290 | 0.399 |
|                              | Kullanmıyor      | 53(%64.6) | 29(35.4)  |       |       |
| Eş tanı                      | Var              | 2(%33.3)  | 4(%66.7)  | 2.521 | 0.16  |
|                              | Yok              | 59(%65.6) | 31(%34.4) |       |       |
| Bedensel hastalık            | Var              | 13(%56.5) | 10(%43.5) | 0.643 | 0.287 |
|                              | Yok              | 48(%65.8) | 25(%34.2) |       |       |
| Soygeçmişte psikiyatrik tanı | Var              | 26(%70.3) | 11(%29.7) | 1.177 | 0.193 |
|                              | Yok              | 35(%59.3) | 24(%40.7) |       |       |
| Tedaviye yanıt algı          | Yanıt var        | 57(%64.8) | 31(%35.2) | 0.691 | 0.320 |
|                              | Yanıt yok        | 4(%50.0)  | 4(%50.0)  |       |       |
| Çocuk sahibi olma            | Var              | 50(%62.5) | 30(%37.5) | 0.225 | 0.432 |
|                              | Yok              | 11(%68.7) | 5(%31.3)  |       |       |
| Meslek                       | İşçi             | 7(%63.6)  | 4(%36.4)  | 3.712 | 0.812 |
|                              | Memur            | 8(%66.6)  | 4(%33.4)  |       |       |
|                              | Esnaf/zanaatkar  | 1(%33.3)  | 2(%66.7)  |       |       |
|                              | Serbest          | 1(%50.0)  | 1(%50.0)  |       |       |
|                              | Ev hanımı        | 32(%62.7) | 19(%37.3) |       |       |
|                              | Öğrenci          | 6(%85.7)  | 1(%14.3)  |       |       |
|                              | Emekli           | 5(%55.5)  | 4(%44.5)  |       |       |
|                              | Diğer            | 1(%100.0) | 0(%100.0) |       |       |
| Aile bütünlüğü               | Anne/baba (-)    | 5(%55.6)  | 4(%44.4)  | 2.270 | 0.518 |
|                              | Yalnız baba      | 4(%50.0)  | 4(%50.0)  |       |       |
|                              | Yalnız anne      | 13(%56.5) | 10(%43.5) |       |       |
|                              | Anne/baba (+)    | 39(%69.6) | 17(%30.4) |       |       |

|              |                 |           |           |        |       |
|--------------|-----------------|-----------|-----------|--------|-------|
| Baba eğitimi | Okuma/yazma(-)  | 0(%0.0)   | 1(%100)   | 10.770 | 0.096 |
|              | Okuma/yazma(+)  | 0(%0.0)   | 2(%100)   |        |       |
|              | İlkokul         | 41(%63.1) | 24(%36.9) |        |       |
|              | Ortaokul        | 9(%81.8)  | 2(%18.2)  |        |       |
|              | Lise            | 9(%81.8)  | 2(%18.2)  |        |       |
|              | Yüksekokul      | 1(%33.3)  | 2(%66.7)  |        |       |
|              | Üniversite      | 1(%33.3)  | 2(%66.7)  |        |       |
| Anne eğitimi | Okuma/yazma(-)  | 8(%50.0)  | 8(%50.0)  | 4.939  | 0.294 |
|              | Okuma/yazma(+)  | 2(%50.0)  | 2(%50.0)  |        |       |
|              | İlkokul         | 43(%66.2) | 22(%33.8) |        |       |
|              | Ortaokul        | 1(%33.3)  | 2(%66.7)  |        |       |
|              | Lise            | 7(%87.5)  | 1(%12.5)  |        |       |
| Baba meslek  | Çiftçi          | 7(%58.3)  | 5(%41.7)  | 5.800  | 0.446 |
|              | İşçi            | 3(%50.0)  | 3(%50.0)  |        |       |
|              | Memur           | 6(%85.7)  | 1(%14.3)  |        |       |
|              | Esnaf/zanaatkar | 5(%71.4)  | 2(%28.6)  |        |       |
|              | İşadamı         | 0(%0.0)   | 1(%100)   |        |       |
|              | Emekli          | 40(%64.5) | 22(%35.5) |        |       |
|              | Diğer           | 0(%0.0)   | 1(%100)   |        |       |
| Anne meslek  | Çiftçi          | 1(%100)   | 0(%0.0)   | 4.296  | 0.367 |
|              | Memur           | 1(%100)   | 0(%0.0)   |        |       |
|              | Esnaf/zanaatkar | 1(%100)   | 0(%0.0)   |        |       |
|              | Ev hanımı       | 57(%64.0) | 32(%36.0) |        |       |
|              | Emekli          | 1(%25.0)  | 3(%75.0)  |        |       |

#### Psikometrik ölçümler:

Remisyonda olan ve remisyonda olmayan PB hastalarının psikometrik ölçümleri karşılaştırıldığında HAM-A psişik ölçeği puanları remisyonda PB da  $4.46 \pm 3.2$  remisyonda olmayan PB da  $7.23 \pm 3.7$  ( $t=3.7, p=0.01$ ) saptanmıştır. HAM-A somatik ölçeği puanları remisyonda PB da  $5.52 \pm 3.9$ , remisyonda olmayan PB da  $12.09 \pm 6.2$  ( $t=5.6, p=0.001$ ) saptanmıştır. HAM-A toplam puanları remisyonda PB da  $10.02 \pm 5.9$ , remisyonda olmayan PB da  $19.43 \pm 9.07$  ( $t=5.5, p=0.01$ ) saptanmıştır. Panik atak sıklığı puanları remisyonda PB da  $0.16 \pm 0.37$ , remisyonda olmayan PB da  $1.89 \pm 1.157$  ( $t=8.6, p=0.001$ ) saptanmıştır. Panik ataklarda zorlanma puanları remisyonda PB da  $0.49 \pm 1.135$ , remisyonda olmayan PB da  $2.89 \pm 0.867$  ( $t=10.8, p=0.001$ ) saptanmıştır. Beklenti anksiyetesi puanları remisyonda PB da  $1.03 \pm 0.912$ , remisyonda olmayan PB da  $1.86 \pm 1.309$  ( $t=3.3, p=0.02$ ) saptanmıştır. Agorafobik

korku puanları remisyonda PB da  $0.52 \pm 0.673$ , remisyonda olmayan PB da  $1.86 \pm 0.838$  ( $t=3.4, p=0.01$ ) saptanmıştır. Kaçınma puanları remisyonda PB da  $1.70 \pm 1.006$ , remisyonda olmayan PB da  $2.40 \pm 1.241$  ( $t=2.9, p=0.04$ ) saptanmıştır. Çalışma işlevselliği puanları remisyonda PB da  $1.10 \pm 1.234$ , remisyonda olmayan PB da  $2.17 \pm 1.043$  ( $t=4.3, p=0.001$ ) saptanmıştır. Toplumsal işlevsellik puanları remisyonda PB da  $1.02 \pm 1.231$ , remisyonda olmayan PB  $2.14 \pm 1.061$  ( $t=4.5, p=0.001$ ) saptanmıştır. Panik şiddet toplam puanları remisyonda PB da  $5.87 \pm 4.752$ , remisyonda olmayan PB da  $14.34 \pm 5.482$  ( $t=7.9, p=0.001$ ) saptanmıştır.

Anksiyete duyarlılığı puanları remisyonda PB da  $37.38 \pm 16.507$ , remisyonda olmayan PB da  $42.86 \pm 15.915$  ( $t=1.6, p=0.116$ ) saptanmıştır. Anksiyete duyarlılığı açısından remisyonda olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

TCI-yenilik arayışı puanları remisyonda PB da  $14.26 \pm 5.819$ , remisyonda olmayan PB da  $14.69 \pm 5.166$  ( $t=0.3, p=0.772$ ) saptanmıştır. TCI-yenilik arayışı açısından remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. TCI-zarardan kaçınma puanları remisyonda PB  $23.23 \pm 7.356$ , remisyonda olmayan PB  $23.54 \pm 5.726$  ( $t=0.2, p=0.817$ ) saptanmıştır. TCI-zarardan kaçınma açısından remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. TCI-ödül bağımlılığı puanları remisyonda PB da  $13.11$  remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.  $2.583$ , remisyonda olmayan PB da  $13.66 \pm 2.338$  ( $t=1.0, p=0.308$ ) saptanmıştır. TCI-ödül bağımlılığı açısından remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. TCI-sebat etme puanları remisyonda PB da  $4.21 \pm 1.799$ , remisyonda olmayan PB da  $4.26 \pm 1.521$  ( $t=0.1, p=0.903$ ) saptanmıştır. TCI-sebat etme açısından remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. TCI-kendi kendini yönetme puanları remisyonda PB da  $23.00 \pm 6.116$ , remisyonda olmayan PB da  $20.69 \pm 23.00$  ( $t=-2.1, p=0.037$ ) saptanmıştır. TCI-kendini yönetme açısından remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. TCI-işbirliği yapma puanları remisyonda olan PB da  $27.18 \pm 4.113$ , remisyonda olmayan PB da  $28.06 \pm 4.186$  ( $t=0.9, p=0.320$ ) saptanmıştır. TCI-işbirliği yapma açısından remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. TCI-kendi kendini aşma puanları remisyonda PB da  $19.54 \pm 3.998$ , remisyonda olmayan PB da

20.51±6.345 (t=0.8,p=0.417) saptanmıştır. TCI-kendi kendini aşma açısından remisyonda olan hastalarla olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo10. Psikometrik ölçümler:

|                           | PB remisyonda            | PB remisyonda değil | T değeri  | P değeri |       |
|---------------------------|--------------------------|---------------------|-----------|----------|-------|
| HAM-A psişik              | 4.46±3.2                 | 7.23±3.7            | 3.7       | 0.001    |       |
| HAM-A somatik             | 5.52±3.9                 | 12.09±6.2           | 5.6       | 0.001    |       |
| HAM-A toplam              | 10.02±5.9                | 19.43±9.1           | 5.5       | 0.001    |       |
| PŞÖ                       | Panik atak sıklığı       | 0.16±0.4            | 1.89±1.2  | 8.6      | 0.001 |
|                           | Panik ataklarda zorlanma | 0.49±1.1            | 2.89±0.9  | 10.8     | 0.001 |
|                           | Beklenti anksiyetesi     | 1.03±0.9            | 1.86±1.3  | 3.3      | 0.020 |
|                           | Agorafobik korku         | 0.52±0.7            | 1.06±0.8  | 3.4      | 0.010 |
|                           | Kaçınma                  | 1.70±1.0            | 2.40±1.2  | 2.9      | 0.040 |
|                           | Çalışma işlevselliği     | 1.10±1.2            | 2.17±1.0  | 4.3      | 0.001 |
|                           | Toplumsal işlevsellik    | 1.02±1.2            | 2.14±1.1  | 4.5      | 0.001 |
|                           | Panik şiddet toplam      | 5.87±4.8            | 14.34±5.5 | 7.9      | 0.001 |
| Anksiyete duyarlılığı     | 37.38±16.5               | 42.86±15.9          | 1.6       | 0.116    |       |
| TCI-yenilik arayışı       | 14.26±5.8                | 14.69±5.2           | 0.3       | 0.772    |       |
| TCI-zarardan kaçınma      | 23.23±7.4                | 23.54±5.7           | 0.2       | 0.817    |       |
| TCI-ödül bağımlılığı      | 13.11±2.6                | 13.66±2.3           | 1.0       | 0.308    |       |
| TCI-sebat etme            | 4.21±1.8                 | 4.26±1.5            | 0.1       | 0.903    |       |
| TCI-kendi kendini yönetme | 23.00±6.1                | 20.69±23.0          | -2.1      | 0.037    |       |
| TCI- işbirliği yapma      | 27.18±4.1                | 28.06±4.2           | 0.9       | 0.320    |       |
| TCI-kendi kendini aşma    | 19.54±3.9                | 20.51±6.3           | 0.8       | 0.417    |       |

