

T.C.

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE PANİK BOZUKLUK
HASTALARINDA YAŞANTISAL KAÇINMA, ANKSİYETE
DUYARLILIĞI VE DAVRANIŞSAL İNHİBİSYON SİSTEMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Serap AKDENİZ GÖRGÜLÜ

Balıkesir, 2018

T.C.

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE PANİK BOZUKLUK
HASTALARINDA YAŞANTISAL KAÇINMA, ANKSİYETE
DUYARLILIĞI VE DAVRANIŞSAL İNHİBİSYON SİSTEMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Serap AKDENİZ GÖRGÜLÜ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Hayriye BAYKAN

Balıkesir, 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini hep yanımda hissettiğim, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocam Prof. Dr. Tunay Karlıdere' ye,

Eğitim sürecimde ve tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen değerli danıŐmanım Yrd. Doç. Dr. Hayriye Baykan'a,

Çalışma sürecindeki beraberliği hayatın iÇine de taŐımayı baŐardığımız değerli mesai arkadaşlarım ve dostlarım Dr Oktay Kılıç, Dr Merve Őahin Can, Dr Elif GülŐah Oğuz, Dr Seyyid Ömer Çakır, Dr Özge Bebek İrem, Dr Osman BaŐkaya, Dr Emre Cem Esen, Dr Hüseyin Gülen'e, değerli psikologlarımız ve dostlarım olan Ayfer Tırak ve Rümeysa Yılmaz'a, değerli hemŐirelerimiz ve yardımcı sağlık personelimize,

Rotasyonlarım sırasında kıymetli katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr Nermin Tepe ile CerrahpaŐa Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı hocalarına ve asistanlarına,

Hayatımdaki yerlerini hiçbir Şeyin alamayacağı annem ve babama, yetiŐmemde katkıları büyük olan anneanneme, sevgileri ve desteklerini her zaman hissettiğim aynı zamanda meslektaŐlarım olan ablam Mehtap Akdeniz Sevindik, eŐi Can Sait Sevindik'e,

Hayat arkadaşım sevgili eŐim Özgür Görgölü' ye sonsuz teŐekkürler...

Dr Serap AKDENİZ GÖRGÖLÜ

ÖZET

AMAC: Güncel araştırmalar anksiyete ile ilişkili psikopatolojilerin gelişiminde kişilik boyutları ve özdenetim mekanizmaları arasındaki etkileşimin etkisine dair kanıtlar üzerinde durmaktadır. Çalışmamızın amacı Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk hastalarında yaşantısal kaçınma, anksiyete duyarlılığı ve davranışsal inhibisyon sistemi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

YÖNTEM: Çalışmamızın örneklemi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Psikiyatri Poliklinięi'ne başvurarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısı alan (n=50) ve Panik Bozukluk (PB) tanısı alan (n=50) hastalardan oluşmaktadır. Hasta gruplarıyla benzer yaş ve cinsiyete sahip olan (n=50) gönüllüler kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Hastalarda psikiyatrik tanı varlığı DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak koyulduktan sonra, YAB ve PB tanısı alanlar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısı (DSM V) ile doğrulanmıştır. Anksiyete bozukluklarının doğası gereği eşlik eden depresyonun sık görülebileceği göz önünde bulundurularak YAB ve PB hastalarında eşlik eden depresyonu olanlar da çalışmaya alınmıştır. DSM V'e göre yeni eklenen tanılar ayrıca dışlanmıştır. Hastalığın şiddetini değerlendirmek amacıyla Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı alan hastalara Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Maddeli Ölçeği (YAB-7), Panik Bozukluk tanısı alan hastalara Panik Agorofobi Ölçeği (PAÖ) uygulanmıştır. Tüm katılımcılar Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Kabullenme ve Eylem Formu II (KEF-II), Davranışsal İnhisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği (DİS/DAS Ölçeği), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) ile değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR: Çalışmamızda hasta gruplarının (YAB ve PB) ortalama ADİ-3, DİS ve KEF-II puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek saptanmıştır. Tüm gruplarda ADİ-3, DİS ve KEF-II arasında korelasyon olduğu saptanmıştır.

TARTIşMA: Sonuç olarak bulgularımız yaşantısal kaçınma, anksiyete duyarlılığı ve kişilik boyutları arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Literatürdeki bilgilerin ışığında bu bağlantıların test edilmesi için daha geniş vaka sayılarıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimer: Yaygın anksiyete bozukluğu, Panik bozukluk, Yaşantısal kaçınma, Anksiyete duyarlılığı, Davranışsal inhibisyon sistemi.



ABSTRACT

AIM: Recent studies have underlined the evidences about the effects of interaction between personality dimensions and self-regulatory mechanisms on development of anxiety-related psychopathology. The aim of this study was to assess the association between experiential avoidance, anxiety sensitivity and behavioral inhibition system in generalized anxiety disorder and panic disorder patients.

METHOD: The study sample was composed of patients who were diagnosed with Generalized Anxiety Disorder (GAD) (n = 50) and Panic Disorder (PD) (n=50) in Balikesir University Faculty of Medicine Hospital, Department of Psychiatry. Having similar age and sex with patient groups healthy volunteers (n=50) were included in the study as control group. After using Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) for the diagnosis, YAB and PB diagnosis were confirmed with DSM V. Patients who had depression accompany to YAB and PB were included due to anxiety disorders nature that depression usually exist with anxiety disorders. New diagnosis added with DSM V were also excluded. In order to assess the severity of diseases Generalized Anxiety Disorder patients took Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale, Panic Disorder patients took Panic and Agoraphobia Scale (PAS). All participants were assessed via Hamilton Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales, Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Behavioral Inhibition System/ Behavioral Approach System Scale (BIS/BAS Scale), Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3).

RESULTS: In our study, mean scores of AAQ-II, BIS and ASI-3 were greater in patient groups than healthy controls. In all groups correlations between AAQ-II, BIS and ASI-3 were detected.

CONCLUSION: In conclusion, our findings support the relationship between experiential avoidance, anxiety sensitivity and personality dimensions. To test the connections we need further studies with large number of patients.

Key words: Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, experiential avoidance, anxiety sensitivity, behavioral inhibition system

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozuklukları.....	3
2.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	5
2.2.1 Tarihçe.....	5
2.2.2 Tanı.....	6
2.2.2.1 DSM- IV-TR Yaygın Anksiyete Bozukluğu için tanı ölçütleri.....	7
2.2.3 Epidemiyoloji ve Etyoloji.....	9
2.3 Panik Bozukluk	11
2.3.1 Tarihçe.....	11
2.3.2 Tanı.....	12
2.3.2.1. DSM-IV-TR Panik Atağı için Tanı Ölçütleri	13
2.3.2.2. DSM-IV-TR Agorafobi için Tanı Ölçütleri	14
2.3.2.3. DSM-IV-TR Panik Bozukluğu için Tanı Ölçütleri	15
2.3.3 Epidemiyoloji ve Etyoloji.....	17
2.4 Kişilik Kavramı	19
2.4.1 Hans Eysenck ' in Biyolojik Kişilik Teorisi	20
2.4.2 Gray' in Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi	22
2.4.3 Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi ve Psikopatolojiler	23
2.4.4 DİS Sensitivitesi – Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi	23
2.5 Yaşantısal Kaçınma.....	26
2.5.1 Yaşantısal Kaçınma ve Anksiyete Bozuklukları.....	26
2.5.2 Anksiyete Duyarlılığı.....	28
2.6.1 Anksiyete Duyarlılığı ve Anksiyete Bozuklukları.....	29
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	31

3.1 Çalışma Grubunun Seçimi	31
3.1.1 Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilme kriterleri:	31
3.1.2 Gönüllülerin dışlanma kriterleri:	31
3.3 Kullanılan Ölçüm Araçları	32
3.3.1 Sosyodemografik veri formu	32
3.3.2 DSM-IV TR eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış görüşme formu (SCID I / Klinik Versiyon)	32
3.3.3 Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	33
3.3.4 Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)	33
3.3.5 Kabul ve Eylem Formu II (KEF II)	33
3.3.6 Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği	34
(DIS/DAS Ölçeği)	34
3.3.7 Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)	34
3.3.8 Yaygın Anksiyete Bozukluğu testi-7 (YAB-7)	35
3.3.9 Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ)	35
3.4. İstatistiksel analiz	35
4. BULGULAR	37
4.1 Sosyodemografik veriler	37
4.2 Klinik değerlendirme ölçekleri	39
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇLAR	51
KAYNAKLAR	53
EKLER	65

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: YAB için DSM-V tanı ölçütleri.....	8
Tablo 2: Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri	16
Tablo 3: Eysenck Kişilik Teorisi'nin Alt Boyutları ve Özellikleri	21
Tablo 4: Kaçınma Örnekleri	27
Tablo 5. Grupların yaş ortalamaları	37
Tablo 6. Grupların eğitim düzeyi.....	38
Tablo 7. Grupların medeni durumları.....	38
Tablo 8. Grupların çalışma durumu	39
Tablo 9. Hasta gruplarının başvuru durumları.	39
Tablo 10. Çalışmada kullanılan ölçek ve alt ölçeklerin gruplar arasındaki kıyaslanması	40
Tablo 11.YAB hastalarında ölçek ve alt ölçeklerin korelasyon analizleri	42
Tablo 12. PB hastalarında ölçek ve alt ölçeklerin korelasyon analizleri	43
Tablo 13. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin korelasyon analizleri	44

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Eysenck Kişilik Boyutları.....	20
---	----



SEMBOLLER VE KISALTMALAR

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

PB: Panik Bozukluk

HAM-D: Hamilton Depresyon Değerelendirme Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerelendirme Ölçeği

KEF-II: Kabullenme ve Eylem Formu II

DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi

DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi

DİS/DAS Ölçeği: Davranışsal İnhibisyon Sistemi/Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği

ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 3

YAB-7: Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli Ölçeği

PAÖ: Panik Agorofobi Ölçeği

DSM-III: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının üçüncü baskısı

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının dördüncü gözden geçirilmiş baskısı

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısı

ICD-10: Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete içsel veya dışsal yaşanabilecek olan bir tehlikenin beklentisi ile kişinin fiziksel, ruhsal, somatik ve bilişsel alanlarında bozulmalar yaratan kaygı durumudur. Çok hafif tedirginlik, gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. Toplum taramalarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığı yüksektir. Yaşam boyu yaygınlığı % 13.6 ile % 28.8 arasında bildirilmektedir. (1)

Araştırmalardan elde edilen veriler kişilik boyutları ile psikopatolojiler arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Jeffrey A. Gray tarafından oluşturulan Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisinde (Reinforcement Sensitivity Theory- RST) kişilik, kişinin ödül sinyalleri ve ceza sinyallerine duyarlılık derecesine göre farklılık göstermektedir. (2) Bu teoride anksiyöz ve dürtüsel kişilik özellikleri geniş açıklama bulurken; beyinde bulunan iki motivasyonel sistemin dürtü ve kaygı davranışlarını yönettiği öne sürülmüştür. Bu sistemlere Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) ve Davranış İnhibisyon Sistemi (DİS) ismi verilmiş ve bu iki sistemin yaklaşma ve kaçınma davranışını düzenlediği belirtilmiştir. (3,4). Yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yeme bozuklukları, şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunlarının bu teori ile bağlantıları bulunmuştur. Özellikle DİS sensitivitesi anksiyete bozuklukları açısından artmış risk ile ilişkilendirilmiştir. (5)

Anksiyete duyarlılığı, kişilerin anksiyete belirtilerini zararlı ve tehlikeli olarak değerlendirmeye eğilimli olması olarak tanımlanır ve anksiyete psikopatolojisi ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir. (6) Anksiyete duyarlılığı ile olumsuz duygulanım ve nörotisizm gibi kişilik boyutları arasında ilişki olduğunu destekleyen veriler bulunmaktadır. (7) Yapılan çalışmalarda anksiyete duyarlılığı ile anksiyete bozuklukları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. (8)

Yaşantısal kaçınma (experiential avoidance) özellikle Kabullenme ve Kararlılık Terapisi' nin kavramlarından birisidir, kişinin birtakım özel deneyimleriyle (bedensel duyular, duygular, düşünceler, anılar, imgeler gibi) bağlantısını sürdürmekte isteksiz olduğu durumlarda ortaya çıkan bir olgu olarak ele alınmaktadır. Psikolojik kabul yaşantısal kaçınmanın tam karşısındaki bir fenomen

olarak bulunmakta ve kişilerin kendilerine, başkalarına ve yaşam deneyimlerine açık olmasını simgelemektedir. Günümüze dek yapılan araştırmalarda yaşantısal kaçınmanın pek çok psikopatolojinin zeminini oluşturduğu görülmektedir. (9)