Katılımcıların yaşadığı yerde geçirdiği süreye bakıldığında PB remisyonda olanların yıl olarak ortalamaları 31.33±17.343, PB remisyonda olmayanların 36.26±13.080 (t=1.6,p=0.119) saptanmıştır. Katılımcıların kardeş sayısına bakıldığında PB remisyonda olanların 2.79±1.439, PB remisyonda olmayanların 3.17±1.917 (t=1.1,p=0.268) saptanmıştır. Katılımcıların kaçınıcı



çocuk olduğuna bakıldığında PB remisyonda olanların  $2.02 \pm 1.348$ , PB remisyonda olmayanların  $2.29 \pm 1.296$  ( $t=0.9, p=0.342$ ) saptanmıştır. Katılımcıların belirtilerinin başlama yaşına bakıldığında PB remisyonda olanların  $32.52 \pm 10.612$ , PB remisyonda olmayanların  $33.26 \pm 11.855$  ( $t=0.3, p=0.756$ ) saptanmıştır. Katılımcıların hastalık sürelerine bakıldığında PB remisyonda olanların  $9.48 \pm 8.035$ , PB remisyonda olmayanların  $10.89 \pm 7.907$  ( $t=0.8, p=0.407$ ) saptanmıştır. Katılımcıların kesintisiz hastalık sürelerine bakıldığında PB remisyonda olanların  $8.54 \pm 6.602$ , PB remisyonda olmayanların  $10.06 \pm 7.408$  ( $t=1.0, p=0.303$ ) saptanmıştır. Katılımcıların ilk kez psikiyatriye gitme yaşlarına bakıldığında PB remisyonda olanların  $33.41 \pm 11.379$ , PB remisyonda olmayanların  $37.03 \pm 10.245$  ( $t=1.5, p=0.124$ ) saptanmıştır. Katılımcıların tedaviye başlama yaşlarına bakıldığında PB remisyonda olanların  $34.21 \pm 10.351$ , PB remisyonda olmayanların  $37.03 \pm 10.245$  ( $t=1.3, p=0.201$ ) saptanmıştır. Katılımcıların şimdi kullandıkları ilaç sürelerine bakıldığında ortalama yıl olarak PB remisyonda olanlarda  $2.69 \pm 1.738$ , PB remisyonda olmayanlarda  $3.10 \pm 2.0$  ( $t=0.8, p=0.440$ ) saptanmıştır. Katılımcıların geçmişte kullanılan ilaç sürelerine bakıldığında ortalama yıl olarak PB remisyonda olanların  $3.09 \pm 1.807$ , PB remisyonda olmayanların  $1.63 \pm 0.744$  ( $t=2.2, p=0.36$ ) saptanmıştır.

Tablo.11. PB remisyonda olanların PB remisyonda olmayanlarla hastalık geçmişi açısından karşılaştırılması

|  | PB remisyonda    | PB remisyonda değil | T değeri | P değeri |
|--|------------------|---------------------|----------|----------|
| Yaşadığı yerde geçirdiği süre          | $31.33 \pm 17.3$ | $36.26 \pm 13.1$    | 1.6      | 0.119    |
| Kardeş sayısı                          | $2.79 \pm 1.4$   | $3.17 \pm 1.9$      | 1.1      | 0.268    |
| Kaçıncı çocuk                          | $2.02 \pm 1.3$   | $2.29 \pm 1.3$      | 0.9      | 0.342    |
| Belirtilerin başlama yaşı              | $32.52 \pm 10.6$ | $33.26 \pm 11.9$    | 0.3      | 0.756    |
| Hastalık süresi                        | $9.48 \pm 8.0$   | $10.89 \pm 7.9$     | 0.8      | 0.407    |
| Kesintisiz süre                        | $8.54 \pm 6.6$   | $10.06 \pm 7.4$     | 1.0      | 0.303    |
| İlk kez psikiyatriye gitme yaşı        | $33.41 \pm 11.4$ | $37.03 \pm 10.2$    | 1.5      | 0.124    |
| Tedaviye başlama yaşı                  | $34.21 \pm 10.4$ | $37.03 \pm 10.2$    | 1.3      | 0.201    |
| Şimdi kullanılan ilacın süresi(yıl)    | $2.69 \pm 1.7$   | $3.10 \pm 2.0$      | 0.8      | 0.440    |
| Geçmişte kullanılan ilacın süresi(yıl) | $3.09 \pm 1.8$   | $1.63 \pm 0.7$      | 2.2      | 0.360    |

## **V.TARTIŞMA:**

Bu araştırmada panik bozukluğu gibi mevcut tedavi şekilleri ile elde edilen tedavi sonucunun tatminkar olmadığı bir psikiyatrik bozukluk grubunda demografik ve klinik özellikler ile anksiyete duyarlılığı ve mizaç/karakter özelliklerinin tedavi sonucu üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

PB'de tedavi sonucunu etkileyen etmenler çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Kadın cinsiyet, erken başlangıç yaşı, uzun hastalık süresi, yüksek semptom şiddeti, komorbid depresyon, anksiyete bozukluğu ve kişilik bozukluğu remisyona girmeyi zorlaştırıcı etmenler olarak belirlenmiştir (112). Bizim çalışmamızda remisyonda olan ve olmayan PB hastalarının sosyodemografik özelliklerine bakıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır, klinik özelliklere bakıldığında geçmiş intihar düşüncesi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Değişik çalışmalarda panik bozukluğu hastalarında yaşam boyu özkıyım düşünce prevalansı %31-47 oranlarında bildirilmiştir (113,114). Çalışmalarda panik bozukluğu ve depresyonun %22- %28.5 gibi yüksek oranlarda bir arada bulunduğu belirtilir (115,116). Bu sonuçlara göre geçmiş intihar düşüncesini remisyonu engelleyen bir risk faktörü olarak değerlendirmek mümkün değildir çünkü bu çalışma deseni ile geçmiş dönemdeki intihar düşüncesinin o dönemde eşlik eden depresyona mı PB'ye mi bağlı olduğu saptanamaz.

Anksiyete duyarlılığı zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak nitelendirilmiştir. Anksiyete duyarlılığı kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır. Anksiyete duyarlılığının bir kişilik özelliği olduğu yönünde de yorumlar yapılmaktadır.

Anksiyete duyarlılığına dair literatürdeki yayınların çalışma deseni genellikle anksiyete duyarlılığının tedaviyle değişip değişmeyeceği yönünde olmakla birlikte kavram, son zamanlarda oldukça fazla irdelenen bir kavramdır.

Literatürde kontrol grubuyla PB hastalarının anksiyete duyarlılıklarını karşılaştıran çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (117). PB ile diğer anksiyete

bozuklukları ve depresyon tanısı alan hastalar karşılaştırıldığında en yüksek anksiyete duyarlılığı puanları PB grubunda saptanmıştır (118).

SCID yapılmamış gönüllerle yapılan çalışmalarda anksiyete duyarlılığı düşük ve yüksek olarak belirlenen gruplarda yüksek anksiyete duyarlılığı saptanan gruba daha sonra yapılan SCID yarı yapılandırılmış görüşme ile %50 oranında PB tanısı konduğu gösterilmiştir (119).

Anksiyete duyarlılığının tedavi sonucuyla ilişkisini araştıran bizim çalışma desenimizde bir çalışma bilgilerimize göre bulunmamaktadır. İlaç tedavisinin anksiyete duyarlılığı üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik olarak tasarlanan çalışmalarda 6 ile 12 hafta arasında uygulanan farmakoterapinin anksiyete duyarlılığını düşürdüğü saptanmıştır (120,121).

Anksiyete duyarlılığının sabit olması beklenen bir kişilik özelliği olarak remisyon üzerine etkilerine bakan ilk çalışma bizim bilgilerimize göre bu tez çalışmasıdır. Bizim çalışmamızda anksiyete duyarlılığı açısından remisyonunda olan ve olmayan PB hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum çalışma örnekleminin küçük oluşuna bağlı olabilir. Literatürdeki çalışmalarda anksiyete duyarlılığının tedaviyle düştüğünün gösterilmesi anksiyete duyarlılığının PB'nin remisyonuna girmesi üzerine olan etkisi ile ilgili hipotezimizi zayıflatmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarını anksiyete duyarlılığının PB'nin remisyonu üzerindeki etkilerine yorumlayabilmek için anksiyete duyarlılığı kavramının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda aynı hastaların tedavi öncesi anksiyete duyarlılığı puanlarını değerlendirmek mümkün olmamıştır, bu nedenle önceki çalışmalarla karşılaştırmak mümkün değildir.

Mizaç/karakter özellikleri arasında remisyonuna giren ve girmeyen PB hastalarında istatistiksel olarak tek anlamlı bulunan değişken "kendini yönetme"dir. Kendini yönetme alt ölçeği toplam puanları remisyonuna giren grupta anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Kendini Yönetme'nin temel kavramı, elindelik (self-determination) ve irade'ye veya bir insanın bireysel olarak seçilmiş hedefler ve değerler doğrultusunda davranışını kontrol etme, düzenleme ve adapte etme yeteneğine işaret etmektedir. İrade ile kastedilen, bir kişinin, dezorganize ve dürtüsel bir davranış örüntüsü yerine, bütünleşmiş bir kendilik ve amaca yönelik davranış örüntüsü sergilemesidir. Bu konudaki çalışmalar, kendini yönetme puanları yüksek olan kişilerin daha sorumlu olduklarını ve sorun çözmede daha fazla beceri sahibi

olduklarını göstermiştir. Bu kişiler olaylar ve durumlar karşısında başkalarını veya şartları suçlamak yerine sorumluluk alan, bireysel olarak değerlendirilmiş hedefler ve amaçlarını tanımlayabilen, sorunları çözmekte becerilerin ve güvenin geliştiği kişilerdir. Çalışmamızda kendini yönetme puanları yüksek olan hastaların tedaviyle daha çok remisyona girmiş olmaları kognitif açıdan remisyona girmek için daha uygun adaylar olduğu şeklinde yorumlanabilir. Çalışmaya katılan hastaların biri dışında bilişsel davranışçı terapi aldıklarına dair kayıt olmasa da, farmakoterapinin de panik bozukluğunun birçok belirtisini tedavi ettiği düşünüldüğünde bu kognitif kapasitenin ilaç tedavisinden yararlanmak için de bir alt yapı oluşturduğu söylenebilir.

Literatürde, anksiyete duyarlılığına benzer şekilde TCI alt ölçeklerinin tedaviden ne kadar etkilendiğine dair çalışma desenleri bulunmaktadır. Değişik tedavilerle PB’de mizaç/karakter özelliklerinde düzelmeler saptanmıştır.

Literatürde PB’de mizaç/karakter özelliklerine ilişkin yapılan çalışmaların bir kısmında PB hastaları sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında PB hastalarında anlamlı düzeyde yüksek zarardan kaçınma puanları ve anlamlı düzeyde düşük kendini yönetme puanları saptanmıştır (122). PB hastalarının mizaç/karakter özelliklerinin tedaviyle ilişkisini inceleyen çalışmalarda farmakoterapiyle zarardan kaçınma puanlarında anlamlı düşme, sebat etme ve kendini yönetme puanlarında anlamlı yükselme saptanırken diğer TCI alt ölçeklerinde anlamlı değişiklik saptanmamıştır (123). Bizim çalışmamızda kontrol grubu olmadığından literatürdeki kontrol grubuna göre anlamlı yüksek zarardan kaçınma puanlarıyla bu anlamda karşılaştırma mümkün değildir. Fakat tamamının PB hasta grubundan oluşan çalışmamızda literatürdeki PB hasta grubuyla benzer derecede yüksek zarardan kaçınma puanları saptanmıştır. Çalışmamızda zarardan kaçınma özelliği PB’de remisyona girmek açısından tedavi sonucunu etkileyen bir parametre olarak saptanmamıştır.

PB’deki mizaç/karakter özelliklerinin tedaviyle ilişkisini değerlendiren bir çalışma bizim çalışmamızla kısmen benzer desen göstermektedir. PB hastaları tedavi başlangıcında mizaç/karakter özellikleri açısından değerlendirmeye alınmış, tedavi sonrası TCI’ları yeniden değerlendirilmiş, hem alt ölçeklerde tedaviyle değişime bakılmış hem de geriye dönük remisyona giren hastalarla girmeyen hastaların bazal ölçümleri karşılaştırılmıştır. Tedaviyle değişimler daha önceki çalışmalarla koreleyken, tedavi öncesi karşılaştırmaya bakıldığında remisyona giren hastaların ilaç tedavisi başlanmadan önce normal kontrollere göre sadece

anlamli derecede yu'kse'k zarardan ka'cınma puanları g'osterirken, remisyona girmeyen hastaların ila'c ba'slanmadan 'nce normal kontrollere g'ore anlamli derecede yu'kse'k zarardan ka'cınma, anlamli derecede du'su'k sebat etme, kendini y'onetme ve i'sbirli'gi yapma puanları g'osterdikleri saptanmı's. Bu 'alı'smada du'su'k kendini y'onetme puanlarının remisyona girmemenin bir prek'u's'oru olabilece'ğine vurgu yapılmı's, bu hastalara farmakoterapi yanında bili'ssel davranı'sçı tedavi eklenmesinin yararlı olabilece'gi belirtilmi's (124).

Bu tez 'alı'smasında anksiyete duyarlılı'ğı ve miza'c/karakter 'zelliklerinin sabit ve de'gi'sim g'ostermemesi gereken 'zellikler oldu'gu varsayılarak tedavi sonucu u'zerine etkilerinin belirlenmesi ama'c lanmı'stır. Ancak bu 'alı'smanın sonu'c'larıyla kısmen uyumlu literat'u'r bilgisi olmasına ra'ğmen hem anksiyete duyarlılı'ğının hem de miza'c/karakter 'zelliklerinin ila'c tedavisiyle de'gi'skenlik g'osterebilece'gi farklı ara'stırma desenleri ile y'u'ru'tu'lmu's olan ara'stırmalarda g'osterildi'ğinden sonu'c'ların yorumlanmasında ihtiyatlı davranılması gerekti'gi sonucunu do'ğurmu'stur. S'oz konusu kavramların yani anksiyete duyarlılı'ğının ve miza'c/karakter 'zelliklerinin kavramla'stırılma s'u'recinin ya da bir ba'ska de'gi'sle temel tanımlamalarının yeniden de'ğerlendirilmesi gerekmektedir.

## **VI.ÖZET:**

### **Panik Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı ve Mizaç/Karakter Özelliklerinin Tedavi Sonucu Üzerine Etkisi**

Dr. Nazlı SAVAŞ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

E-mail: [nazlisavas@yahoo.com](mailto:nazlisavas@yahoo.com)

**Amaç:** Bu araştırmada panik bozukluğu tedavi sonucunu etkileyen etmenlerin ve özellikle de anksiyete duyarlılığı ve mizaç/karakter özelliklerinin tedavi sonucu üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bilgilerimize göre hem anksiyete duyarlılığı hem de mizaç/karakter özelliklerinin birlikte bu anlamda araştırıldığı bir çalışma deseni bulunmamaktadır. Birbiriyle ilişkili olabilecek bu iki durumun birlikte değerlendirilmesi bu alana yeni bilgiler sağlama potansiyeli taşımaktadır.

**Yöntem:** Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ndeki kartoteks dolapları taranarak geçmiş yıllarda polikliniğe başvuran ve muayenesi sonucu panik bozukluğu tanısı konan hastaların adres bilgilerine ulaşılmış, telefon ile davet edilmişlerdir. Hastaneye gelmeyi kabul eden 96 panik bozukluğu tanılı hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. İlk başvurusu ardından bir yıldan daha kısa süre geçmiş olan hastalar ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar örneklem dışında tutulmuştur. Hastaneye gelmeyi kabul ederek gelen hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Çalışmaya katılan gönüllülere ilk değerlendirilen hekimlerin tanılarını teyit etmek ve şimdiki ruhsal değerlendirmelerini yapmak amacı ile SCID Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu formu uygulanmış ve şimdiki ve yaşam boyu ruhsal bozukluk tanı değerlendirmesi yapılmıştır. Daha sonra katılımcılara sosyodemografik veri formu olarak Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanan panik bozukluğu veri toplama kılavuzu uygulanmış, görüşmeci tarafından uygulanan Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği verilmiştir. Hastalar ayrıca öz bildirim ölçeği olan Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği-3 ve Mizaç ve Karakter Envanterini tamamlamışlardır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan gönüllülerin sosyodemografik özellikleri açısından remisyonda olan ve olmayan grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Klinik özellikler açısından öyküde intihar düşüncesi açısından anlamlı fark saptandı. PB remisyonda olmayanların öyküsünde geçmiş intihar düşüncesi anlamlı olarak yüksek bulundu ( $\chi^2=5.596$ ,  $p=0.026$ ). Remisyonda olan ve olmayan hastaların psikometrik ölçümleri karşılaştırıldığında, anksiyete duyarlılığı açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmazken, mizaç/karakter özelliklerinden “kendini yönetme” puanlarında anlamlı farklılık saptandı. ( $p=0.037$ )

**Sonuç:** Çalışma sonucunda demografik ve hastalığa ilişkin değişkenler arasında sadece geçmiş intihar öyküsü panik bozukluğu remisyonu ile ilişki etmen olarak saptanmıştır. Çalışma verilerimiz ile geçmiş intihar öyküsünün eşzamanlı olarak var olan depresif bir sendrom ile ilişkili olup olmadığı bilgisine ulaşılamadığı için duruma depresyon etkisini belirlemek mümkün değildir. Diğer bir değişken olan anksiyete duyarlılığı panik bozukluğunda remisyon ile ilişkili bir etmen olarak saptanmamış, mizaç/karakter özelliklerinden ise yalnız “kendini yönetme” remisyon ile ilişkili etmen olarak belirlenmiştir. Literatürde panik bozukluğu ve anksiyete duyarlılığını araştıran çalışmalarda anksiyete duyarlılığının farklı tedavi yöntemleri ile değişen bir özellik olduğunun vurgulanması en azından kavram ile ilgili temel tanım oturana kadar anksiyete duyarlılığının tedavi başarısı üzerinde etkisi ile ilgili yorumların gücünün zayıf olacağını göstermektedir. Karakter özelliklerinden “kendini yönetme” kişinin davranışlarını kontrol etme, düzenleme ve uyum gösterme yeteneğine işaret etmektedir. Bu tez çalışmasında remisyona girmiş olan panik bozukluğu hastalarında remisyona girmemiş olanlara göre daha yüksek “kendini yönetme” özelliği belirlenmiştir. Hastaların tedavi yöntemlerinde yalnız ilaç tedavisi öyküsü olması, bilişsel davranışçı tedaviye ilişkin kayıtların bulunmamasına karşın remisyona girmiş hastaların bilişsel kapasitelerinin panik bozukluğundaki korku kavramının üstesinden gelecek şekilde gelişmiş olabileceğini dolayısı ile “kendini yönetme” özelliğinin bu durum ile paralellik gösteren bir özellik olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Panik bozukluğu, anksiyete duyarlılığı, mizaç/karakter özellikleri

## **VIII.SUMMARY:**

### **The Effects of Anxiety Sensitivity and Temperament and Character Features on temperament at panic disorder**

**Objective:** The purpose of the study is to determine the effect of the factors especially anxiety sensitivity and temperament and character features on temperament at panic disorder.

According to our knowledge there isn't a study which looks into both of anxiety sensitivity and temperament and character features. Assessment of these states which can be associated with each other, having a potential of supplying new knowledge in this region.

**Methods:** The patients' cards in Celal Bayar University Medical Faculty Psychiatry Polyclinic, was searched. The address information of panic disorder patients were reached. With phone callings the patients were invited for the interview. 96 panic disorder patients accepted coming to hospital for the interview. These 96 patients composed the sample of the study. The patients who shorter 1 year passed after the first application to the polyclinic and didn't accept to participate the study were excluded. The patients were assessed SCID to confirm the first diagnosis and to define present and previous mental diagnosis. Then, sociodemographic data form were applied. Hamilton Anxiety Scale, Panic and Agoraphobia Scale were applied by the interviewer. Anxiety Sensitivity Index-3 and Temperament and Character Inventory were applied by self reporting.