Anksiyete duyarlılığının yaşantısal kaçınma ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar yanında anksiyete duyarlılığı ile davranışsal inhibisyon sistemi arasındaki bağlantıları gösteren çalışmalar da mevcuttur (10) Anksiyete duyarlılığı, yaşantısal kaçınma, davranışsal inhibisyon/davranışsal aktivasyon sistemi kavramlarının birbirleriyle ve psikopatolojilerle bağlantılarını çözümleme çabaları sürmektedir. Üniversite ğrencileri arasında yapılan güncel bir çalışmada anksiyete bozukluğu grubunda davranışsal inhibisyon sistemi, anksiyete duyarlılığı ve yaşantısal kaçınma puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte aynı çalışmada anksiyete duyarlılığının hem davranışsal inhibisyon hem de yaşantısal kaçınma ile pozitif korelasyon gösterdiği yine davranışsal inhibisyon ile yaşantısal kaçınma arasında pozitif korelasyon bulunduğu saptanmıştır (11)

Literatürde bulunan verilere dayanarak alışmamızda Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk tanısı alan klinik örneklem grubunda davranışsal inhibisyon sistemi, yaşantısal kaçınma ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete korkuya benzeyen bir duygudur ve kişi tarafından sanki kötü bir şey olacakmış gibi nedeni belli olmayan sıkıntı, endişe hissi olarak yaşantılır. Çoğu zaman iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle ifade edilir. Aslında anksiyete, hayatta kalmaya yönelik olan bir savunma mekanizmasıdır ve olası tehlikelerden kendisini koruması, önlem alması için vardır. Bu bağlamda anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özelliklerinden bahsetmiş oluruz ancak bu sistemin gereğinden fazla kullanılması patolojiye sebep olmaktadır. Anksiyetenin patolojik olarak görülmesi süresine, şiddetine ve kişinin işlevselliğini bozmasına bağlı olarak belirlenmektedir. Anksiyetenin patolojik olarak yaşanması kişide mesleki, ailevi ve ilişkisel alanlarda bozulmalara sebep olmaktadır. (1)

Anksiyete sözcüğü Hint Germen kökenli ‘anqh’ kelimesinden gelmektedir. ‘Sıkıca bastırmak, boğazını sıkı, sıkıntı ve tasa’ anlamlarını taşımaktadır. (12) 1800’lü yıllara kadar anksiyetenin fiziksel belirtileri farklı organ ve sistemlere ait rahatsızlıklar olarak düşünülürken anksiyetenin ruhsal belirtileri melankoliye ait olarak değerlendirilmiş (12), 1890’larda anksiyete belirtilerinin birçok farklı hastalıkta görülebildiği ancak anksiyetede gördüğümüz fiziksel ve ruhsal belirtilerin beraberce aslında tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır. (13) Freud 1894’te, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek ‘anksiyete nevrozu’ nu tanımlamış ve anksiyeteyi nevrasteni kapsamının dışına çıkartmıştır. (14) Freud bilinç dışı tehditleri anksiyetenin kaynağı olarak görmüştür. Kaygı, bilince ulaştığı zaman kabul edilemeyecek olan bir dürtünün işareti olarak değerlendirmiştir. Freud anksiyete nevrozunun ‘genel irritabilite, kronik anksiyöz beklenti, anksiyete nöbetleri ve sekonder fobik kaçınma’ olarak dört büyük sendromu içerdiğini belirtmiştir. Freud anksiyöz beklentinin anksiyete nevrozunun çekirdek belirtisi olduğunu, sinirlilik, kaygı-endişe ve yüzer-gezer

anksiyeteyi kapsadığını iletmiştir. “Aşırı kaygı” durumu “anksiyöz beklenti” (anxious expectation) terimi altında ilk kez onun tarafından tanımlanmıştır. (15,16).

Otto Rank, doğum ile kişinin ilk kez kaygı yaşadığını söylemiştir. Anne karnında sahip olduğu rahat ortamdan sonra dünyaya geldiğinde karşılaştığı durum çaba gerektirmektedir, bu sebeple çocuk ilk kaygısını deneyimlemektedir. Bundan sonra çocuğun karşılaşacağı bütün kaygılar bu ilk kaygının türevleri olarak değerlendirilmiştir. (17).

Karen Horney ise kaygı ve korku kavramlarını birbirlerine yakın ancak farklılıkları olan duygular olarak belirtmiştir. Korku mevcut bir tehlikeyle orantılı olarak ortaya çıkmakta ancak kaygıda çoğu zaman gerçek bir tehlikenin yerine imgesel bir tehlike bulunmaktadır. Korkuda nesnel bir gerçeklik, kaygıda ise gizli ve öznel bir tehlike mevcuttur. Bu nedenle kişinin içinde bulunduğu duruma göre kaygının şiddeti değişmektedir. (17)

Davranış teorisi anksiyeteyi kişi tarafından öğrenilmiş bir durum olarak değerlendirmiştir. Klasik koşullanmaya göre nötr olan bir uyaran tehlikeli bir uyaran ile eşleştirilir böylece nötr uyaran tehlikeli olarak koşullanmış olur. Diğer öğrenme süreci olan edimsel koşullanma bir davranışın kendi doğurduğu sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğramasıdır ve pekiştirmeye dayanmaktadır. Çevreyi gözlemleyerek pekiştirme olmaksızın, model alma ve başkalarının davranışlarının sonuçlarının değerlendirilmesi neticesi ile meydana gelen öğrenme yöntemine ise gözlemsel öğrenme denmektedir. Anksiyete bu öğrenme süreçleri ile gelişmektedir ve kişinin yaşadığı kaygı bir iç çatışma ile değil kişinin tehlikesi olmayan bir durumu tehlikeli olarak algılamayı öğrenmesiyle ilişkilidir. (18)

Bilişsel teori anksiyetenin nedenini maladaptif düşünce biçimleri olarak tanımlamıştır. Bu teoriye göre kişilerin yaşadıkları olayları algılama biçimleri ve yorumlamaları kaygıyı oluşturmaktadır. Anksiyete bozukluklarında, bazı durumlara kaygılı tepkiler gösteren kişiler bu durumu normalden daha fazla tehdit edici bir durum olduğunu hissetmekte, bu kişiler yaşadıkları bu durumun olma olasılığını gerçekte olduğundan daha fazla abartmakta, korktuğu durumları yaşadıklarında bu durumu felaketleştirmekte ve korktukları bu senaryoyu yaşamamak için birtakım stratejiler geliştirmektedirler. (18).

Dünya Sağlık Örgütüne ait Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması' nda (ICD) anksiyete bozuklukları, nevroz kavramı ile tümleşik bir şekilde 8. Basımdan (ICD-8) itibaren yer almaktadır. ICD-10' da ise nevroz kavramı ile tümleşik biçiminden sıyrılmıştır. (15).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının üçüncü baskısı (DSM-III) Anksiyete Bozuklukları' na farklı birer hastalık olarak yer vermiştir ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının dördüncü gözden geçirilmiş baskısında (DSM-IV) psikoanalitik kuram tanısal sınıflandırma kitabı üzerindeki etkisini yitirmiştir. Anksiyete Bozuklukları kategorisinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Fobik Bozukluklar (Özgül Fobiler), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi), Obsessif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Reaksiyonu yer almıştır. (15) DSM-5 ile birlikte yeni düzenlemelere gidilmiş, sınıflandırmada değişiklikler olmuştur. DSM-5 ile Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu anksiyete bozuklukları kümesinden ayrılarak ayrı bölümlerde ele alınmışlardır. Ayrıca panik bozukluk ile agorafobi tanı olarak birbirlerinden tamamen ayrılmıştır. (19)

2.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) gerginlik, evham, gündelik olaylar ve sorunlar hakkında endişe duygularıyla birliktelik gösteren, çoğunlukla kronik seyir göstererek zaman zaman alevlenmelerle giden, yaşam kalitesinde önemli bozulmalara yol açan bir rahatsızlıktır. (20,21)

2.2.1 Tarihçe

1986 yılında Kraepelin tüm psikiyatrik bozuklukları 13 kategoriye ayırmış ve bu kategorilerden biri olan “psikojenik nevroz” anksiyete bozukluklarını sınıflandırmada ilk girişim olmuştur. Freud kronik anksiyete kavramını diğer durumlardan ayrı olarak ele alarak “anksiyete nevrozu” kavramını oluşturmuştur.

1950'lerin başlarında yayınlanan DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Freud'un görüşlerinden büyük ölçüde etkilenmiş ve anksiyete bozukluklarını Anksiyöz Reaksiyon ve Fobik Reaksiyon olarak iki gruba ayırmıştır. (12) Anksiyete bozukluklarının 1980 yılında klinik olarak birbirinden ayrıştırılması ile YAB ilk defa DSM III' te ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. (22)

Bu sınıflamada YAB güvenilirliği düşük, sınırları belirsiz ve kalıntı bir tanı grubunu oluşturmaktaydı. DSM III-R'de YAB ile ilgili tanı sorunları büyük ölçüde giderilmiştir. Süre konusunda değişiklik yapılarak tanı için gerekli olan süre 1 aydan 6 aya çıkarılmıştır, böylece uyum bozuklukları kategorisinden ve yaşam olaylarına reaktif, kısa süreli anksiyete hallerinden ayırım yapılması hedeflenmiştir. Ayrıca 18 semptomluk listeden 3 semptom yerine, 6 semptomun varlığı tanı ölçütü olarak belirlenmiştir. (23) DSM-IV' te "aşırı anksiyete ve endişe"yi tanımlamak için kullanılan "gerçekdışı" sözcüğü kaldırılmış, endişenin denetlenemez olduğu vurgulanmıştır. Toplumsal, mesleki alanlar ve işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulma oluşması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca 18 semptomluk liste 6'ya, ölçüte uygunluk için gereken semptom sayısı 6'dan 3'e indirilmiştir. (24) Dünya Sağlık Örgütü ise 1990 yılında, ICD'nin (International Classification of Diseases) ancak 10. basımında YAB' a ayrı bir tanı olarak yer vermiştir. (20)

2.2.2 Tanı

YAB sık, süregiden kaygı ve endişe ile karakterizedir. Hemen her gün birçok olay veya etkinlik karşısında ısrarlı endişe ve kaygı duyma, üzüntüsünü zor kontrol edebilme, anksiyete ve üzüntüye huzursuzluk, kolay yorulma, konsantrasyon güçlüğü veya zihnini durmuş gibi hissetme, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozukluğunun eşlik etmesiyle karakterize bir hastalıktır. YAB bulunan hastalar kendi korkularının çok fazla olduğu bilgisini vermeyebilir ancak korkularının düzeyinden sıkıntı yaşamaktadırlar. (25) Bu hastalar genellikle küçük şeylere üzülen, sürekli bir korku içinde olan ve olabileceğin en kötüsünün başlarına gelebileceğini bekleyen, sürekli kaygı içerisinde olan kişilerdir. (26)

2.2.2.1 DSM- IV-TR Yaygın Anksiyete Bozukluğu için tanı ölçütleri

A- En az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş başarısı, okul başarısı vs.) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma

B- Kişi kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz

C- Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur)

1. Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe

2. Kolay yorulma

3. Düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması

4. İritabilite

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekme, huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku)

D- Kaygı ve kuruntunun odağı bir eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir.

E- Kaygı, kuruntu ve fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

F- Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir duygudurum bozukluğu, psikotik bir bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır. (27)

DSM V'in hazırlık aşamasında tasalanmayı kişinin kontrol etmesinde zorluğu konu alan DSM-IV B ölçütünün, değerlendirilmesinin güç olması ve aşırılık özelliği ile örtüşmesi nedeniyle kaldırılması önerilmiştir. Ayrıca sürenin 6 aydan 3 aya

indirilmesi ve DSM-IV C ölçütünde değişikliklere gidilmesi önerilmiştir. (19)
Bununla birlikte kriterler ana hatlarıyla korunmuştur. (40)

YAB için belirlenen DSM-V tanı ölçütleri tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: YAB için DSM-V tanı ölçütleri

-
- A- En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B- Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C- Bu kaygı ve kuruntuya aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder. (En azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):
- 1- Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
 - 2- Kolay yorulma.
 - 3- Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması.
 - 4- Kolay kızma.
 - 5- Kas gerginliği.
 - 6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D- Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- E- Bu bozukluk, bir maddenin (örn.kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
-

2.2.3 Epidemiyoloji ve Etyoloji

YAB sık görülen bir rahatsızlıktır, 1 yıllık yaygınlığı %3-8 olarak tahmin edilmektedir, Epidemiyolojik Veri Toplama Alan (Epidemiological Catchment Area-ECA) çalışması yaşam boyu yaygınlığını %8 olarak önermektedir, bununla birlikte yaşam boyu yaygınlığı %5 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Başlangıç belirtileri genellikle kademeli olarak artış ve şiddetlenme gösterir. Başlangıç yaşı ortalama 20 yaş öncesidir ve alevlenme iyileşme dönemleri ile giden kronik seyir gösterir (28,30) YAB'ın gidişinin kronik, düzelme oranlarının düşük olması bu bozukluğun prognozunun kötü olmasıyla neticelenebilir. Prognozu kötüleştiren diğer faktörler; komorbid psikiyatrik bozuklukların olması, hastalığın uzun sürmesi, kişilik bozukluklarının eşlik etmesi ve sosyal uyumun iyi olmamasıdır. (21,29)

Çoğu ruhsal bozuklukta olduğu gibi YAB'ın sebebini belirlemek güçtür. Bir dereceye kadar olan kaygı, normal ve uyum sağlamaya yönelik olarak kabul edilebilir, bu noktada patolojik anksiyetenin sınırlarını belirlemek ve etyolojideki olası biyolojik etkenleri psikososyal etkenlerden ayırt etmek güçtür. Biyolojik ve psikososyal etkenler muhtemelen birlikte etki göstermektedir. (25)

YAB'ın ailesel ve genetik bir temelini olabileceğini destekleyen kanıtlar mevcuttur. Bir çalışmada YAB görülme oranı, hastaların birinci derece akrabalarında (%19,5) kontrol grubundakilere (%3,5) göre 5 kat daha yüksek bulunmuştur (31). İkiz çalışmalarında ise çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bir çalışmada monozigot ve dizogit ikizlerin eşhastalanma oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken (32) diğer çalışmada YAB'nun kadın ikizlerdeki kalıtımsallık oranının %30 olduğu bildirilmiştir. YAB ve duygudurum bozuklukları için paylaşılmış bir kalıttan söz edilmektedir. (33)

YAB'da benzodiazepinlerin ve azaspiironların (ör buspiron) etkinliği gama-amino bütirik asit (GABA) ve serotonin nörotransmitter sistemleri hakkında yapılan çalıştırmalarla bağdaştırılmaktadır. Benzodiazepin reseptörlerinin YAB hastalarında anormal olduğuna dair yeterli veri bulunmamakla birlikte beyinde en yüksek benzodiazepin reseptör yoğunluğuna sahip oksipital lob üzerinde çalışmalar halen

sürmektedir. YAB'da serotonerjik sistemin düzenlenmesinde bozukluk olduğu öne sürülmüştür. Norepinefrin, glutamat ve kolesistekinin gibi nörotransmitterler hakkında da araştırmalar sürmektedir. Yine bazı bulgular YAB'da alfa 2 adrenerjik reseptörlerde duyarlılık azalması olabileceğini desteklemiştir. (28)

YAB hastalarıyla beyin görüntüleme çalışmaları yürütülmüştür. Bölgesel beyin metabolizmasının değerlendirildiği Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çalışmasında YAB hastalarında oksipital lob, sağ posterior temporal lob ve sağ presantral frontal girus bölgelerinde glikoz metabolizması kontrol grubuna oranlarla yüksek; bazal gangliyonlar ve beyaz maddedeki mutlak metabolizma oranları düşük bulunmuştur (34). Manyetik rezonans (MR) görüntüleme kullanarak yapılan başka bir çalışmada, YAB olan çocuk ve ergenlerde kontrollere göre, sağ ve toplam amigdala volümü anlamlı olarak daha geniş bulunmuştur. Bu çalışmanın uzantısı olan bir diğer çalışmada ise, YAB olan çocuk ve ergenlerde kontrollere göre hem gri hem de beyaz madde superior temporal girus volümlerinin daha geniş olduğu bildirilmiştir (35).

Psikodinamik açıdan anksiyete psikolojik dengenin bozulmuş olduğunun göstergesidir. Anksiyete aynı zamanda kabul edilemeyen bir dürtünün bilinç düzeyinde temsil edilmek ve boşalım yolu bulabilmek için çalıştığında, söz konusu durumu karşılamak ya da ondan kaçınmak üzere benliğin emrindeki güçleri harekete geçirmesine hizmet eden bir sinyaldir. Bu sinyalle birlikte benlik, içerden gelen baskıya karşı savunma önlemlerine başvurur. Savunmaların yeterince devreye girememesi durumunda, anksiyete sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıkarak yaygın anksiyeteye ya da psikanalitik yazındaki ismiyle serbest anksiyeteye (free-floating anxiety) dönüşmektedir (12).

Bilişsel görüşe göre YAB endişe, tasalanma (worrying) üzerine kuruludur. YAB'nu açıklamak üzere farklı bilişsel modeller ortaya atılmıştır. Borkovic'in geliştirdiği 'Bilişsel Kaçınma (Cognitive Avoidance)' kuramında endişe, anksiyeteden kaçınma yöntemi olarak öne sürülmektedir. Gelecekteki tehlike sorununun çözülmesi için endişe bilişsel bir girişim olarak tanımlanır ve duygusal olarak daha yüklü konulardan kaçınarak bunların yerine daha az önemli konulara odaklanmayı sağlamaktadır. Wells'in 'Üst-biliş (Meta-cognition)' modelinde Tip 1 ve Tip 2 olarak iki farklı tipte endişe tanımlanmıştır. Tip 1 endişe, dış olaylar ve

fiziksel belirtiler gibi bilişsel olmayan günlük yaşamdaki tasalardır. Kişi endişenin başa çıkma gücünü arttıracığına dair üstbilişe sahiptir ve bu tip endişenin kaynağı bu üstbiliştir. Tip 2 endişe, kişinin kendi endişesinin tehlikesi ve denetlenemez oluşu üzerine olumsuz düşüncelerini içermektedir. Tasalar üzerine tasalanma olarak adlandırılabilir. Dugas'ın bilişsel modeli ise, bir kişinin bilgiyi belirsiz bir durumda algılaması ve bu bilgiye bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepki dizisiyle yanıt vermesi olarak tanımlanmaktadır. Asıl tehdit edici olan şey bu belirsizliktir ve 'Belirsizliğe Dayanamama (Intolerance of Uncertainty)' görüşü olarak adlandırılmaktadır. (1,12). YAB açısından önerilen yeni bir görüş 'Duygulanımın Düzenlenmesinde Bozukluk (Emotional Dysregulation)' yaklaşımıdır. Bu modelde YAB olan kişiler duygularını tanımakta ve yönlendirmekte zorlanmaktadır. Kişi yoğun yaşanan duyguları deneyimlemeye isteksiz olduğundan duygularından kaçınmaya çalışmaktadır. Duygularını denetleme çabası endişe ile sonuçlanmaktadır. (1)

2.3 Panik Bozukluk

Panik Bozukluk (PB) yineleyen beklenmedik panik ataklar, başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı, atağın yol açabilecekleri ya da sonuçları ile (örn; kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma, ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği gösterme ile seyreden bir hastalıktır. (25) PB anksiyete bozuklukları arasında sık görülen, kronik ya da yineleyici seyreden, ailevi, sosyal ve işlevsel yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. (36)

2.3.1 Tarihçe

Panik kelimesi Yunan mitolojisinde yer alan bir tanrı olan Pan'dan türetilmiştir. Pan yalnız yaşaması, üzgün olduğunda bir mağaraya kapanması, kızgın olduğunda ise çığlıklar atarak canlıları korkutmasıyla tanınmaktadır. (37) PB 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. Da Costa 1871’de Amerikan iç savaşı sırasında askerlerde saptadığı çarpıntı, göğüs ağrısı, fenalaşma ve bayılma ile giden “irritabl kalp sendromu”nu tanımlamıştır. Daha sonraları benzeri tablolar için “nörosirkulatuar asteni”, “efor sendromu” gibi isimler kullanılmıştır. Westpal 1872 yılında, Lengrand 1877 yılında bugünkü agorafobi ölçütlerini karşılayan benzer tabloları tanımlamışlardır. (12,25)

Kraepelin, 1909’da kitabının 8. baskısında anksiyetenin fizik-otonomik ve davranışsal görünümünü betimleyerek “korlu 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 benzodiazepinin panik atakları üzerinde etkisiz olması ama genel anksiyeteyi düzeltmesi nedeniyle PB ile genel anksiyetenin iki farklı hastalık olduğunu öne sürmüştür böylece PB’nun ve YAB’nun 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 PB modelidir. (38)

2.3.2 Tanı

PB tıbbi ortamlarda sık karşılaşılan anksiyete bozukluğudur. Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayan, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik ataklarının görülmesidir. Yaşanan huzursuzluk ve anksiyeteye nefes darlığı, çarpıntı göğüs ağrısı gibi güçlü bedensel duyumların eşlik etmesi, ek olarak plan yapma, düşünme gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdan kaçmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın özellikleridir. Panik atakları tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve 2-10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaşır. Hastayı güçsüz ve tükenmiş halde bırakan ataklar genellikle 10–30 dakika sürer, seyrek olarak bir saate kadar uzar. Hastalığın temel özelliği yineleyen anksiyete ya da panik ataklarıdır. (12,38,39)

2.3.2.1. DSM-IV-TR Panik Atağı için Tanı Ölçütleri

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

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. Denetimini yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
11. Ölüm korkusu
12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları)
13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları (27)

Bütün diğer tanı ölçütlerini karşılayan ancak somatik ya da bilişsel dört belirtiden daha azı bulunan ataklar “sınırlı semptom atakları” olarak adlandırılır. DSM-IV-TR’de üç farklı panik atağı yer almaktadır; durumsal yatkınlık gösteren, durumsal olan ve beklenmedik. Beklenmedik panik atakları için tedavi arayışında olan kişiler genellikle korkularını çok yoğun olarak tanımlarlar. Öleceklermiş gibi, kontrollerini kaybetmiş gibi, kalp krizi ya da inme geçiriyorlarmış gibi ya da

çıldırıyorlarmış gibi olduklarını düşündüklerini söylerler. Bu kişiler genellikle, atak her nerede ortaya çıkıyorsa oradan kaçıp kurtulmak için büyük bir istek duyduklarını belirtirler. PB (agorafobi ile birlikte ya da agorafobi olmadan) tanısı konabilmesi için yineleyen beklenmedik panik atakların ortaya çıkması gerekir. Duruma bağlı panik atakları çoğunlukla sosyal ve özgül fobilere özgüdür. Durumsal yatkınlık gösteren panik atakları özellikle PB’ta sık görülür ancak bazen özgül fobi ya da sosyal fobide ortaya çıkar. PB, tanım olarak, en azından bazı panik ataklarının beklenmedik olmasını gerektiriyorsa da PB olan bazı kişiler, özellikle bozukluğun ileri dönemlerinde, duruma bağlı ataklarının olduğunu bildirirler. (27)

2.3.2.2. DSM-IV-TR Agorafobi için Tanı Ölçütleri

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

Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durumla sınırlı ise özgül fobi tanısını, toplumsal durumlarla sınırlı ise sosyal fobi tanısını düşününüz.

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

C- Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), obsesif kompulsif bozukluk (bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), postravmatik stres bozukluğu (ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (27).

2.3.2.3. DSM-IV-TR Panik Bozukluğu için Tanı Ölçütleri

A- Aşağıdakilerden hem (1) hem de (2) vardır:

1. Yineleyen beklenmedik panik atakları

2. Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

(a) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli kaygı

(b) Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak üzüntü duyma

(c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B- Agorafobinin olması ya da olmaması

C- Panik atakları bir maddenin (örn.kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn.hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D- Panik atakları, Sosyal Fobi (örn.korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örn.özümlü bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (örn.bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Post-travmatik Stres Bozukluğu (örn.ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn.evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

NOT: Tanı agorafobi yoksa “agorafobi olmaksızın panik bozukluğu”, varsa “agorafobili panik bozukluğu” adını alacaktır (27)

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. DSM-V’te ise agorafobi panik bozukluğu öyküsü olmaksızın da kendi başına kodlanabilen bir bozukluk olarak tanımlandığından DSM-IV’teki B maddesi değiştirilmiştir (40)

Panik Bozukluk için belirlenen DSM-V tanı ölçütleri tablo 2’ de verilmiştir.

Tablo 2: Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu
5. Soluğun tıkanıdığı durumu
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (dereelizasyon) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)
12. Denetimi yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu

Not: Kültüre özgü belirtiler (ör. Kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılglık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler gereken 4 belirtiden biri olarak sayılmamaktadır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (ör. Denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, "çıldırma") ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (ör. Spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme

C. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir sağlık durumunun (ör. Hipertiroidi, kalp –akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanmaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (ör. panik atakları, sosyal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlara tepki olarak; travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır.)