**Results:** There wasn't any significant difference between sociodemographic features of remitted and nonremitted patient groups in this study but clinically suicidal ideation were significantly higher in medical history of nonremitted patient group ( $p=0.026$ ). When psychometric tests compared, anxiety sensitivity found similar in both groups but self directedness was significantly higher in remitted group in terms of temperament and character features.

**Conclusions:** In conclusion, we found previous suicidal ideation was the only relating factor among factors affecting demographic and clinical features of panic disorder remission. As we don't have the information if there was a depressive syndrome at the time of previous suicidal ideation we can't determine depression affect on suicidal ideation. Anxiety sensitivity wasn't found an affecting factor on panic disorder remission. Self directedness was




found the only affecting factor on panic disorder remission in terms of temperament and character features. In literature research about panic disorder and anxiety sensitivity, its emphasized that anxiety sensitivity is an altered feature by different treatment modalities but as the term is not actually identified yet, comments about anxiety sensitivity on treatment success is not available. We found higher points on self directedness in remitted patient group. About treatment modalities of remitted patients, even a cognitive behavioral therapy wasnt recorded and they have had only pharmacotherapy, its possible that cognitive capacities of patients are such improved that they can deal with the term of fear in panic disorder accordingly feature of self directedness is corralated with this situation.


**Key words:** Panic disorder, anxiety sensitivity, temperament and character

## **VIIIEKLER:**

### **VIII.1.EK 1. Hasta bilgilendirilmiş gönüllü olur formu**



T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



---

**HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

---

**ARASTIRMANIN ADI :** PANİK BOZUKLUĞUNDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE HUY/KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN TEDAVİ SONUCU ÜZERİNE ETKİSİ

**ÇALIŞMANIN AÇIK ADI:** PANİK BOZUKLUĞUNDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE HUY/KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN TEDAVİ SONUCU ÜZERİNE ETKİSİ

---

**Gönüllünün Baş Harfleri << >>**

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

**BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:**

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?**

Panik bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı %7-9 arasında değişmektedir Panik bozukluğu tedavisinde ilaç ve psikososyal tedavilere yanıt oranı sırası ile %50-70 ve %75-85 oranlarındadır Tedavi süresinin yetersizliği, uygun olmayan doz kullanımı, tedaviyi tolere edememe, tedaviye uyum sağlayamama, tıbbi ve ruhsal komorbidite bulunması, kişilik patolojileri tedaviye direncin belirleyicileri olarak kabul edilmektedir Panik bozukluğunda huy ve mizaç özelliklerinin hastalığın seyrine etkisi olduğu düşünülmektedir. Sürekli kaygı özelliği taşımanın genel olarak stres etmenlerine karşı korku içeren tepki gösterme eğilimi olduğu ifade edilirken anksiyete duyarlılığının ise anksiyete belirtilerinin kendilerine özel bir korku tepkisi gösterme eğilimi taşıma anlamına geldiği ileri sürülmektedir Yüksek anksiyete duyarlılığı olan kişiler belirli bedensel duyumların zarar vericiliğine ilişkin inançlara sahiptirler. Örneğin bu tür kişiler kalp çarpıntısını bir kalp atağının belirtisi olarak kabul ederken anksiyete duyarlılığı düşük olan bireyler bu belirtiyi sadece can sıkıcı bir durum olarak yorumlarlar. Yüksek anksiyete duyarlılığı olan panik bozukluğu hastalarının daha düşük düzeyde klinik iyileşme gösterdiği bildirilmiştir.

Bu tez araştırmasında ayaktan başvuran ve panik bozukluğu konan hastalarda anksiyete duyarlılığının ve huy/mizaç özelliklerinin hastalığın seyri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın varsayımları "(1) yüksek anksiyete duyarlılığı olan hastalar tedaviye daha düşük yanıt



vermektedirler, (2) Yüksek zarardan kaçınma özelliği tedaviye kötü yanıt ile ilişkilidir" şeklinde belirlenmiştir.

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:** Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvurmuş ve panik bozukluk tanısı almış hastalar telefon ile hastaneye davet edilecek ve gelmeyi kabul eden hastalar bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamayı kabul ettikleri takdirde çalışmaya dahil edileceklerdir. Hastalara

- (1)TPD Anksiyete Çalışma Birimi tarafından hazırlanan panik bozukluğu veri toplama kılavuzu
- (2)SCID Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
- (3)Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği
- (4)Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
- (5)Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği-3
- (6)Huy ve Mizaç Envanteri ölçekleri uygulanacaktır.

**ÇALIŞMAYA KATILMAMIM NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?**

Çalışmanın olası bir yan etkisi ya da riski bulunmamaktadır.

**ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Hastanın huy mizaç özellikleri ve anksiyete duyarlılığı ile hastalığın seyri ilişkilendirilebilecek ve buna yönelik tedavi planı yapılabilecektir.

**ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?**

Çalışmaya katılmanın herhangi bir maliyeti yoktur.

**KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Bu çalışmada yer aldığınız süre içindeki kayıtların yanı sıra, ilişkili sağlık kayıtlarınız her zaman kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız, kurumun etik komitesine açık olacaktır.



T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Bu olur formunu imzalayarak mevcut çalışmaya ait bu erişim hakkını ve yapılabilecek diğer araştırmaları kabul etmiş olursunuz. Bununla birlikte hassas sayılabilecek kişisel bilgileriniz yalnızca bu çalışmayla bağlantılı araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri dünyanın her yanına gönderilecek, ancak adınız hiçbir raporda veya yayımda geçmeyecek ve kimliğiniz açıklanmayacak ya da bu verilerin geriye doğru izlenmesiyle kimliğinize ulaşmak mümkün olmayacaktır.

**SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER**

Dr. Nazlı SAVAŞ(Araştırma görevlisi):05556230933  
Prof. Dr. M. Murat DEMET (Öğretim Üyesi): 050589724871  
Doç. Dr. Pınar Erbay Dünder(Öğretim Üyesi):05325009896

**Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

*Gönüllü / Hastanın adresi:*

*Gönüllü / Hastanın telefonu:*

*Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı: İmzası*

*Tarih*

*Veli / Vasinin Adı Soyadı: İmzası*

*Tarih*

*Veli / Vasinin adresi ve telefonu:*

*Rıza alım işlemine başından  
Sonuna kadar tanıklık eden  
Adı Soyadı Görevi*

*İmzası*

*Tarih*

*Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı  
Tarih*

*İmzası*

## VIII.2.EK.2.Mizaç ve karakter envanteri

### Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.  
Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığımız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

#### ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini daire içine almanız yeterlidir. Bir örnek:

#### ÖRNEK

DOGRU YANLIŞ

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi daire içine alınız.)

\*\*\*\*\*

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger

Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu zaman yeni şeyler denerim. D Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. D Y
3. Çoğu zaman güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim. D Y
4. Çoğu zaman koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. D Y
5. Benden çok farklı olsalar bile genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. D Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. D Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. D Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda çoğu zaman vaktin nasıl geçtiğinin farkına varmam. D Y
9. Çoğu zaman yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. D Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim. D Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünmeler bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin çoğu zaman o anda nasıl hissettiğime bakarak yaparım. D Y

14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman "dalgın" olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçırım. D Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. D Y
36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırdı. D Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. D Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözümü D Y sağlamasını beklerim.
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu zaman beklenmedik iç görü ya da anlayış parıltıları yasarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım. D Y

47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. D Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganımdır. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmağsızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. D Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımcı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. D Y
74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y

82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafla düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y
84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularına güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. D Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. D Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu zaman zamanın akısını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine saka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. D Y



116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olsam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y
119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu zaman beni irademim dışında bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu zaman yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince is birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahatır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissedirim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissedirim. D Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çok is beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikincil huy" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder isler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissedirim. D Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarımla duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımla acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y
148. Yaptığım her iste ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y

149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. D Y
152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırıyorum ki bir an nerede olduğumu unuturum. D Y
153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düşen payı nadiren eşit biçimde alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir. D Y
158. Çoğu zaman arkadaşlarımla arzularına boyun eğerim. D Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürerse çoğu zaman o işi bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüznü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y

185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünse bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. D Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürülebilmek için çabuk kararlar vermektan hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle sansım yaver gider. D Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma şansını olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yaşadığım epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür. D Y
198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla "açılmamayı" tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar yardım sempoati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yasarım. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır. D Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür. D Y

217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. D Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım isin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. D Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım. D Y
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y

### VIII.3.EK.3. Anksiyete duyarlılığı indeksi 3

#### ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ 3 (ADI-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (bir topluluğu içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamadığınız halde nasıl hissedebileceğinizi temel olarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel olarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

|   | Çok Az | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |
|---|--------|----|-------|-------|-----------|
| 1. Sınırlı görünmemek benim için önemlidir.   | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.                                 | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.   | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.                            | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.   | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.                | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.                                | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.                                | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.  | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim. | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.  | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.             | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.                    | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.                            | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.                             | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.       | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.                               | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |
| 18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.                      | 0      | 1  | 2     | 3     | 4         |

## VIII.4.EK.4.Panik bozukluğu şiddet ölçeği

### PANİK BOZUKLUĞU ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ

İsim Soyadı \_\_\_\_\_ Değerlendirici \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

DEĞERLENDİRİLEN ZAMAN DİLİMİ: Bir ay \_\_\_\_\_  
(bini daire içine alın) Diğer (belirtiniz) \_\_\_\_\_

#### DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ÖNERİLER

Amac, agorafobili ya da agorafobisiz panik bozuklukta DSM-IV belirtilerinin şiddetini ölçmektir. Panik sıklığı ve şiddetinin sabit bir biçimde ölçülmesini sağlamak amacıyla puanlamalar son bir ay için yapılır. Kullanıcılar farklı bir zaman dilimi seçerlerse zaman dilimi tüm başlıklar için tutarlı olmalıdır. Her item 0-4 olarak puanlanır, öyle ki, 0= hiç ya da mevcut değil, 1= ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma, 2= orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edilebilir, 3= şiddetli, aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması ve 4= aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yetiyitimi yaratıcı. Görüşme hastanın tam ya da sınırlı belirtiler panik atak geçirip geçirmediğini bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik yoksa 2. Ve 3. İtemler 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. İtemden başlatılmalıdır. 4. ve 5. İtemler de 0 olarak puanlandığına 7. Ve 8. İtemler sorulmadan 0 olarak puanlanır.

1. **PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ EPİSODLAR DAHİL**  
0= Hiç panik ya da sınırlı belirti epizodu yok  
1= Hafif, ortalama tam panik atak sayısı haftada birden az ve bir SBE / gün'den daha fazla değil.  
2= Orta, haftada bir veya iki tam panik atak ve/veya çoğul SBE'ler/gün.  
3= Şiddetli, haftada ikiden çok tam panik ataklar ama ortalama günde birden çok değil.  
4= Aşırı, günde birden fazla tam atak geçirme, geçirilen günlerin sayısının geçirmeyenlerden fazla olması.
2. **PANİK ATAĞI SIRASINDAKİ ZORLANMA (DISTRESS), SINIRLI BELİRTİLİ EPİSODLAR DAHİL**  
0= Panik atak ya da sınırlı belirtiler atak yok ya da epizodlar sırasında hiç zorlanma yok.  
1= ılımlı zorlanma, ama hiç ya da az bir aksama ile etkinliği sürdürülebilmektedir.  
2= Orta zorlanma, ama hala idare edilebilir, etkinliği sürdürülebilmekte ve/veya konsantrasyonu idare ettirmekte, ama bunları güçlük yapabilmektedir.  
3= Şiddetli, belgin zorlanma ve aksama, konsantrasyonunu yitirir ve/veya etkinliği durdurmak zorundadır, ama odanın ya da durumun içinde kalabilmektedir.  
4= Aşırı, şiddetli ve yetiyitimi yaratıcı zorlanma, etkinliği durdurmak zorunda, eğer mümkünse odaya ya da durumu terkedecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta, aşırı zorlanmaktadır.
3. **BEKLENTİ ANKSİYETESİNİN ŞİDDETİ (Panikle ilişkili korku, kaygılı beklenti ya da endişe)**  
0= Panik hakkında tasa yok  
1= ılımlı, panik hakkında arasıra korku, endişe ya da kaygılı beklenti oluyor.  
2= Orta, sıklıkla endişe, korkulu ya da kaygılı beklenti içinde, ama anksiyetesiz dönemleri var. Dikkat çekici bir yaşam biçimi değişikliği var, ama anksiyete hala idare edilebilir ve genel işlevsellik bozulmamıştır.  
3= Şiddetli, panik hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklentilerle zihinsel uğraş, konsantrasyon ve/veya verimli işlev görme becerisinde büyük ölçüde aksama var.  
4= Aşırı, neredeyse sabit, yetiyitirici anksiyete, panik hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeniyle önemli görevleri sürdürmemektedir.
4. **AGORAFOBİK KORKU / KAÇINMA**  
0= Hiç, korku ya da kaçınma yok  
1= ılımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle duruma yüzleşilmekte ve sürdürülmekte. Yaşam biçimi değişikliği yok ya da az.  
2= Orta, dikkat çekici korku ve/veya kaçınma, ama hala kontrol edilebilir; korkulan durumlardan kaçınır ama bir yoldaşla birlikte yüzleşebilir. Biraz yaşam biçimi değişikliği vardır, ama genel işlevsellik bozulmamıştır.  
3= Şiddetli, yoğun kaçınma; fobiye uyabilmek için büyük ölçüde yaşam biçimi değişikliği gerekmektedir, bu da olağan etkinlikleri sürdürmeyi güçleştirmektedir.  
4= Aşırı, yaygın yetiyitirici korku ve/veya kaçınma. Yaşam biçiminde yoğun değişiklik gerekmiştir öyle ki, önemli görevler yapılamamaktadır.
5. **PANİKLE İLİŞKİLİ DUYUMLARDAN KORKU / KAÇINMA**  
0= Zorlanma yaratıcı bedensel duyumları uyaran durum ya da etkinliklerden korku ya da kaçınma yok.  
1= ılımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyumları uyaran durum ve etkinliklerde az zorlanma ile yüzleşilme ve sürdürme. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.  
2= Orta, göze çarpan kaçınma ama hala idare edilebilir. Kesin ama sınırlı bir yaşam biçimi değişikliği vardır, öyle ki, genel işlevsellik bozulmamıştır.  
3= Şiddetli, yoğun kaçınma, yaşam biçiminde büyük ölçüde değişikliği ya da işlevsellikte aksamaya yol açmaktadır.  
4= Aşırı, yaygın ve yetiyitirici kaçınma. Önemli görev ve etkinlikleri yapmayacak kadar yoğun bir yaşam biçimi değişikliği gerekmiştir.
6. **PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA / AKSAMAMA**  
(Puanlayıcılara not: Bu item çalışmaya odaklanmıştır. Eğer kişi çalışmıyorsa okulu, tam gün okula gitmiyorsa evdeki sorumlulukları hakkında sorular sorunuz.)  
0= Panik bozukluk belirtilerinden dolayı bozulma yok.  
1= ılımlı, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hala iyidir.  
2= Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta, ama hala kontrol edilebilir. Meslek performansı etkilenmiş, ama diğerleri çalışmasının hala yeterli olduğunu söylemektedirler.  
3= Şiddetli, mesleki performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki, diğerleri farketmiştir; bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapamamaktadır.  
4= Aşırı, yetiyitirici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürmemektedir).
7. **PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA / AKSAMAMA**  
0= Bozulma yok.  
1= ılımlı, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmekte ama toplumsal işlevsellik hala yeterli.  
2= Orta, toplumsal yaşamda kesin aksama, ama hala kontrol edilebilir. Toplumsal etkinliklerin sıklığında ve/veya kişilerarası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır, ama hala olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılabilmektedir.  
3= Şiddetli, toplumsal performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır. Toplumsal etkinliklerde belgin bir azalma ve/veya diğerleriyle etkileşimde belgin bir güçlük vardır; diğerleriyle etkileşim için kendini hala zorlayabilmekte ama toplumsal ya da kişilerarası durumların çoğundan hoşlanmamakta ya da iyi işlev görememektedir.  
4= Aşırı, yetiyitirici belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleriyle etkileşmektedir, panik bozukluk nedeniyle bir ilişkisini bitirmiş olabilir.
- TOPLAM PUAN (1-7. İtemlerin toplamı): \_\_\_\_\_

## VIII.5.EK.5. Hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği

Hastanın adı,soyadı:

Tarih:

### HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok  
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)  
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)  
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)  
4. Çok şiddetli ( kişiyi inkapasite durumuna getirici)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

|   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAC: Endişeler, kötü birşey olacağı beklentisi, korkulu bekleme, irritabilite.   |   |   |   |   |   |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.  |   |   |   |   |   |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancıardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.   |   |   |   |   |   |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.  |   |   |   |   |   |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.  |   |   |   |   |   |
| 6. DEPRESİF MİZAC: İlgı yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.   |   |   |   |   |   |
| 7. SOMATİK (musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.<br>(duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. |   |   |   |   |   |
| 8. KARDİYOYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstra sistoller.  |   |   |   |   |   |
| 9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.  |   |   |   |   |   |
| 10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.   |   |   |   |   |   |
| 11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firjidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.   |   |   |   |   |   |
| 12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.  |   |   |   |   |   |
| 13. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, ahında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.        |   |   |   |   |   |

TOPLAM:

PSİŞİK:

SOMATİK:

## VIII.6.EK.6. TPD Panik bozukluğu veri toplama kılavuzu

**ANKSİYETE BOZUKLUKLARI POLİKLİNİĞİ**  
**ÖYKÜ-MUAYENE FORMU**

Adı Soyadı:..... Tarih: ...../...../.....  
Doğum tarihi ve yeri: ..... Dosya Numarası:.....  
Adres: ..... Tel:.....

1. Cinsiyeti: 1) erkek 2) kadın 2. Yaşı:.....

3. Medeni durumu:  
1) Bekar 2) Evli 3) Birlikte yaşıyor 4) Boşanmış 5) Ayrı yaşıyor 6) Dul (eşi hayatta değil)

4.a. Çocuk sayısı: 1) Var 2) Yok 4.b. Varsa, çocuk sayısı:.....

5. Öğrenim düzeyi:  
1) Öğrenimi yok, okuma yazması yok 2) Öğrenimi yok, okuma yazması var 3) İlkokul  
4) Orta okul 5) Lise 6) Yüksek okul 7) Üniversite

6. Öğrenim süresi (yıl):.....

7. Mesleği:  
1) Çiftçi 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf/zenaatkar  
5) İşadamı / işkadını 6) Serbest (hekim, avukat vb.) 7) Ev hanımı 8) Öğrenci  
9) Emekli 10) Yok / işsiz 11) Diğer (tanımlayınız) .....

8. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

9. Halen yaptığı iş:  
1) Çiftçi 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf/zenaatkar  
5) İşadamı / işkadını 6) Serbest (hekim, avukat vb.) 7) Ev hanımı 8) Öğrenci  
9) Emekli 10) Yok / işsiz 11) Diğer (tanımlayınız) .....

10. Sağlık güvencesi: 1) Var 2) Yok Varsa, tanımlayınız: .....

11. Gelir durumu:  
1) Çok düşük (muhtaç durumda) 2) Düşük (güçlükle geçinebiliyor) 3) Orta derecede iyi  
4) İyi 5) Çok iyi

12.a. Doğum yeri:  
1) Köy 2) Kasaba / ilçe 3) Küçük kent 4) Büyük kent 5) Yurtdışı

12.b. Doğum yerinde geçirdiği süre (yıl olarak): .....

13.a. Halen yaşadığı yer:  
1) Köy 2) Kasaba / ilçe 3) Küçük kent 4) Büyük kent 5) Yurtdışı

13.b. Halen yaşadığı yerde geçirdiği süre (yıl olarak):.....

14. Kardeş sayısı: ..... 15. Kaçınıcı çocuk olduğu: .....

16. Aile bütünlüğü:  
1) Anne / baba hayatta 2) Yalnız anne hayatta 3) Yalnız baba hayatta 4) Anne / baba hayatta değil

17. Baba eğitimi:  
1) Öğrenimi yok, okuma yazması yok 2) Öğrenimi yok, okuma yazması var 3) İlkokul  
4) Orta okul 5) Lise 6) Yüksek okul 7) Üniversite

18. Anne eğitimi:  
1) Öğrenimi yok, okuma yazması yok 2) Öğrenimi yok, okuma yazması var 3) İlkokul  
4) Orta okul 5) Lise 6) Yüksek okul 7) Üniversite

19. Babanın mesleği:  
1) Çiftçi 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf/zenaatkar  
5) İşadamı 6) Serbest (hekim, avukat vb.) 7) Ev hanımı 8) Öğrenci  
9) Emekli 10) Yok / işsiz 11) Diğer (tanımlayınız) .....