2.3.3 Epidemiyoloji ve Etyoloji

Panik Bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %1-4, altı aylık dönemde yaygınlığının yaklaşık %0.5-1 ve panik atakların yaygınlığının ise %3-5.6 olduğu bilinmektedir. Kadınlar erkeklere göre 2-3 kat daha fazla etkilenmektedir. PB en sık genç erişkinlikte ortaya çıksa da hem panik bozukluğu hem de agorafobi herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. (28)

PB'da sayısız beyin işlevinin bozulduğuna dair varsayımlar bulunmaktadır ancak panik atakları, beklenti anksiyetesi ve agorafobi gelişiminin altında yatan nörobiyolojik ve/veya psikolojik düzeneklerin neler olduğu, birbirleriyle nasıl etkileştikleri, hastalık gelişimini nasıl sağladıkları halen belirsizdir. (28)

Aile çalışmaları panik bozukluğun belli ailelerde yoğunlaştığını göstermekte, bu da genetik etyolojiyi düşündürmektedir. (41) Panik bozukluk hastalarında birinci derece akrabaların hastalanma riskinin (%7,9–17,3) sağlıklı yakınların riskinden (0,7-4,2) 3-17 kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir (42). Monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre her iki ikizin de PB olma oranının daha yüksek olduğunu

bildiren çalışmalara karşın bu bulguyu desteklemeyen çalışmalarda vardır. Yapılan bir meta analize göre genetik etkenlerin PB etyolojisinde rol oynadığını desteklemekte ve sonuçlara göre genlerin her iki cinsiyeti de etkileyerek varyansın %30–40'ını açıkladığı anlaşılmaktadır. (43) Monozigot ikizlerin eş hastalanma oranları (%24–73), dizigot ikizlerin eş hastalanma oranları (%0–17) genellikle 2–3 katıdır. (42) İkiz çalışmalarından elde edilen bir başka bulgu panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi arasında paylaşılmış bir genetik diyatez olduğudur. (12) Aile ve ikiz çalışmalarından çıkan sonuç kalıtılanın panik bozukluğu değil paniğe duyarlılık olduğu görüşüdür. (44)

Panik bozukluğun biyolojik temelini araştıran pek çok çalışmada panik bozukluğu olan hastalarda panik atak oluşturmak üzere biyolojik uyarılar kullanılmıştır. Panik uyarıcı maddeler olarak adlandırılan bu ajanlar solunum sisteminde değişikliklere yol açarak (karbondioksit, sodyum laktat, bikarbonat) ya da özgün nörotransmitter sistemlerini etkileyerek (alfa 2 adrenerjik reseptör antagonisti yohimbin, serotonerjik etkili Mccp, m-Caroline ilaçlar, GABA B reseptör antagonisti flumazenil, kolesistokinin, kafein) etkinlik gösterirler. Yine isoproterenol panik oluşturan bir madde olsa da etki mekanizması henüz yeterince anlaşılamamıştır. PB oluşumunda norepinefrin, serotonin ve GABA nörotransmitter sistemleri üzerinde özellikle durulmaktadır. (28)

Magnetik Rezonans (MR) ile yapılan görüntüleme çalışmalarında PB olan hastalarla kontrol grubu karşılaştırıldığında, PB grubunda medial temporal lob anomalilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Sık panik atak geçiren ve uzun süredir hastalığı devam edenlerde MR bulgularının daha fazla olduğu bildirilmiştir. (45) Laktat infüzyonu ile panik atak oluşturulan PET çalışmalarında PB hastalarında temporofrontal ve parahipokampal bölgelerin kan akımında kontrol grubuna ve atak oluşmayanlara göre anlamlı olarak artış bulunmuştur. (46,47) Yapılan çalışmalarda inferior parietal lobda kan akımında artış belirlenmiştir. (48) Bazı PET bulgularının başarılı tedavilerle değişebileceğini gösteren çalışmalar da vardır. (49)

Psikodinamik yaklaşıma göre, anksiyete bilinçdışı savunma düzeneklerinin hem nedeni hem de sonuçudur ve panik atağı anksiyete oluşturan uyarılara (travmatik yaşantılar) karşı başarısız kalan savunmaların sonucunda gelişir. Bir çalışmada PB olan hastaların %53'ünde çocuklukta ebeveynlerden ayrılma öyküsü

olduğu gösterilmiş, başka bir çalışmada da panik atakları olan agorofobiklerin öykülerinde sağlıklı kontrollere göre, çocukluk ve ergenlik döneminde daha fazla travmatik yaşam olayı bildirilmiştir. (12)

Bilişsel modelde kişinin anksiyetenin bedensel belirtilerini felaketleştirerek yorumlaması temel alınmaktadır. Bu yanlış yorumlama geri bildirim mekanizmasıyla belirtilerin şiddetlenmesine yol açar ve belirtiler bir panik atağı şiddetine ulaşır. Belirtilerin şiddetlenmesi üstelik çeşitliliğinin de artması ilk yorumu doğrular, bu da hem kaygının hem de bedensel belirtilerin tırmanmasıyla sonuçlanır. Bedensel zarar görme inancı pekişerek içinden çıkılmaz bir kısır döngü oluşturur. (1,12)

2.4 Kişilik Kavramı

Kişilik, araştırmacıların ilgisini her dönem üzerinde tutan, hakkında pek çok araştırma yapılan ancak üzerinde uzlaş sağlanan tanımı bulunmayan bir konudur.

Karakter, batı dillerinden Türkçe' ye girmiş bir kelimedir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde karakter; bir obje ya da bir bireyin kendine has yapısı, onu başka nesne veya kişilerden ayıran temel özellik ve kişinin davranış şeklini belirleyen ana özellik, öz yapı olarak tanımlanmaktadır. (50)

Bunun yanında Köknel kişilik teriminin yabancı dillerdeki ortak kökeninin 'persona' olduğunu ve bu kelimenin Latin dilinde Tiyatro oyuncularının kullandığı maske olduğunu bildirmektedir. (51)

Ruh sağlığı tarihinde de Kişilik birçok kuramla açıklanmaya çalışılmıştır. Literatürde bu kuramlar 6 başlıkta toplanabilir. Bunlar:

- a. Psikoanalitik Yaklaşım
- b. Psikoanalitik-Sosyal (Neo-Freudyen) Yaklaşım
- c. Ayırıcı zellik Yaklaşımı
- d. Davranışsal/Sosyal ğrenme Yaklaşımı
- e. İnsancıl Yaklaşım
- f. Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşımın öncülerinden Hans J. Eysenck ve Jeffrey A. Gray, kişilik özelliklerini beyin işlevlerindeki bireysel farklılıklar açısından ele almışlardır. Bu iki teorisyen, kişilik ve davranışla ilgili önemli devreleri içeren "kavramsal sinir sistemi" aracılığıyla beyin işlevlerini tanımlayabileceğimiz varsayımından yola çıkmıştır. (52)

Gray 'in biyopsikolojik kişilik teorisi Eysenck 'in kişilik için öne sürdüğü biyolojik modelin modifikasyonu olarak başlamış olsa da artık alternatif bir teori olarak görülmektedir ve Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi (Reinforcement Sensitivity Theory-RST) adıyla bilinmektedir. Bu açıdan Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisini daha iyi anlayabilmek için öncelikle Eysenck 'in biyolojik modelini değerlendirmek önemlidir. (52)

2.4.1 Hans Eysenck ' in Biyolojik Kişilik Teorisi

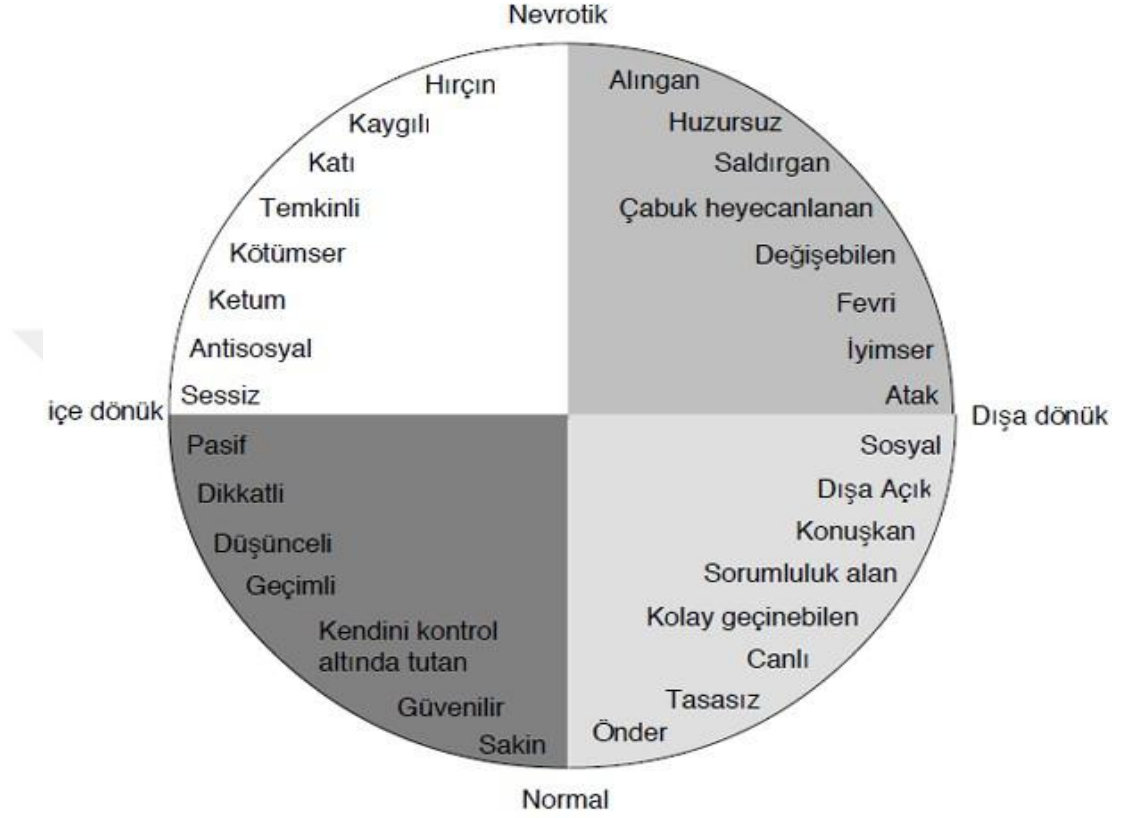
Eysenck 1940' ların başından kendi ölüm tarihi olan 1997 yılına dek sürdürdüğü araştırma programında kişiliğin ana boyutlarını tanımlamaya ve bu boyutların gelişimini açıklayan biyolojik temelli nedensel teoriler geliştirmeye çalışmıştır. (53)

Eysenck, kendi " kavramsal sinir sistemi " nin anahtar bileşenleri olarak iki adet beyin sistemi tanımlamaktadır: retikülo-kortikal ve retikülo- limbik devreler. Retikülo-kortikal devre gelen uyarı tarafından üretilen kortikal uyarılmayı kontrol ederken retikülo- limbik devre emosyonel uyarılara cevabı kontrol etmektedir. Güçlü emosyonel uyarılma esnasında limbik sistem aktivitesi kortekse yayılabilmektedir. Eysenck'in tanımladığı kişilik eksenlerinden birisi olan dışadönüklük-içedönüklük ise retikülo-kortikal devrenin uyarılabilirliği ile ilişkilidir. (52) Eysenck' in teorisinde belirtilen kişilik altboyutlarının özellikleri şekil 1 ve tablo 3' te gösterilmiştir.

Bu teoriye göre dışadönüklere kıyasla içedönükler daha düşük tepki eşiğine sahiptir ve kortikal uyarılmaları daha yüksektir. Genel olarak içedönükler duysal bir uyarı ile karşılaştıklarında kortikal uyarılmaları daha yüksektir ve daha yüksek uyarılma potansiyeline sahiptirler. Kişiliğin bir diğer boyutu olan nörotisizm açısından görülen bireysel farklılıklar ise limbik sistemin aktivasyonuna ve duygusal kararsızlık durumuna bağlanmıştır. Eysenck'e göre içedönük kişiler anksiyete

bozukluklarını geliştirmeye daha yatkındır çünkü daha güçlü koşullu tepkiler gösterme eğilimindedir. (53)

Şekil 1: Eysenck Kişilik Boyutları



Tablo 3: Eysenck Kişilik Teorisi'nin Alt Boyutları ve Özellikleri

Altboyutlar	Özellikler
Dışadönüklük	Sosyal, impulsif, insanlarla konuşmayı seven, girişken ve yalnızlığı sevmeyen
Nörotisizm	Tepkisel, anksiyöz, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal, düşük özgüvene sahip
Psikotisizm	Soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf, empati kuramayan, suçluluk duygusuna sahip olmayan, duyarsız

2.4.2 Gray' in Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi

Gray, temeli daha çok hayvan çalışmalarına dayanan biyopsikolojik kişilik teorisinde kişilik ile pekiştirme (ödül veya ceza) arasındaki ilişkiye vurgu yapmıştır. Bu vurgu sebebiyle de teori günümüzde Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi (Reinforcement Sensitivity Theory-RST) adıyla bilinmektedir. (52,53,54)

Gray, Eysenk'in önerdiği kişilik boyutlarının daha çok ceza ve ödüle karşı duyarlılıkların türevleri olduğunu düşünmüştür. Gray'e göre, anksiyete ceza mekanizması ile ilişkili iken, dürtüsellik ödül mekanizması ile ilişkilidir. Buna göre, dürtüsel olan kişiler ödül sinyallerine karşı daha duyarlıyken, anksiyete düzeyi yüksek olan kişiler ceza sinyallerine karşı daha duyarlıdır. Bu bakımdan, Eysenck'in kişilik teorisi dışadönüklük, nörotisizm ve uyarılma üzerine vurgu yaparken, Gray'in teorisi daha çok dürtüsellik, anksiyete, yaklaşma ve kaçınma motivasyonu üzerine vurgu yapmaktadır. (2,3,54,55)

Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi'ne göre, anksiyete ve dürtüsellik gibi kişilik boyutları beyinde iki temel motivasyonel sistemin çalışmasındaki bireysel farklılıklar ile ilişkilidir. (3,4,55,56) Bu sistemlerden biri, çevresel uyaranlara karşı yaklaşma davranışını (approach behavior) diğeri ise kaçınma davranışını (avoidance behavior) düzenler. Bu sistemler sırasıyla "Davranışsal Aktivasyon Sistemi" (DAS) (Behavioral Approach/Activation System-BAS) ve "Davranışsal İnhibisyon Sistemi" (DİS) (Behavioral Inhibition System-BIS) olarak adlandırılmıştır. Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS), beyin sapı ve beyin sapının frontal lobtaki neokortikal projeksiyonlarını içeren septo-hipokampal yolakla ilgili sistem şeklinde tarif edilmektedir. Gray bu fizyolojik sistemin, özellikle anksiyete yaratan durumlarda verilecek tepkileri kontrol ettiğini, ceza sinyalleri ile yeni ve kesin olmayan uyaranlara karşı duyarlı olduğunu ifade etmiştir. DİS, daha çok bir ceza olasılığında kaçınma davranışlarını düzenlediğinden ceza sistemi olarak da tanımlanmaktadır. Bu sistem, olumsuz veya acı verici sonuçlara sebep olabilecek davranışları engelleyici bir görev görmektedir. Gray'e göre yüksek DİS aktivasyonu, daha fazla duyarlılık yaratacağı için korku, anksiyete, hayal kırıklığı, üzüntü gibi olumsuz duyguların oluşmasında rol almaktadır. Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS)'nin ise, özellikle mezolimbik dopaminerjik yollarda merkezi bir role sahip olduğu düşünülmektedir. Ödül sinyallerine duyarlı olan DAS, daha çok bir ödül olasılığında yaklaşma

davranışının oluşmasında rol aldığından ödül sistemi olarak da tanımlanmaktadır. Bu sistemin, kişilerin amaca yönelik davranışları yapmak üzere çaba sarf etmeleri ile olası ödül ipuçlarına maruz kaldıkları zamanlarda olumlu duyguların oluşmasında sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple yüksek DAS aktivasyonunun, dürtüsel davranışlara sebep olabileceği ileri sürülmüştür. (3,4,55,56)

2.4.3 Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi ve Psikopatolojiler

Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi'nde tanımlanan ödül ve ceza sistemlerinin, farklı hastalık gruplarını araştırmaya yönelik bir model sunduğu açıkça görülmektedir. Pek çok araştırmacı DİS/DAS aktivasyonu ile anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yeme bozuklukları, şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli psikopatoloji türleri arasında bir ilişki olduğunu iddia etmiştir. (5) Gray'in hipotezleri ile tutarlı olarak birçok çalışmada yüksek DİS aktivasyonu veya düşük düzeydeki DAS aktivasyonunun anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (57,58,59,60,61,62,63)

Psikopatolojiler ile DİS/DAS Sistemi arasındaki ilişkiyi destekleyen bu kanıtlarla beraber bu ilişkinin daha mütevazi olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Johnson ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik bir çalışmada DİS/DAS skorlarındaki değişkenlik psikiyatrik tanılarının ancak %10' unu açıklamaktadır. Bu bulgu benzer kişilik boyutlarına sahip olan kişilerin farklı gelişim gösterebileceğini desteklemektedir. (59) Bu bağlamda duygu düzenlenmesindeki güçlükler, kişilik boyutları ile psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi açıklamada bir aradeğişken olarak öne sürülmüştür. (5)

2.4.4 DİS Sensitivitesi – Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi

Duygu düzenlenmesi (emosyon regülasyonu); hangi duyguya sahip olacağımızı, bir duyguya sahip olduğumuzda da onu nasıl deneyimleyeceğimizi ve dışı vuracağımızı belirleyen süreçlerin birleşimi olarak adlandırılabilir. (64)

Duygu düzenleme kaskatındaki ilk bileşen, bireyin çevresindeki bazı değişiklikleri algılayışını kapsar. Dış çevreden gelen duyuşsal uyarılar, görsel sistem tarafından algılanır, süreçten geçirilir, kategorize edilir ve beynin oksipital korteks, superior temporal girus ve fusiform girusu içeren merkezi algısal devresinde yerini alır. Erken algısal değerlendirme, uyarının olumlu veya olumsuz olduğunu ve bireyin hangi tür çevresel değişikliği istediğini hesaplamada yardımcı olur. Eğer birey bir şekilde bilgiyi işlemede önyargılı ise, duygu düzenlemede güçlük bu ilk basamakta belirebilir. Örneğin; bazı bireyler olumsuz uyarıları kolaylıkla fark edebilirler, ama olumlu uyarıyı fark etmede güçlük çekerler. Bu aynı zamanda kategorizasyonu ve davranışsal cevabı etkileyebilir (65).

Bir uyarı işlendiğinde, birey önce bu uyarıya bir değer biçer ve duyuşsal cevabı geneller (olumlu veya olumsuz olduğuna karar verir). Bu karmaşık basamak; öğrenme, bellek ve ödül süreçleri ile ilişkili duyuşsal kategorizasyonun boyutlarını içerir. Bir uyarı algılandıktan sonra kategorize edilmelidir. Algısal değerlendirmeler depolanmış bağlantıların ve davranışları motive eden, anlamını açıklayan anıların birikimini yaratır. Bu ilişkili öğrenme, basit uyarı-cevap ilişkilerini kapsar. Bu bağlamda birey belli duyuşsal bağlantılı ipuçlarını, belli dışavurumlarla ilişkilendirir. Bunun gibi bağlantılar; bireyin duyuşsal işaretleri ve genel kuralları öğrenmesinde veya kendi davranışlarını değişik durumlarda kategorize etmesinde daha karmaşık olarak karşımıza çıkabilir (örn., yüz buruşturmak gibi bir mimiği fark ettiğinde diğer bağlamsal ipuçlarını kayda almadan bunu fiziksel bir tehdidin belirtisi olduğuna karar vermek). Önemli biçimde; bu bağlantılar bilgi birikiminin, bireylerin kendi duyuşsal dünyalarında tutunduğu inançların zeminini oluşturur ve bu da belli durumlarda başkalarının duyuşlarını tahmin etme yeteneğine yardımcı olur. İlişkili öğrenme duygu düzenlemenin gelişimi sırasında önemli rol oynayabilir (64,65).

Duygu düzenlemenin üçüncü basamağı davranışsal cevabın üretimini içerir. Bu temel olarak “baskılayıcı kontrol” gibi yürütücü işlevleri içerir. Çocukluk ve ergenlik boyunca, bireyin davranışsal yanıtları değişir ve beklenmeyen çevresel olayların değişimiyle etkin yanıtların durdurulması ile uyum sağlanması açısından artan bir esneklik meydana gelir. Bellek süreçleri de aynı zamanda bu duygu düzenleme bileşenini etkiler. Birey farklı yanıt seçeneklerinde başarı veya

başarısızlıkla ilişkili olarak artan bilgi birikimine önceki deneyimlerini temel alarak güvenir (65,66).

Duygu düzenlemede güçlük tetikleyici bir uyarana karşısında o kişinin duygusal yanıtını düzenlemesinde ve kontrol etmesinde yetersizlik olmasıdır. Bu aynı zamanda “duygusal hiperreaktivite” olarak da tanımlanabilir. Hayatta herkes, tekrarlayan kez olaylara maruz kalır ve ilişkide anlaşmazlığa düşme, kişisel eleştiriye uğrama veya terk edilmiş algılanma gibi etkileşimlere uğrar. Duygu düzenlemede güçlük yaşayan kişi bu çevre ve kişilerarası zorluklara duygusal olarak abartılı bir şekilde tepki verir; öfke patlamaları, ağlamalar, pasif-agresif davranışlar, kaos yaratma, suçlama veya çatışma söz konusu olabilir. Bu özellikler, genellikle yüksek çatışmalı kişiliğin bir parçası olarak tarif edilmektedir. Duygusal dengesizlik, öfke patlamaları, gerçek veya algılanan terk edilmeden kaçınma için yoğun uğraşlar ve kişiler arası ilişkinin sabit, kararlı olmaması, duygu düzenlemede güçlük ile birbirine dolanmış psikolojik durumların altta yattığını işaret eder. (67)

Duygu düzenlemede güçlük, özdenetim mekanizmaları içerisinde değerlendirilir ve literatür bilgileri DİS sensitivitesi ile maladaptif özdenetim mekanizmalarının ilişkili olduğunu destekleyen veriler sunar. (68,69) Teorik olarak DİS sensitivitesi anksiyete reaksiyonu ya da artmış emosyonel reaktivite ile sonuçlanır. (53,70) Eğer artmış emosyonel reaktivite (ör; anksiyete) fazlasıyla negatif olarak değerlendirilirse kişi bu deneyimi yaşamakta isteksiz olabilir ve yaşantısal kaçınma stratejisini kullanabilir. Yaşantısal kaçınma stratejileriyle kişi yaşadığı deneyimin etkilerini azaltmaya çalışmaktadır ancak paradoksal olarak anksiyetede artışa yol açar, anksiyetede bu paradoksal artış anksiyete ve strese daha çok katkı yapar. (71) Ek olarak artmış DİS sensitivitesi yaşantısal kaçınma stratejilerine başvurma olanağında artmaya neden olur. Artmış emosyonel reaktivitenin kendisi sorun olmayabilir bununla birlikte zayıf duygu düzenleme stratejilerinin etkisiyle artmış ve uzamış negatif duygudurum negatif emosyonel verilere katkıda bulunur. (72)

2.5 Yaşantısal Kaçınma

Yaşantısal Kaçınma (Experiential Avoidance) kişinin sistematik ve rijid bir şekilde istenmeyen deneyimlerden (ör bedensel duyular, duygular, anılar, düşünceler, imgeler gibi) kaçınması ile oluşur. Kişi uyumlu bir fonksiyon göstermesini engellese bile bu davranışını sürdürür. Yaşantısal Kaçınma, farkındalık ve kabullenme temelli terapilerin (Kabullenme ve Kararlılık Terapisi, Diyalektik Davranış Terapisi, Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi) temel yapılarından biridir. (9)

İnsanın en büyük evrimsel avantajlarından biri sorunları öngörebilme ve çözme becerisi geliştirmesidir. (73) Sorun istenmeyen bir şeydir ve çözüm ondan nasıl kaçacağımızı veya nasıl kaçınabileceğimizi bulmaktır. Bu durum maddi dünyada işe yarar. Bu nedenle sorun çözme stratejileri insanlar için adaptiftir ve bunları insanların içsel dünyalarına da uygulamaya çalışması doğaldır ancak istenmeyen özel deneyimlerden kurtulmaya ya da kaçınmaya çalıştığımızda sıklıkla daha fazla acı yaratmış oluruz. İstenmeyen deneyimlerden kurtulmaya ya da onlardan kaçınmaya çalıştıkça, kişinin ruhsal olarak mustarip olma hali artar. Anksiyete bozuklukları buna iyi birer örnektir, anksiyetenin kendisinden ziyade ondan kaçınmaya çalışmayla ilgili takıntı anksiyete bozukluğunun temelini oluşturur. Anksiyeteden kaçınmak için ne kadar çaba sarf edilirse, anksiyete konusuyla ilgili o kadar fazla anksiyete geliştirilir, bu sayede de anksiyete artmış olur. Bu kısır döngü her anksiyete bozukluğunun temelinde bulunabilir. (74)

2.5.1 Yaşantısal Kaçınma ve Anksiyete Bozuklukları

Hayes ve arkadaşları; madde kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu ile ilgili literatür bulgularına atıfta bulunarak psikopatolojilerin birçok türü için yaşantısal kaçınmanın kavramsallaştırmasını önermektedirler. Bireyler çoğunlukla duygu ve düşüncelerini kontrol etmek amacıyla birtakım yöntemler kullanmaktadırlar. Kaçınma girişimleri genellikle istenmeyen içsel yaşantıların bir an önce hafiflemesine yardımcı olduğu için bireylerin yaşantısal kaçınmayı sürdürdükleri düşünülmektedir. (9)

Anksiyete bozukluğu olan kişilerin istenmeyen kişisel olayların (düşünceler, duygular, fiziksel duyular, anılar) sıklığını, süresini ve çeşidini değiştirmeye yönelik eğilimleri vardır. İşlevsel olmadığı halde kişi özellikle düşünce ve duyguları değiştirmeye çalışır. Anksiyete bozukluğu olan kişilerin yaşamlarında deneyimsel kaçınma ve kabullenmeme ile ilgili pek çok örnek bulabiliriz. Kaçınma örnekleri tablo 4 'te görülmektedir. (74)

Tablo 4: Kaçınma Örnekleri

<u>Kişiler, yerler, durumlar, eylemler:</u>
Anksiyetenin ortaya çıkma olasılığının olduğu ve kaçmanın zor olabileceği durumlardan ya da olaylardan kaçınmak (ör; sosyal olaylar, yakınlık, kalabalıklar, sırada beklemek, araba kullanmak, uçağa binmek, trene binmek)
Tehlikeli uyarılara karşı aşırı uyanık olma durumu
Düzen, temizlik, simetri yaratmak
Sadece anksiyetenin deneyimlenme ihtimalinin daha az olduğu 'güvenli' ortamlarda vakit geçirmek (ör; evde)
Fiziksel çaba ve egzersiz
Aşırı uyuma ve/veya aşırı yeme
Aşırı alkol alma, madde kullanımı
<u>Duygular ve düşünceler</u>
Dikkatini dağıtma (ör; olumlu duygular düşünme, işkolik bir yaşam biçimi geliştirme)
Geçmiş deneyimler ve anılar

Pek çok çalışmada farklı psikopatolojilerin gelişimi ve devamında önemli bir faktör olarak yaşantısal kaçınma öne sürülmüştür; (9,75) örneğin depresyon (76), anksiyete (77), madde kullanımı ve borderline kişilik bozukluğu. (9) Yakın zamanda yapılan bir çalışmada da artmış DİS sensitivitesi ve yaşantısal kaçınma kadın

üniversite öğrencilerinde posttravmatik stres semptomlarında artışla ilişkili bulunmuştur. (69)

Çalışmalar ayrıca yaşantısal kaçınma ile anksiyete duyarlılığı arasında da ilişki olduğunu saptamıştır. (78)

2.6 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 Reiss ve McNally tarafından 1985 senesinde 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 (79). Anksiyete duyarlılığı kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır (80). Teorik ve klinik önemi açısından anksiyete duyarlılığı panik atak, anksiyete ve anksiyete bozukluklarının bilişsel teorilerinin gelişmesinden sonra tanımlanmaya başlamıştır (81). 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 (79). Bu tanım panik bozukluktaki katastrofik yanlış yorumlama ve beklenti modelini bütünleştirerek yapılmış bir tanımdır (82).