20. Annenin mesleği:  
1) Çiftçi 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf/zenaatkar  
5) İşkadını 6) Serbest (hekim, avukat vb.) 7) Ev hanımı 8) Öğrenci  
9) Emekli 10) Yok / işsiz 11) Diğer (tanımlayınız) .....



21. Birlikte yaşadığı kişiler:

- 1) Tek başına
- 2) Aile üyelerinden biriyle
- 3) Çekirdek aile (anne, baba, çocuk)
- 4) Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyüklüğü ve kardeşler; aynı ev ya da aynı apartmanda)
- 5) Arkadaşı / partneri ile

22. 0-12 yaş dönemi önemli yaşam olayı / olayları:

- 1) Var (tanımlayınız) ..... 2) Yok

23. 0-12 yaş dönemindeki travma yaşantılarını tanımlayınız:

- 1) Cinsel travmalar: 2) Fiziksel travmalar: 3) Psikolojik travmalar (aşığılama, ihmal, hakaret vb.)

24. 12-18 yaş (ergenlik) dönemi önemli yaşam olayı / olayları:

- 1) Var (tanımlayınız) ..... 2) Yok

25. 12-18 yaş döneminde travma yaşantılarını tanımlayınız:

- 1) Cinsel travmalar: 2) Fiziksel travmalar 3) Psikolojik travmalar (aşığılama, ihmal, hakaret vb.)

26. Çocuklukta mizacı:

- 1) İçe dönüklük (çekingen, içine kapanık, uslu, az konuşan) 2) Dışa dönüklük (canlı, hareketli, insanlarla kaynaşan, konuşkan)

27. Erken çocuklukta davranış inhibisyonu (yabancılardan korku, anneye yapışma vb.):

- 1) Var 2) Yok

28. Çocuklukta okul fobisi ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu:

- 1) Var 2) Yok

29. Elektif mutizm:

- 1) Var 2) Yok

30. Çocuklukta hastaneye yatma:

- 1) Var (yaş, süre ve nedenini belirtiniz): ..... 2) Yok

31. Diğer çocukluk dönemi sorunlarını (enürezis, tırnak yeme, parmak emme vb.) tanımlayınız:

.....

32. Hastalığın başlangıcından önceki 1 yıl içinde yaşanan stres etkenleri:

- 1) Var 2) Yok

|       |   |                             |        |
|-------|---|-----------------------------|--------|
| 32.a. | Kayıp ve ayrılık ile ilgili olanlar (yakın yitimi, yakınının sağlık sorunları, ayrılma, boşanma, aile parçalanması) | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.b. | Toplumsal çevre ile ilgili olanlar (arkadaş yitimi, yetersiz sosyal destek, tek başına yaşama, göç, yeni kültür)    | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.c. | Eğitim ile ilgili stres   | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 31.d. | Mesleki sorunlar (işsizlik, iş kaybı tehdidi, stresli çalışma, iş değişikliği, emekli olma)                         | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.e. | Barınma sorunları   | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.f. | Ekonomik sorunlar (yoksulluk, büyük borç, iflas)  | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.g. | Sağlık sorunları (ciddi hastalık, tedaviler, ameliyat vb)   | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.h. | Yasal sorunlar (dava, tutukluluk, hapis, gözaltı)   | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.i. | Savaş, doğal afet, kazalar, cinsel-fiziksel travma  | 1) Var (tanımlayınız) ..... | 2) Yok |
| 32.j. | Diğer (tanımlayınız) .....  |                             |        |

33. Mevcut hastalığın tedavisi için başvuru durumu:

- 1) Daha önce başvurusu var 2) İlk başvuru

34. Klinik olarak anlamlı belirtilerin başladığı yaş: .....

35. Hastalık süresi (klinik olarak anlamlı belirtilerinin başladığı tarihten bugüne kadar yıl olarak geçen süre): .....

36. Bugün itibarıyla hastalık belirtilerinin kesintisiz olarak devam edebildiği süre (yıl olarak): .....

37. Hastalığın gidiş boyutu:

- 1) Epizodik (tam düzelme var) 2) Epizodik (kısmi remisyon var) 3) Sürekli (arada düzelmeler görülen)  
4) Sürekli (değişmeyen) 5) Sürekli (giderek kötüleşen)

38. (Kadın) hastalık belirtilerinin başlangıcının aşağıdaki dönemlerin hangisinde olduğu:

- 1) Premenstruel dönem 2) Gebelik 3) Postpartum dönem  
4) Menopoz 5) Başlangıç yukarıdaki dönemlerin dışında

39. (Kadın)sa, aşağıdaki dönemlerde hastalık belirtilerinin şiddetinde artış varsa, işaretleyiniz:  
1) Premenstruel dönem 2) Gebelik 3) Postpartum dönem 4) Menopoz

40. (Kadın)sa, aşağıdaki dönemlerde hastalık belirtilerinin şiddetinde azalma varsa, işaretleyiniz:  
1) Premenstruel dönem 2) Gebelik 3) Postpartum dönem 4) Menopoz

41. İntihar düşüncesi (şimdi): 1) Var 2) Yok

42. İntihar düşüncesi (geçmiş): 1) Var 2) Yok

43. İntihar girişimi: 1) Var 2) Yok

44. İntihar girişimi sayısı: .....

45. Hangi yöntemle intihar girişimi olmuş? (Birden fazla girişim varsa hepsi belirtilmelidir)

1) İlaç ya da toksik madde 2) Ası 3) Yüksekten atlama 4) Ateşli silah  
5) Kesici-delici alet 6) Diğer (tanımlayınız) .....

46. Soygeçmişte intihar öyküsü: 1) Var (tanımlayınız, yakınlık derecesi ve sonucu) ..... 2) Yok

47. Kendine zarar verme davranışı: 1) Var (tanımlayınız): ..... 2) Yok

48. Alkol kullanımı: 1) Hiç kullanmamış 2) Kullanmış bırakmış 3) Halen kullanıyor

49. Alkol kullanıyorsa, sıklığı: 1) Ayda bir ya da daha az 2) Ayda 2-4 kez 3) Haftada 2-3 kez 4) Haftada 4 ya da daha fazla

50. Sigara kullanımı: 1) Hiç kullanmamış 2) Kullanmış bırakmış 3) Halen kullanıyor

51. Sigara kullanıyorsa, sıklığı: 1) Ayda bir ya da daha az 2) Ayda 2-4 kez 3) Haftada 2-3 kez 4) Haftada 4 ya da daha fazla

52. Madde kullanımı: 1) Hiç kullanmamış 2) Kullanmış bırakmış 3) Halen kullanıyor

53. Madde kullanıyorsa, hangisi/hangileri olduğunu tanımlayınız: .....

54. Madde kullanıyorsa, sıklığı: 1) Ayda bir ya da daha az 2) Ayda 2-4 kez 3) Haftada 2-3 kez 4) Haftada 4 ya da daha fazla

55. Reçete verilmeden veya reçetede ki miktardan bağımsız anksiyolitik vb. kullanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır

56. Evet ise, hangi ilacı ne sıklıkta kullanıyor?  
.....

57. Alkol/ madde/ kontrolsüz ilaç kullanımı hastalık belirtilerini gidermek için mi? 1) Evet 2) Hayır

58. Eşitani: 1) Var 2) Yok

59. Şimdiki durumda eşitani varsa, tanımlayınız.

1)Agorafobi olmadan panik bozukluğu 6)Obsesif-kompulsif bozukluk 11)Alkol kötüye kullanımı / bağımlılığı  
2)Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu 7)Travma sonrası stres bozukluğu 12)Tik/Tourette bozukluğu  
3)Özgü fobi 8)Major depresif bozukluk 13)DEHB  
4)Sosyal anksiyete bozukluğu 9)Distimik bozukluk 14)Diğer (belirtiniz): .....  
5)Yaygın anksiyete bozukluğu 10)İki uçlu bozukluk

60. Geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü:

1)Agorafobi olmadan panik bozukluğu 6)Obsesif-kompulsif bozukluk 11)Alkol kötüye kullanımı / bağımlılığı  
2)Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu 7)Travma sonrası stres bozukluğu 12)Tik/Tourette bozukluğu  
3)Özgü fobi 8)Major depresif bozukluk 13)DEHB  
4)Sosyal anksiyete bozukluğu 9)Distimik bozukluk 14)Diğer (belirtiniz): .....  
5)Yaygın anksiyete bozukluğu 10)İki uçlu bozukluk

61. Hastaneye yatış öyküsü: 1) Var 2) Yok

62. Bedensel hastalık öyküsü: 1) Var 2) Yok

63. Bedensel hastalık varsa, tanımlayınız: 1) 2)

3) 4) 5)

64. Bedensel hastalığı nedeniyle ilaç kullanıyorsa, kullanılan ilacı tanımlayınız:  
.....

65. (Kadın)sa geç luteal faz disforik bozukluk var mı? 1) Yok 2) Var

66. (Kadın)sa menstruasyon düzensizliği var mı? 1) Yok 2) Var (tanımlayınız) .....

67. Psikiyatrik ilaç kullanımı var mı? 1) Var 2) Yok

**68. Soygeçmişte psikiyatrik hastalık:**

- 1) Birinci derece akrabalarda var (anne, baba, kardeşler )
- 2) İkinci derece akrabalarda var (kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar)
- 3) Yok

**69. Soygeçmişte psikiyatrik hastalık varsa, işaretleyiniz ve kimde olduğunu tanımlayınız:**

- 1) Agorafobi olmadan panik bozukluğu .....
- 2) Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu .....
- 3) Agorafobi.....
- 4) Özgül fobi .....
- 5) Sosyal anksiyete bozukluğu .....
- 6) Yaygın anksiyete bozukluğu .....
- 7) Obsesif-kompulsif bozukluk.....
- 8) Travma sonrası stres bozukluğu.....
- 9) Major depresif bozukluk .....
- 10) Distimik bozukluk.....
- 11) İki uçlu bozukluk.....
- 12) Alkol kötüye kullanımı / bağımlılığı .....
- 13) Tık/Tourette bozukluğu.....
- 14) DEHB .....
- 15) Diğer (belirtiniz): .....
- 16) Ayırd edilemeyen nevroz
- 17) Ayırd edilemeyen psikoz

**71.Yardımcı İnceleme Bulguları (varsa):**

71.a. Beyin görüntüleme:

.....

71.b. Nöropsikolojik:

.....

71.c. Elektrofizyolojik:

.....

71.d. Biyokimyasal tetkikler:

.....

71.e. Psikometrik değerlendirme:

.....

71.f. Diğer: .....

**72. Psikiyatrik yakınmalar nedeniyle kimden yardım aldınız?**

- |                                |                      |                              |
|--------------------------------|----------------------|------------------------------|
| 1) Hoca                        | 2) Psikolog          | 3) Birinci basamak hekimi    |
| 4) Psikiyatri dışı uzman hekim | 5) Psikiyatri uzmanı | 6) Diğer (tanımlayınız)..... |

73. Şimdiye kadar psikiyatrik tedavi gördü mü? 1) Evet 2) Hayır

74. İlk kez psikiyatrste gitme yaşı: .....

75. Düzenli psikofarmakolojik tedaviye başlama yaşı: .....

76. Psikiyatrik ilaç kullanma: 1) Hiç kullanmamış 2) Geçmişte kullanmış, şu anda kullanmıyor 3) Halen kullanıyor

77. Kullanılan psikiyatrik ilaçların dozları ve süreleri (şimdi):

.....  
.....  
.....

78. Kullanılan psikiyatrik ilaçların dozları ve süreleri (geçmişte):

.....  
.....  
.....

79.-Psikoterapi almış mı? 1) Evet 2) Hayır

80. Evetse aşağıdaki yöntemlerden hangisi uygulanmış:

80.a. Bireysel Psikoterapi: 1) BDT 2) Psikodinamik Terapi 3) EMDR Diğer.....

80.b. Grup Psikoterapisi: 1) BDT 2) Psikodinamik Terapi 3) Psikodrama Diğer.....

80.c. Aile- eş terapisi: 1) Evet 2) Hayır

80.d. Danışmanlık: 1) Evet 2) Hayır

80.e. Diğer: 1) Evet (tanımlayınız):..... 2) Hayır

81. Bilişsel-davranışçı tedavisi uygulanmış ise; 81.a. Süresi:..... 81.b. Seans sayısı: .....

82. Psikiyatrik tedavi (farmakolojik tedavi ve/veya psikoterapi) yapıldıysa, sonucu:

- 1) Çok düzeldi
- 2) Oldukça düzeldi
- 3) Biraz düzeldi
- 4) Hiç değişiklik yok
- 5) Biraz kötüleşti
- 6) Oldukça kötüleşti
- 7) Çok kötüleşti

83. El tercihi: 1) Sağ 2) Sol

84. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği: .....

85. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: .....

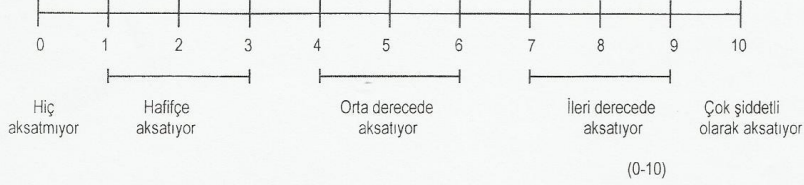
86. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI):

Hastalık şiddeti: Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- 1) Normal, hasta değil
- 2) Hastalık sınırında
- 3) Hafif düzeyde hasta
- 4) Orta düzeyde hasta
- 5) Belirgin düzeyde hasta
- 6) Ağır hasta
- 7) Çok ağır hasta

87. Sheehan Yetiyitimi Ölçeği:

Aşağıdaki şekilde görülen 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş ölçekte, şu anda, belirtilen alanların herbiri için ne kadar etkilendiğinizi ya da kısıtlandığınızı en iyi tanımlayan sayıyı kutu içine yazınız.



87.a. İş

Şu anda sorunuz nedeniyle işiniz ne kadar aksamaktadır? .....

87.b. Sosyal Yaşam ve Boş Zaman Uğraşmaları:

Şu anda sorunuz nedeniyle sosyal yaşamınız ve boş zaman uğraşlarınız ne kadar aksamaktadır? .....

87.c. Aile Yaşamı ve Evdeki Sorumluluklar:

Şu anda sorunuz nedeniyle aile yaşamınız ve eve ait sorumluluklarınız ne kadar aksamaktadır? .....

88. Ek olarak kullanılması önerilen ölçekler:

88.a. Durumluk Anksiyete:

88.b. Sürekli Anksiyete:

88.c. Beck Anksiyete:

88.d. Beck Depresyon:

88.e. Q-LES-Q:

88.f. Anne Babaya İlişkin Görüşler Ölçeği (PBI):

88.g. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (C.TQ-2R):

## VIII.7.EK.7. Etik kurul onayı



T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 158  
Konu : Araştırma Hakkında

26/05/2011

Sn. Prof. Dr. M. Murat DEMET

“Panik Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı Ve Mizaç/Karakter Özelliklerinin Tedavi Sonucu Üzerine Etkisi” isimli araştırmanız etik kurulumuz tarafından incelenmiş ve etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir..

Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ  
Başkan

## **X.KAYNAKLAR:**

- 1) American Psychiatric Association . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. Washington, DC; American Psychiatric Association, 1994*
- 2) Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1994;51:8-19*
- 3) Katerndahl DA, Realini JP. *Lifetime prevalence of panic states. Am J Psychiatry 1993;150:246-9*
- 4) Alkın T, Onur E, Monkul S. *Panik bozukluğunun farmakolojik tedavisi. Anksiyete Bozuklukları (eds. R. Tükel, Alkın T). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi-No:4, Pozitif Matbaacılık ve Amb. San. Ltd. Şti, 2006, Ankara*
- 5) Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM. *Management of treatment-refractory panic disorder. Psychopharmacol Bul, 2001;35(2):97-110*
- 6) Marchesi C, Cantoni A, Fonto S ve ark. *The effects of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder. Acta Psychiatrica Scand 2006;114:203-210*
- 7) Reiss S, McNally RJ. *Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, (eds). Theoretical issues in behavior therapy. San Diego, CA: Academic Pres, 1985, 107–121*
- 8) McNally *Is anxiety sensitivity distinguishable from trait anxiety? A reply to Lilienfeld, Jacob, and Turner. J Anormal Psychol, 1989;98:193-194*
- 9) Arkar, H. (2004). *Cloninger'in Psikobiyolojik Kisilik Kuramının Türk Örnekleminde Sinanması. doktora tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*
- 10) Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, et al: *Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry 151(3):413-20,1994.) 2010 ;21(4):269-79*

11) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association, 1994

12) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. Text revision (DSM-IVTR)*. Washington: American Psychiatric Association, 2000

13) Weissman M, *Diagnosis and epidemiology of panic disorder. Symposium: New approaches in Anxiety States: Panic and Phobic Disorder. 17th European Congress of Psychiatry, Association of European Psychiatrists, Copenhagen, 1994*

14) Aklın T. *Panik bozukluğu ve agorafobi. Tükel R (ed.) Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Ankara; Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, s.5-50*

15) Angst J. *Panic Disorder: History and Epidemiology. Eur Psychiatry 1998;13 (suppl.2):51-5*

16) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG ve ark. *The cross national epidemiology of panic disorder. (Epidemiologic Catchment Area) Arch Gen Psychiatry 1997;54:305-9*

17) Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Esleman S ve ark. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19*

18) Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. *The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2006;63:415-24*

19) Kaplan, H. I., Sadock, B. J. *Klinik Psikiyatri. Çev. Ed. Abay, E.2004. Nobel Tıp Kitapevleri s:189-219*

20) Gorman J.M., Kent J. M., ve ark. 2000. *Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, reviced. Am. J. Psychiatry;Apr ;157:493-505*

- 21) Davis M. 1992. *The role of the amygdala in fear and anxiety. Annu. Rev. Neurosciens.* 15:353-375
- 22) Konkan R.2003. *Panik Bozukluğunun Faktör analizi yapılarak alt tiplerinin değerlendirilmesi.Uzmanlık tezi*
- 23) Russell Noyes Jr.,Rudolf Hoehn- Saric.1998:*Anksiyete Bozuklukları.csa Medikal & Paramedikal Yayıncılık, s:86*
- 24) Michael H. Ebert,Peter T. Loosen, Barry Nurcombe ve ark (2003) *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.Güneş Kitapevi, s:328-340*
- 25) Michael H. Ebert,Peter T. Loosen, Barry Nurcombe ve ark (2003) *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.Güneş Kitapevi, s:328-340*
- 26) Konkan R.2003. *Panik Bozukluğunun Faktör analizi yapılarak alt tiplerinin değerlendirilmesi.Uzmanlık tezi*
- 27) Clark DM. 1986. *A cognitive approach to panic. Behav Res Ther; 24: 461-470*
- 28) Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK, et al.. 1989. *The effects of childhood parental death and divorce on the six-month history of anxiety disorders. Br J Psychiatry . 154:823-28*
- 29) Manfro G, Otto MW, Mc Ardle ET, et al. 1996. *Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and course of panic disorder. J Affect Disord; 41: 135-39*
- 30) Noyes R, Reich J, Christiansen J, et al. 1990. *Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry; 47: 809-18*
- 31)Freidman S, Paradis C, Hatch M. 1994. *African-American and White Patients with Panic Disorder and Agoraphobia. Hospital and Community Psychiatry; 45:798-803*



- 32) Neal AM, Turner SM: 1991. *Anxiety Disorders Research with African-Americans: Current Status. Psychological Bulletin*; 109: 400-410
- 33) Breier A, Charney DS, Heninger GR: *Agoraphobia with panic attacks. Development Diagnostic Stability and Course of Illness. Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:1029-36
- 34) Neal AM, Nagle-Rich L, Smucker WD. 1994. *The presence of panic disorder among African-American hypertensives: A pilot study. Journal of Black Psychology*. 20: 29-35
- 35) Katerndahl DA, Realini JP. *Lifetime prevalence of panic states. Am J Psychiatry* 1993;150:246-9
- 36) Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF, *Gender differences in panic disorder: findings from the national comorbidity survey. Am J Psychiatry* 2002;159:55-8
- 37) Burke KJ, Burke JD, Reiger DA, Rae DS. *Age on onset of selected mental disorders in five community populations. Arch Gen Psychiatry* 1990;47:511-18
- 38) Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Weissman MM. *Panic and panic disorder in United States. Am J Psychiatry* 1994;151:413-20
- 39) Roy-Byrne PP, Cowley DS. *Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. Anxiety* 1994-1995;1:151-60
- 40) Katsching H, Amering M. *The long-term course of panic disorder and its predictors. J Clin Psychopharmacol* 1998;18(suppl.2):6-11
- 41) Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. *Chronicity, relapse, and illness course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. Depress Anxiety* 2003;17:173-9
- 42) Clayton AH, Stewart RS, Fayyad R, Clary CM. *Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. Arch Womens Ment Health* 2006;9:151-57