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 (83). Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişiler, aniden ortaya çıkan görece daha şiddetli olan ve açıklanamayan fiziksel anksiyete belirtilerini tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirlerken; 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 algıladıklarına 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 (84).

2.6.1 Anksiyete Duyarlılığı ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete duyarlılığının, panik ataklar ve panik bozukluğun oluşumunda önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir (81). Panik atak, fiziksel duyuların yanlış yorumlanmasından dolayı kaynaklanmaktadır. Fiziksel olarak sağlıklı biri, zararsız bir kalp çarpıntısını, kalp krizi olarak değerlendirirse, bu kişi kaygılanacaktır. Bu durumun tekrarlanması ve uzun sürmesi kişiyi olduğundan daha fazla kaygılı hale getirecektir ve duyular yinelenmeye başlayacaktır, sonuç olarak kişinin konu ile ilgili yanlış yorumları devam edecektir. Bu bir kısır döngü haline gelip panik bozukluğa yol açacaktır ve uyarılmalar artacaktır. Örnekte olduğu gibi bu kısır döngünün sebebi anksiyeteye bağlı duyumlardan korkma ile başlamaktadır. Panik bozukluğa sahip kişiler bu duyuları çok fazla önem vermektedir. Tedavi araştırmalarında, anksiyete duyarlılığının panik atak tedavisinde semptomları azaltmada bir aracı rolü olduğu bulunmuştur. (85)

Anksiyete duyarlılığının panik bozukluk ve anksiyete bozukluklarını geliştirmede bir risk faktörü olduğu ve panik atağı yordamada anksiyete duyarlılığı ölçeğinin, fiziksel alt boyutunun diğer alt boyutlara kıyasla hastalıkla daha ilişkili olduğu saptanmıştır. (86)

Başka bir çalışmada anksiyete duyarlılığının panik atakların gelişiminde bilişsel bir risk olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (87)

Prospektif bir çalışmada panik atağın patogeneğinde anksiyete duyarlılığının rolü araştırılmış ve 1,401 sağlıklı insan beş haftalık temel askerlik süresince incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, anksiyete duyarlılığı spontan panik

atakların gelişiminde rol oynamaktadır. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireylerin akut stres durumunda panik atak geçirme olasılıklarının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. (88)

Bir başka prospektif çalışma 505 lisans öğrencisi ile 11 yıl sürmüş ve bu araştırmada anksiyete duyarlılığının panik bozukluğunu, panik atağı ve panik semptomlarını öngörüp göremediğı araştırılmıştır. Sonuçlarda, sürekli anksiyetenin ve anksiyete duyarlılığının panik semptomlarının ve panik ataklarının gelişiminde rolü olduğu bulunmuştur. Ancak sürekli anksiyete kontrol edildiğinde, anksiyete duyarlılığının panik bozukluğu öngöremediğini belirlenmiştir. (89)

Anksiyete duyarlılığının panik bozukluğun etiolojisinde önemli bir etkiye sahip olup olmadığının araştırıldığı bir çalışmada ise anksiyete duyarlılığının panik bozukluk için önemli bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır (90)

Anksiyete duyarlılığının eksen 1 patolojilerinin ve panik atakların gelişiminde bir risk faktörü olup olmadığının araştırıldığı çalışmada 404 sağlıklı insan iki yıllık prospektif araştırmada incelenmişlerdir. Sürekli anksiyeteyi kontrol ederek yapılan araştırmada, anksiyete duyarlılığının anksiyete ile ilgili olan ruh hastalıklarının, madde bağımlılığının, depresyonun ve panik atağın oluşumunu etkilediğı bulunmuştur. (91)

Yaygın anksiyete bozukluğu ve anksiyete duyarlılığı ilişkisinde anksiyete duyarlılığı ve sürekli anksiyetenin korelasyonlarının yüksek olduğu, anksiyete duyarlılığının anksiyete bozuklukları ve depresyonu yordadığını, anksiyete bozuklukları söz konusu olduğunda sürekli anksiyetenin ve anksiyete duyarlılığının farklı oranlarda varyanslara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anksiyete duyarlılığı panik ve agarofobi ile, sürekli anksiyete ise sosyal anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi ile ilişkili bulunmuştur. (92)

Bir başka çalışmada anksiyete duyarlılığı ölçeğinin alt boyutlarının anksiyete bozuklukları ve depresyonla olan ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlarda anksiyete duyarlılığı fiziksel alt boyutu en çok panik bozuklukla ilişkili saptanmıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu sosyal alt boyut ile ilgili bulunurken, genel anksiyete bozukluğu ve depresyon yaşayan hastalar ölçeğın bilişsel boyutundan yüksek puanlar almışlardır. (93)

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışmaya Balıkesir Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulandıktan sonra DSM 5 ile doğrulanarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı konmuş 50 hasta, DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulandıktan sonra DSM 5 ile doğrulanarak Panik Bozukluk tanısı almış 50 hasta ile benzer yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi özelliklerinde sağlıklı 50 gönüllü dâhil edilmiştir.

3.1.1 Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- SCID-I ve DSM-V tanı kriterleri doğrultusunda yapılan değerlendirme ile YAB ve PB tanısını almak,
- Sağlıklı gönüllüler için herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış olmak, daha önce psikiyatrik tedavi görmemiş olmak,
- 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olmak,
- Çalışma için yazılı onam vermek,
- En az ilkokul mezunu olmak.

3.1.2 Gönüllülerin dışlanma kriterleri:

- Gönüllünün kendi isteği,
- Tüm hasta grupları için zekâ geriliği, şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu, psikotik bozukluk, bilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb), alkol ve madde kullanım bozuklukları, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı depresyon tanısı almış olmak,

- Gebe olmak
- Okuma yazmanın olmaması

3.3 Kullanılan Ölçüm Araçları

Klinik değerlendirme için araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Kabul ve Eylem Formu II, Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve ek olarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı alan hastalar için Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 maddeli ölçeği, Panik Bozukluk tanısı alan hastalar için Panik Agorofobi Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1 Sosyodemografik veri formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, gönüllülerin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini; psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, alkol-madde ve sigara kullanımı gibi klinik özellikleri sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2 DSM-IV TR eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış görüşme formu (SCID I / Klinik Versiyon)

DSM-IV e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırmak için görüşmecinin uyguladığı toplam 6 modülden oluşan, yapılandırılmış bir ölçektir. Dil ve tanı kapsamı ile çoğunlukla erişkinler için kullanımı uygundur. Ölçek 1997 de First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları; Özkürkçügil ve arkadaşlarınca yapılmıştır. (94,95)

3.3.3 Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Max Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve hala depresyonun derecesini ölçmek için yaygın olarak kullanılan yöntemdir (96). Son bir hafta içerisindeki depresyon semptomlarını sorgulayan 17 maddeden oluşur. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-13 puan arası hafif derecede depresyonu, 14-18 arası orta derecede depresyonu, 19-22 arası ağır depresyonu, 23 ve üzeri çok ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (97).

3.3.4 Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir (98). Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 maddeden oluşur. Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır. 0-5 arası normal, 6-14 arası hafif, 15 ve üzeri şiddetli anksiyete olarak kabul edilir. Yazıcı ve arkadaşları Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır. (99)

3.3.5 Kabul ve Eylem Formu II (KEF II)

Bond ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilen Kabul ve Eylem Formunun orijinal adı "Acceptance and Action Questionnaire (AAQ II)" dır. (100) Ölçek yedi maddeden oluşan ve psikolojik esnekliği ölçen, yedili likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlaması Yavuz, Iskin, Ulusoy, Esen ve Burhan tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınan puanların artması psikolojik katılığın ve yaşantısal kaçınmanın arttığını göstermektedir. (101)

3.3.6 Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği (DİS/DAS Ölçeği)

Davranış İnhibisyon Sistemi (DİS)/Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) Ölçeği; 1994 yılında Charles Carver ve Teri White tarafından, Jeffrey Alan Gray tarafından geliştirilen Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi temel alınarak oluşturulmuş bir ölçektir. Ölçeğin Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ve Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) olmak üzere iki altölçeği ve DAS altölçeğinin de eğlence arayışı (fun seeking), ödüle duyarlılık (reward responsiveness) ve dürtü (drive) olmak üzere üç altölçeği vardır. Ölçekte, kaçınma sistemi ve anksiyete davranışına yönelik olan DİS altölçeğinin 7, yaklaşma sistemi ve dürtüsellik davranışına yönelik olan DAS altölçeğinin eğlence arayışı altölçeğinin 4, ödüle duyarlılık altölçeğinin 5 ve dürtü altölçeğinin 4 ve doldurma maddesi için de 4 olmak üzere toplam 24 madde vardır. Ölçeği yanıtlayan katılımcılar her bir madde için 4'lü likert tipi bir cevaplama sistemiyle (1= Tamamen Katılıyorum, 2=Biraz Katılıyorum, 3=Biraz Katılmıyorum, 4=Hiç Katılmıyorum) kendilerini değerlendirirler. Türkiye'de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Simge Şişman tarafından 2012 yılında yapılmıştır. (102)

3.3.7 Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

Ölçek fiziksel, sosyal ve bilişsel alt kategorileriyle anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla Taylor ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. (6) Üç alt kategoride toplam 18 maddeden oluşmaktadır. 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. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Mantar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe sürümü çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır, karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. (103)

3.3.8 Yaygın Anksiyete Bozukluğu testi-7 (YAB-7)

YAB-7 Spitzer ve ark. tarafından DSM-IV-TR ölçütlerine göre geliştirilmiş, yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendiren kısa, öz bildirimle doldurulan bir testtir (104). Son 2 hafta içindeki ölçek maddelerinde sorulan yaşantıları değerlendiren 7 maddeli dörtlü likert (0=hiç, 1=Birçok gün, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün) tipi bir ölçektir. Ölçekten edinilen toplam puanlar 5, 10, ve 15 sırasıyla hafif, orta ve ciddi anksiyete için kesme noktalarıdır. Toplam puanı 10 ve üzerinde alan hastaların, diğer yöntemlerle YAB tanısının araştırılması ve doğrulanması gereklidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Konkan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (105)

3.3.9 Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ)

Panik atağın özelliklerini (3 soru ve puanlamaya alınmayan 1 soru), agorafobi ya da kaçınma davranışını (3 soru), beklenti anksiyetesi (2 soru), yeti yitimini (3 soru), sağlık konusunda endişeyi (2 soru) değerlendirmektedir. Hasta ve gözlemci anketi mevcuttur. Hasta anketinde elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0–8 remisyon, 9–18 hafif, 19–28 orta, 29–39 şiddetli, 40 ve üstü çok şiddetli. Ölçek, Bandelow tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir (106). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Tural ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır (107).

3.4. İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler SPSS Statistics 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Demografik verilerin incelenmesinde Ki Kare testi ile One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. Her bir grubun ölçek puanları kendi içinde normalliğinin değerlendirilmesi açısından Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilen grupların ölçek puanları kıyaslanırken Kruskal Wallis testi ve Post Hoc Dunn ikili kıyaslama

yöntemleri kullanılmıştır. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk ve Sağlıklı Kontrol gruplarında her birindeki ölçeklerin ve alt ölçeklerin birbiri ile ilişkisini ve anlamlılığını değerlendirmek üzere Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, YAB tanısı alan 50 hasta ve PB tanısı alan 50 hasta ile sağlıklı 50 gönüllüden oluşan kontrol grubu katılımcılarının sosyodemografik verileri, kullanılan ölçek puanları bulguları yer almaktadır.