- 43) Swaboda H, Amering M, Windhaber J, Katsching H. *The long-term course of panic disorder: an 11-year follow-up. J Anxiety Disord* 2003;17:223-32
- 44) Andersch S, Hetta J, A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *Eur Psychiatry* 2003;18:401-8
- 45) Alastar JF. *Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am J Psychiatry* 1994; 151:640-9
- 46) Aronson TA, Logue CM. *Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients' self reports. J Clin Psychiatry* 1988;49:8-13
- 47) Kikuchi M, Komuro R, Oka H, Kidani T, Hanaoka A, Koshino Y. *Panic disorder with and without agoraphobia: comorbidity within a half –year of the onset of panic disorder. Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:639-43
- 48) Barlow DH. *Anxiety and Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic . New York; Guildford Pres* 2002
- 49) World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research, 1993, Geneva.*
- 50) Roy Bryne PP, Stein MB, Russ J, Mercier E, Thomas R, Mc Quaid N ve ark. *Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. J Clin Psychiatry* 1999;60:492-9
- 51) Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M, Heckelman L, Shear K. *Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. Depress Anxiety* 2000;12:78-84
- 52) Baldwin DS. *Depression and panic: Comorbidity. Eur Psychiatry* 1998;13(suppl.2):65s-70s

- 53) Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:415-24
- 54) Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Ustun TB, Roy Byrne PP, Walters EE. Lifetime panic-depression comorbidity in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:801-8
- 55) Dunner DL. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity. *Depress anxiety* 2001;13:57-71
- 56) Goodwin RD, Roy Byrne P. Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from national comorbidity survey. *Depress anxiety* 2006;23:124-32
- 57) Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2000; 15(46):43-57
- 58) Reiss S, McNally RJ. Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, (eds). *Theoretical issues in behavior therapy*. San Diego, CA: Academic Press, 1985, 107–121
- 59) Taylor S. Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33:243–258
- 60) Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key construct. *Depression and Anxiety* 2006; 23:51–61
- 61) Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA, ve ark. Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20:1–22
- 62) Taylor S. *Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches*. Chichester, UK: Wiley 2000

- 63) Onur E, Monkul S, Alkın T. *Panik bozukluğun fenomenolojisi. Anksiyete bozuklukları, Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi-No:4, Editörler: Tükel R, Alkın T, Kasım 2006*
- 64) Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. *Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. Psychological Assessment 1997; 9:277–284*
- 65) Zinbarg RE, Barlow DH. *Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. Journal of Abnormal Psychology 1996; 105:181-193*
- 66) Reiss S, McNally RJ. *Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, (eds). Theoretical issues in behavior therapy. San Diego, CA: Academic Pres, 1985, 107–121*
- 67) Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. *Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. American Journal of Psychiatry 1999; 156:246–251*
- 68) Taylor S, Jang KL, Stewart SH, Murray B, ve ark. *Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral–genetic analysis. Journal of anxiety disorder 2008; 22:899-914*
- 69) Van Beek N, Griez E. *Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. Behaviour Research and Therapy 2003; 41:949–957.*
- 70) Van Beek N, Perna G, Schruers K, Muris P, Griez E. *Anxiety sensitivity in children of panic disorder patients. Child Psychiatry and Human Development 2005; 35(4):315–322*
- 71) Manuzza S, Klein RG, Moulton JL, Scarfone N, ve ark. *Anxiety sensitivity among children of parents with anxiety disorders: A controlled high-risk study. Journal of Anxiety Disorders 2002; 16:135–148*
- 72) Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. *Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behaviour Research Therapy 1986; 24(1):1–8*

73) Stewart SH, Karp J, Pihl RO, Peterson R. Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse* 1997; 9:223–240

74) Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2000; 15(46):43-57

75) Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5:21-34

76) Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5:21-34

77) Stewart SH, Taylor S, Baker JM. Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders* 1997; 11:179–200

78) Çakmak Ş. Psychometric properties of Anxiety Sensitivity Index-Revised and the relationship with drinking motives and alcohol use in Turkish university students and patients. *Master tezi, 2006, ODTÜ, Ankara, Türkiye*

79) (Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders* 1992; 6:241–247

80) Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *J Abnorm Psychol.* 1997; 106(3):355–64

81) Cox BJ, Endler NS, Norton GR, Swinson RP. Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy* 1991; 29:367–369

82) Stewart SH, Knize K, Pihl RO. Anxiety sensitivity and dependency in clinical and nonclinical panickers and controls. *Journal of Anxiety Disorders* 1992; 6:119–131

- 83) Asmundson GJ, Norton GR, Wilson KG, Sandler LS. *Subjective symptoms and cardiac reactivity to brief hyperventilation in individuals with high anxiety sensitivity. Behaviour Research and Therapy* 1994; 32:237–241
- 84) Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. *How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? Journal of Anxiety Disorders* 1992; 7:249-259
- 85) Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. *Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. Psychological Assessment* 1997; 9:277–284
- 86) Arkar, H. (2004). *Cloninger'in Psikobiyolojik Kisilik Kuramının Türk Örnekleminde Sinanması. doktora tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- 87) Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. ve Przybeck, T. R. (1993). *A psychological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 975-990*
- 88) Goldsmith, H.ve ark. (1987). *Roundtable: what is temperament? Four approaches. Child Devalopment, 58, 505-529*
- 89) Cloninger, C.R., Przybeck, T.R. ve Svrakic, D.M. (1991). *The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. Psychological Reports, 69, 1047-1057*
- 90) Rozsa, S., Rihmer, Z., Gonda, X., Szili, I., Rihmer, A., Ko, N., Nemeth, A., Pestality, P., Bagdy, G., Alhassoon, O., Akiskal, A. Ve Akiskal, H. (2008). *A study of affective temperaments in Hungary: Internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. Journal of Affective Disorders, 106, 45-53*
- 91) Sigavrdsson, Bohman ve Cloninger, 1987) Sigvardsson, S., Bohman, M. ve Cloninger, C.R. (1987). *Structure and stability of childhood personality: prediction of later social adjustment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28, 929-946*
- 92) Arkar, H. (2005). *Cloninger'in Psikobiyolojik Kisilik Kuramı. Türk Psikoloji Bülteni, 36, 82-94*

93) Cloninger, C.R., Bayon, C., Svrakic, D.M. (1998). *Measurement of temperament and Character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. Journal of Affective Disorders, 51, 21-32*

94) Cloninger, C.R. ve Svrakic, D.M. (2000). *Personality disorders. B.J. Sadock ve V.A. Sadock, (Ed.), Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th ed.)(235-298). Baltimore: Williams & Williams*

95) Köse, S. (2003). *A.Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. Yeni Symposium, 41 (2), 86-97.*

96) Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. ve Przybeck, T. R. (1993). *A psychological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 975-990*

97) Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Özerdem A, Cimilli C ; *Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği; Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16(3):190-204*

98) Cloninger, C.R., Bayon, C., Svrakic, D.M. (1998). *Measurement of temperament and Character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. Journal of Affective Disorders, 51, 21-32*

99) Svrakic, Whitehead, Przybeck ve Cloninger, 1993). Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. ve Przybeck, T. R. (1993). *A psychological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50, 975-990*

100) Marchesi C., Panfilis C.D., Cantoni A., Gianelli M.R., Maggini C., *Effect of pharmacological treatment on temperament and chrater in panic disorder, Psychiatry Research, 158-2008-147-154*

101) Wachleski C., Salum G.A., Blaya C., Kipper L., Paludo A., Salgado A.P., Manfro G.G., *Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients, Comprehensive Psychiatry, 49-2008-476-481*

102) Samochowiec J., Kucharska-Mazur J., Hajduk A., Wojciechowski B., Samochowiec A., Personality profile of patients with anxiety disorder, as studied with the 16PF Cttell's questionnaire and Cloninger's TCI, *Psychiatr Pol.* 2005 May-Jun;39(3):527-36

103) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams GB. *Structured Clinical Interview for DSM–IV Clinical Version (SCID/CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997

104) Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E (1999) *DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi* 12:233-236

105) Aydemir Ö., Köroğlu E., *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*, 2009, *Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği*, 244-245

106) Monkul ES, Tural Ü, Onur E, Fidaner H, Alkın T, *Panic Disorder Severity Scale: Reliabilty and validity of the Turkish Version. Depression and anxiety* 2004, 20:8-16

107) Aydemir Ö., Köroğlu E., *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*, 2009, *Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği*, 211-212

108) Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P: *Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:114-117

109) Mantar A, Yemez B, Alkın T, *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması ; Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21(3):225-34

110) Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Özerdem A, Cimilli C, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; *Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği*; 16(3):190-204

111) Arkar H, Sorias O, Tunca Z. *Mizaç ve karakter envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, Türkiye Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(3):190-204



- 112) ( Slaap BR, Den Boer JA, The prediction of non-response to pharmacotherapy in panic disorder: a review, *Depress Anxiety* 2001;14:112-122)
- 113) (Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Queller R: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989; 321:1209
- 114) Cox BJ, Diefenbach DM, Swinson RP, Norton GR: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry* 1994; 151:882-887. 1214. )
- 115) (22-26) Andrade L, Eaton WW, Chilcoat H: Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study symptom profiles. *Br J Psychiatry* 1994; 165:363-369
- 116) Anderson DJ, Noyes JR, Crowe RR: A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 572-575.)
- 117) (Hinton D.E., Pich V., Safren S. A., Pollack M.H., McNally R.J., Anxiety sensitivity among Cambodian refugees with panic disorder: A factor analytic investigation, *Journal of Anxiety Disorders*, 20-2006-281-295).
- 118) (Blais M. A. , Otto M. W. , Zucker B.G., McNally R.J., Schmidt N.B. Fava M., Pollack M.H., The Anxiety Sensitivity Index: Item Analysis and Suggestions for Refinement, *Journal of Personality Assessment*, 2010, 77:2, 272-294)
- 119) (Cox B.J., Fuentes K., Borger S.C., Taylor S., Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: Evidence from clinical interviews and self-report measures, *Journal of Anxiety Disorders*, 15-2001-317-332)
- 120) (Romano P., Van Beek N., Cucchi M., Biffi S., Perna G., Anxiety sensitivity and modulation of the serotonergic system in patients with PD, *Journal of Anxiety Disorders* 18-2004-423-431

121) Simon N.M., Otto M.W., Smits J.A.J., Nicolaou D.C., Reese H., E., Pollack M. H., Changes in anxiety sensitivity with pharmacotherapy for panic disorder, *Journal of Psychiatric Research*, 38-2004-491-495)

122) (Wachleski C., Salum G.A., Blaya C., Kipper L., Paludo A., Salgado A.P., Manfro G.G., Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients, *Comprehensive Psychiatry*, 49-2008-476-481)

123) ( Marchesi C., Panfilis C.D., Cantoni A., Gianelli M.R., Maggini C., Effect of pharmacological treatment on temperament and character in panic disorder, *Psychiatry Research*, 158-2008-147-154)

124) (Marchesi C, Cantoni A, Fonto S, Gianelli MR, Maggini C, The effect of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder, 2006, 114:203-210, *Acta Psychiatrica Scandinavica*)