4.1 Sosyodemografik veriler

Çalışmamızda YAB tanısı alan 50 hasta (%33,3), PB tanısı alan 50 hasta (%33,3) ve sağlıklı 50 gönüllü (%33,3) olmak üzere toplam 150 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılar Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Panik Bozukluk (PB) ve Kontrol Grubu olmak üzere üç grup olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada yer alan 50 YAB hastasının 33'ü kadın (%66,0) 17'si erkeklerden (%34,0), 50 PB hastasının 33'ü kadın (%66,0) 17'si erkeklerden (%34,0), 50 sağlıklı gönüllünün 33'ü kadın (%66,0) 17'si erkeklerden (%34,0) oluşmaktadır. PB, YAB ve Kontrol grupları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($P=1.000$).

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarına bakıldığında; YAB grubunda yaş ortalamasının (ortalama±standart sapma) 39.3 ± 11.5 , PB grubunda yaş ortalamasının 38.4 ± 11.9 , kontrol grubunda ise 38.9 ± 11.6 olduğu gözlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.925$) (Tablo 5).

Tablo 5. Grupların yaş ortalamaları

	n	Ortalama	SS	Minimum	Maximum
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	50	39,3	11,5	19	64
Panik Bozukluk	50	38,4	11,9	20	63
Kontrol Grubu	50	38,9	11,6	20	64
				F=0.078	P=0.925

Çalışmamızda yer alan YAB, PB ve Kontrol grubu arasında eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p=1.000$) (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların eğitim düzeyi

		0-8 yıl	8 yıl üzeri	Toplam
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	20	30	50
	%	%40,0	%60,0	%100,0
Panik Bozukluk	n	20	30	50
	%	%40,0	%60,0	%100,0
Kontrol Grubu	n	20	30	50
	%	%40,0	%60,0	%100,0
			Kikare=0.000	P=1.000

Medeni durumlarına bakıldığında; her 3 grupta evli olanların sayısının daha fazla olduğu gözlenmiş olup, medeni durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0,259$) (Tablo 7).

Tablo 7. Grupların medeni durumları

		Evli	Bekar	Toplam
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	40	10	50
	%	%80,0	%20,0	%100,0
Panik Bozukluk	n	33	17	50
	%	%66,0	%34,0	%100,0
Kontrol Grubu	n	38	12	50
	%	%76,0	%24,0	%100,0
			Kikare=2.703	P=0.259

Çalışmamızda yer alan YAB, PB ve kontrol grupları arasında çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($P=0.078$) (Tablo 8).

Tablo 8. Grupların çalışma durumu

		Çalışıyor	Çalışmıyor	Toplam
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	28	22	50
	%	%56,0	%44,0	%100,0
Panik Bozukluk	n	24	26	50
	%	%48,0	%52,0	%100,0
Kontrol Grubu	n	35	15	50
	%	%70,0	%30,0	%100,0
			Kikare=5.090	P=0.078

YAB ve PB grubunda bulunan hastaların başvuru durumları açısından yapılan kıyaslamada hastaların ilk psikiyatri başvurularının olması ya da daha önce mevcut tanılarıyla ilgili tedavi almış olmaları gözönüne alınmıştır ve gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.227$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta gruplarının başvuru durumları.

		Birden fazla başvuru	İlk Basvuru	Toplam
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	n	19	31	50
	%	%38,0	%62,0	%100,0
Panik Bozukluk	n	25	25	50
	%	%50,0	%50,0	%100,0
			Kikare=1.461	P=0.227

4.2 Klinik değerlendirme ölçekleri

Çalışmamızda gruplar arasında Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) toplam puan ortancaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi ($p<0.001$). İstatistiksel olarak saptanan anlamlı farkın kontrol grubundan

geldiği, YAB grubu ile PB grubu arasında anlamlı fark görülmediği saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışmada kullanılan ölçek ve alt ölçeklerin gruplar arasındaki kıyaslanması

	Yaygın Anksiyete Bozukluğu			Panik Bozukluk			Kontrol Grubu			İstatistiksel Analiz		
	Median	Min	Maks	Median	Min	Maks	Median	Min	Maks	KW-kikare	P	posthoc dunn p<0.05
ADİ-TOPLAM	40,5	10	66	40,5	18	69	9,0	0	29	83,055	<0.001	3 vs 12
ADİ-FİZİK	16,0	2	24	16,5	5	24	4,0	0	14	78,394	<0.001	3 vs 12
ADİ-BİLİŞ	14,0	3	27	14,0	3	26	3,5	0	15	64,960	<0.001	3 vs 12
ADİ-SOSYAL	10,5	0	20	10,0	2	20	2,0	0	10	58,858	<0.001	3 vs 12
KEF	31,0	10	49	31,5	13	49	10,0	7	25	80,180	<0.001	3 vs 12
DİS-TOPLAM	24,0	14	28	23,0	16	28	21,0	11	28	25,794	<0.001	3 vs 12
DAS-TOPLAM	39,0	25	51	40,0	26	51	41,0	24	52	0,990	0,610	NS
DAS-ÖDÜL	18,0	12	20	18,0	13	20	19,0	13	20	1,353	0,508	NS
DAS-EĞLENCE	11,0	7	16	12,0	4	16	11,0	4	16	1,194	0,551	NS
DAS-DÜRTÜ	11,0	4	16	11,0	4	16	11,0	4	16	0,226	0,893	NS
HAMA	26,5	9	40	28,5	10	48	4,0	1	9	100,826	<0.001	3 vs 12
HAMD	15,5	6	28	13,0	3	30	2,5	0	8	97,189	<0.001	3 vs 12

ADİ-3 alt alanlarından “fiziksel belirtiler” ve “sosyal belirtiler alanları” ortanca puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($P<0.001$). ADİ-3’ün “bilişsel belirtiler alanı” açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.001$). İstatistiksel olarak saptanan anlamlı farkın her üç alan açısından kontrol grubundan geldiği, YAB grubu ile PB grubu arasında anlamlı fark görülmediği belirlenmiştir (Tablo 10).

Kabul ve Eylem Formu II (KEF-II) açısından baktığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($P<0.001$). Bu fark kontrol grubu kaynaklı olup, YAB grubu ile PB grubu arasında anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 10).

Davranışsal Aktivasyon Sistemi/Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DAS/DİS) ölçeğinin Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) alanında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($P<0.001$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak saptanan anlamlı fark yine kontrol grubundan gelmiştir (Tablo 10).

Davranışsal Aktivasyon Sistemi/Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DAS/DİS) ölçeğinin Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS) alanına ait üç alt ölçekte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 10).

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) incelendiğinde gruplar arasında ortanca ölçek puanları açısından farklar olduğu; PB grubunun ortanca ölçek puanının YAB grubundan, YAB grubunun ortanca ölçek puanının sağlıklı kontrol grubundan yüksek geldiği gözlenmiştir. ($PB>YAB>SK$, $p<0.001$). Sağlıklı kontrol grubu PB ve YAB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterirken PB ve YAB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 10).

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) açısından YAB grubunun puan ortancasının PB grubundan, PB grubunun sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu belirlenmiştir. ($YAB>PB>SK$, $p<0.001$) YAB grubu ile PB grubu arasında anlamlı fark görülmezken istatistiksel olarak saptanan anlamlı fark yine kontrol grubundan gelmiştir (Tablo 10).

YAB grubunda HAM-D ölçeği ile HAM-A, KEF ve ADİ-3'ün bilişsel belirtiler alan puanı arasında orta düzeyde korelasyon saptanırken HAM-D ölçeği ile ADİ-3 toplam puanı arasında düşük düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo 11). PB ve sağlıklı kontrol grubunda ise HAM-D ölçeği yalnızca HAM-A ile korelasyon göstermiştir (Tablo 12, Tablo 13).

Tablo 11.YAB hastalarında ölçek ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizleri

		ADİ-TOPLAM	ADİ-FİZİK	ADİ-BİLİŞ	ADİ-SOSYAL	KEF	DIS-TOPLAM	DAS-TOPLAM	DAS-ÖDÜL	DAS-EĞLENCE	DAS-DÜRTÜ	YAB	HAMA
ADİ-FİZİK	rs	0,782											
	P	<0,001											
ADİ-BİLİŞ	rs	0,883	0,546										
	P	<0,001	<0,001										
ADİ-SOSYAL	rs	0,756	0,353	0,599									
	P	<0,001	0,012	<0,001									
KEF	rs	0,683	0,584	0,641	0,453								
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,001								
DIS-TOPLAM	rs	0,473	0,435	0,346	0,405	0,481							
	P	0,001	0,002	0,014	0,003	0,000							
DAS-TOPLAM	rs	0,332	0,192	0,339	0,349	0,070	0,072						
	P	0,018	0,182	0,016	0,013	0,629	0,618						
DAS-ÖDÜL	rs	0,152	0,103	0,144	0,094	0,075	0,049	0,566					
	P	0,291	0,478	0,319	0,514	0,603	0,737	<0,001					
DASEĞLENCE	rs	0,243	0,141	0,184	0,320	0,033	0,022	0,672	0,205				
	P	0,090	0,328	0,202	0,024	0,817	0,881	<0,001	0,153				
DAS-DÜRTÜ	rs	0,251	0,241	0,240	0,217	-0,004	0,098	0,822	0,349	0,561			
	P	0,079	0,092	0,093	0,130	0,979	0,498	<0,001	0,013	<0,001			
YAB	rs	0,387	0,405	0,384	0,127	0,548	0,543	-0,025	0,049	-0,107	-0,131		
	P	0,005	0,004	0,006	0,381	<0,001	<0,001	0,861	0,737	0,461	0,364		
HAMA	rs	0,346	0,295	0,296	0,187	0,151	0,181	0,165	0,067	0,171	0,086	0,090	
	P	0,014	0,038	0,037	0,194	0,296	0,208	0,253	0,642	0,236	0,552	0,533	
HAMD	rs	0,333	0,227	0,401	0,118	0,366	0,186	0,126	0,073	0,166	0,099	0,234	0,525
	P	0,018	0,113	0,004	0,414	0,009	0,196	0,385	0,614	0,249	0,492	0,102	<0,001

YAB ve PB grubunda HAM-A ölçeğinin ADİ-3 toplam puanı, ADİ-3'ün "bilişsel belirtiler" ölçek puanları ile korelasyon gösterdiği gözlenirken; PB grubunda aynı zamanda HAM-A ölçeğiyle ADİ-3'ün "fiziksel belirtiler" ve PAÖ arasında korelasyon bulunduğu saptanmıştır. Bu ilişkilerin düşük düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda belirtilen korelasyonlar gözlenmemiştir (Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13).

Tablo 12. PB hastalarında ölçek ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizleri

		ADİ-TOPLAM	ADİ-FİZİK	ADİ-BİLİŞ	ADİ-SOSYAL	KEF	DİS-TOPLAM	DAS-TOPLAM	DAS-ÖDÜL	DAS-EĞLENCE	DAS-DÜRTÜ	PAO	HAMA
ADİ-FİZİK	rs	0,655											
	P	<0.001											
ADİ-BİLİŞ	rs	0,854	0,353										
	P	<0.001	0,012										
ADİ-SOSYAL	rs	0,855	0,330	0,677									
	P	<0.001	0,019	<0.001									
KEF	rs	0,553	0,465	0,576	0,341								
	P	<0.001	0,001	<0.001	0,015								
DİS-TOPLAM	rs	0,391	0,043	0,421	0,401	0,292							
	P	0,005	0,768	0,002	0,004	0,039							
DAS-TOPLAM	rs	0,174	-0,092	0,176	0,288	0,070	0,121						
	P	0,227	0,524	0,221	0,042	0,630	0,402						
DAS-ÖDÜL	rs	0,086	-0,105	0,069	0,162	0,093	0,170	0,698					
	P	0,553	0,466	0,636	0,262	0,521	0,239	<0.001					
DAS-EĞLENCE	rs	0,082	-0,124	0,075	0,206	0,065	0,160	0,897	0,621				
	P	0,571	0,392	0,607	0,151	0,654	0,268	<0.001	<0.001				
DAS-DÜRTÜ	rs	0,268	-0,024	0,276	0,343	0,064	0,080	0,875	0,441	0,651			
	P	0,060	0,866	0,052	0,015	0,661	0,583	<0.001	0,001	<0.001			
PAO	rs	0,433	0,613	0,255	0,230	0,532	0,086	-0,061	0,006	-0,069	-0,062		
	P	0,002	<0.001	0,074	0,109	<0.001	0,551	0,672	0,966	0,632	0,670		
HAMA	rs	0,299	0,233	0,321	0,245	0,254	0,170	0,129	0,089	0,083	0,202	0,309	
	P	0,035	0,104	0,023	0,087	0,075	0,237	0,373	0,538	0,566	0,159	0,029	
HAMD	rs	0,202	0,248	0,246	0,072	0,402	0,028	0,024	-0,087	-0,016	0,173	0,262	0,542
	P	0,160	0,083	0,085	0,619	0,004	0,846	0,867	0,548	0,910	0,230	0,066	<0.001

DAS/DİS ölçeğinin Davranışsal Aktivasyon Sistemi(DAS) alanına ait “ödüle duyarlılık”, “eğlence arayışı”, “dürtüsellik” alt ölçekleri kendi aralarında ve DAS toplam puanıyla korelasyon göstermiştir (Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13).

DAS/DİS ölçeğinin Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) alanında ölçek puanları YAB ve PB gruplarında ADİ toplam puanıyla orta düzeyde korelasyon gösterirken sağlıklı kontrol grubunda düşük korelasyon göstermiştir. DİS alanındaki ölçek puanı ile ADİ-3’ün “fiziksel belirtiler”, “bilişsel belirtiler”, “sosyal belirtiler”

alanlarında düşük-orta düzeyde korelasyonlar gözlenmiştir. DİS ile KEF arasında PB ve sağlıklı kontrol gruplarında düşük düzeyde korelasyon, YAB grubunda orta düzeyde korelasyon belirlenmiştir (Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13).

Tablo 13. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizleri

		ADI-TOPLAM	ADI-FİZİK	ADI-BİLİŞ	ADI-SOSYAL	KEF	DİS-TOPLAM	DAS-TOPLAM	DAS-ÖDÜL	DAS-EĞLENCE	DAS-DÜRTÜ	HAMA
ADI-FİZİK	rs	0,829										
	P	<0.001										
ADI-BİLİŞ	rs	0,818	0,480									
	P	<0.001	<0.001									
ADI-SOSYAL	rs	0,773	0,506	0,565								
	P	<0.001	<0.001	<0.001								
KEF	rs	0,622	0,525	0,551	0,418							
	P	<0.001	<0.001	<0.001	0,003							
DİS-TOPLAM	rs	0,336	0,296	0,334	0,141	0,299						
	P	0,017	0,037	0,018	0,329	0,035						
DAS-TOPLAM	rs	-0,033	-0,015	-0,040	0,009	0,114	0,036					
	P	0,821	0,917	0,782	0,951	0,430	0,804					
DAS-ÖDÜL	rs	0,128	0,068	0,170	0,106	0,226	0,215	0,759				
	P	0,375	0,638	0,239	0,464	0,114	0,133	<0.001				
DAS-EĞLENCE	rs	-0,163	-0,134	-0,162	-0,075	-0,009	-0,150	0,708	0,369			
	P	0,258	0,352	0,260	0,606	0,952	0,297	<0.001	0,008			
DAS-DÜRTÜ	rs	0,049	0,113	-0,029	0,051	0,140	0,111	0,819	0,534	0,381		
	P	0,735	0,433	0,840	0,723	0,333	0,442	<0.001	<0.001	0,006		
HAMA	rs	0,166	0,112	0,245	0,062	0,363	0,121	-0,081	-0,141	-0,016	0,082	
	P	0,250	0,437	0,087	0,668	0,010	0,404	0,574	0,330	0,912	0,571	
HAMD	rs	0,112	0,104	0,150	0,058	0,343	-0,021	0,115	0,142	0,092	0,186	0,708
	P	0,440	0,470	0,299	0,689	0,015	0,883	0,425	0,324	0,524	0,196	<0.001

KEF ile ADİ-3 ilişkisine baktığımızda her üç grupta KEF puanları ile ADİ-3 toplam puanlarının korele olduğu; YAB için bu korelasyonun yüksek, PB ve sağlıklı kontrol grubu için orta düzeyde olduğu saptanmıştır. KEF puanı ile ADİ-3'ün "fiziksel belirtiler", "bilişsel belirtiler", "sosyal belirtiler" alanlarında ise düşük-orta düzeyde korelasyonlar gözlenmiştir (Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13).

YAB-7 ölçeği; KEF, DIS, ADİ-3 toplam puanı, ADİ-3'ün “fiziksel belirtiler” ve “bilişsel belirtiler” ölçek puanları ile orta düzeyde korelasyon göstermektedir (Tablo 11).

PAÖ ölçeği; KEF, ADİ-3 toplam puanı, ADİ-3'ün “fiziksel belirtiler” ölçek puanları ile orta düzeyde korelasyon göstermiştir (Tablo 12).

YAB, PB ve sağlıklı kontrol gruplarında Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) toplam puanının ADİ-3 alt alanlarından “fiziksel belirtiler”, “sosyal belirtiler”, “bilişsel belirtiler” ölçek puanları ile korelasyonları ve tüm bu alt alanların birbirleriyle korelasyonları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Her üç grupta da ADİ-3 toplam puanının tüm alan puanları ile yüksek düzeyde korele olduğu, PB grubundaki “fiziksel belirtiler” ve “sosyal belirtiler” arasındaki düşük; “sosyal belirtiler” ve “bilişsel belirtiler” arasındaki yüksek düzeyde korelasyon dışında, tüm gruplarda tüm alt alan puanlarının birbirleri ile orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo 11, Tablo12, Tablo 13).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda hasta grupları ve kontrol grupları arasında yaş, eğitim yılı olarak istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması ve aynı cinsiyetten olgular seçilmesi olguların karşılaştırılabilir olduğunu desteklemektedir. Yine hasta grupları ve kontrol grupları arasında medeni durum ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmaması karşılaştırılabilir olma durumunu güçlendirmektedir.

ADİ-3 fiziksel belirtiler alt alanı kalp çarpıntısı, nefes darlığı gibi “bedensel belirtilerden korkma” durumunu; bilişsel belirti alt ölçeği dikkati bir konu üzerinde toparlayamama korkusu ya da kişinin kendisini garip veya boşlukta hissetmesinden korku duymasını içeren “bilişsel kontrolü yitirmekten korkma” boyutunu ve sosyal belirti alt ölçeği ise kişinin kendisindeki anksiyete belirtilerini başkalarının fark etmesinden korkma durumunu değerlendirmektedir (8). Bu açıdan ADİ-3 fiziksel belirti alt alanının Panik Bozukluk, bilişsel belirti alt alanının Yaygın Anksiyete Bozukluğu (108) ve Depresyon (109), sosyal belirti alt alanının ise Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür.

Anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireylerin anksiyete duyarlılığı düşük olan bireylere göre vücut duyularından daha fazla kaçındıkları hipotezinden yola çıkarak anksiyete duyarlılığı yüksek bireylerin fizyolojik uyarılmaya daha fazla stresle cevap vereceği varsayılmıştır. Bu varsayım bazı çalışmalarda hiperventilasyon provokasyon testi sonuçlarıyla desteklenirken; diğer çalışmalarda bu gösterilememiş, böylece anksiyete duyarlılığının PB için prediktif değeri bu çalışmalarda belirlenememiştir. (110) Çalışmamızda ADİ-3 ölçeği toplam puanının ve tüm alt alan (fiziksel, bilişsel ve sosyal) puanlarının hasta gruplarının tümünde (YAB ve PB) sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu anksiyete duyarlılığının, spontan panik ataklarının gelişimine yol açarak PB için “özgül bir risk etkeni” olmadığı bulgusunu daha önce literatürde ve benzer şekilde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik bozukluk, Depresyon hastaları ile çalışan Kavurma ve arkadaşlarınca belirtildiği şekliyle bir kez daha göstermektedir. (111)

Bizim örnekleminizde PB grubu ADİ-3 ölçeği toplam puanları ile YAB grubu ADİ-3 ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmamıştır. Anksiyete duyarlılığının toplamda anksiyete psikopatolojisi ile olan ilişkisini desekleyen ancak yine toplam anksiyete duyarlılığının spesifik anksiyete semptomları ve bozuklukları arasında belirgin değişiklik göstermediğini belirten (112) literatür bilgisiyle bulgularımız örtüşmektedir.

Anksiyete Duyarlılığının alt alanlarının analizinin anksiyete paterni hakkında daha geniş bilgi verebileceği bildirilmektedir. (112) Anksiyetenin sonucunda oluşan aşırı uyarılmışlığın katastrofik fiziksel sonuçları olacağına yönelik inançların (anksiyete duyarlılığı fiziksel alan) panik bozukluk ve panik atak semptomları ile yakın ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Anksiyeteye bağlı aşırı uyarılmışlığın mental ya da kognitif kontrolün kaybıyla sonuçlanacağına (anksiyete duyarlılığı bilişsel alan) dair inanışların ise yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu söylenmiştir. (112) Bununla birlikte örneklemimizde ADI-3 alt alan puanlarında (fiziksel, bilişsel ve sosyal) hasta grupları (PB, YAB) arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Anksiyete duyarlılığının alt alanlarında, farklı anksiyete bozukluğu grupları (YAB ve PB) arasında belirlediğimiz bu benzerliği incelediğimizde çeşitli etkileri gözönüne alma gerekliliği doğmaktadır. Anksiyete bozuklukları tek başına olmaktan ziyade genellikle birarada görülmektedir ve bu hasta gruplarına depresif belirtiler sıklıkla eşlik etmektedir. (1) Bu durumun anksiyete duyarlılığının farklı alt alanları üzerinde etki oluşturacağı düşünülebilir. Yine daha önce yapılan çalışmalarda bazı panik bozukluk hastalarının esas olarak panik atakların ‘aklını kaybetmek, delirmek’ gibi kognitif sonuçlarından endişe duyduğu belirlenmiştir ve bu anksiyete duyarlılığının bilişsel alanına atıf yapmaktadır. (113) Böyle bir hasta popülasyonunda panik bozukluk hastalarında anksiyete duyarlılığının bilişsel alt alanında puanlar yüksek saptanacaktır. Aynı zamanda anksiyete duyarlılığının fiziksel belirti alanı ile hipokondriasis ve bedensel sağlıkla ilgili duyulan endişeler örtüşmektedir. (85,114) Belirtilen tanıların ek olarak bulunması anksiyete duyarlılığının fiziksel belirti alt alanı puanlarında değişiklik yaratacaktır. Tüm bu faktörlerin mevcut sonuçlar üzerinde etkileri olabileceği değerlendirilmektedir.

Davranışsal Aktivasyon Sistemi/Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DAS/DIS) ölçeği Jeffrey Alan Gray tarafından geliştirilen Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi doğrultusunda oluşturulmuş olup bu teoride dürtüsellik, anksiyete, yaklaşma ve kaçınma üzerine vurgu yapılmaktadır. Öne sürülen iki motivasyonel sistem (davranışsal aktivasyon sistemi ve davranışsal inhibisyon sistemi) farklı yönlerde etki

göstermektedir. (102) Davranışsal inhibisyon sistemi (DİS), ceza uyarılarına ve ödül dışı uyarılara cevap verirken aynı zamanda doğuştan gelen korku sinyalleri ile yeni uyarılara karşı hassastır. DİS, anksiyetenin nedensel temeli olarak öne sürülmektedir. Gray'in teorisindeki diğer sistem olan davranışsal aktivasyon sistemi(DAS), ödül sinyalleri ile ceza dışı sinyallere cevap vermekte ve impulsivite ile ilişkilendirilmektedir. (63) Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisine göre DİS ve DAS sistemlerinde iki zıt kutbun uzak uçlarında bulunmak psikopatoloji gelişimi açısından risk faktörüdür. (115)

Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi ile psikopatolojiler arasındaki ilişkiler ilgi uyandırmış ve pek çok araştırmada irdelenmiştir. Anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları alanlarında yapılan çalışmalarda DİS ve DAS sistemiyle ilişkiler saptanmıştır. (5) Çalışmamızda daha önce bulunan sonuçlara paralel şekilde anksiyete bozukluklarına sahip hasta gruplarının DİS ölçeği puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek görülürken DAS puanları gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir. Böylece literatürde belirtilen anksiyete ile DİS sensitivitesi arasındaki ilişki (57,58,59,60,61,62,63) bizim verilerimizde de desteklenmiştir.

Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi sistemleri ile psikopatolojiler arasında saptanan bu bağlantıların hangi mekanizmalarla oluştuğu konusunda araştırmalar halen sürmektedir. Duygu düzenlenmesi (emotion regulation- ER) bu alanda önerilen önemli bir mekanizma olarak göze çarpmaktadır. Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi sistemlerindeki değişkenlik, kişinin duygularına nasıl cevap vereceğini ya da onları nasıl yönlendireceğini etkileyerek duygu düzenlemesinin gelişimi üzerinde değişimlere sebep olmaktadır. (68) Duygu düzenleme güçlüğüne pek çok psikopatolojinin oluşumunu etkilediği (116) ve kişilik ile psikopatolojiler arasındaki ilişkinin temelinde yattığı öne sürülmektedir. (117)

Anksiyete duyarlılığı ile nörositizm gibi kişilik boyutları arasındaki ilişkileri belirleyen kanıtlar mevcuttur. (126) Bu ilişkiler doğrultusunda anksiyete duyarlılığı ile DİS sensitivitesi arasında beklenen ilişki üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışma ile gösterilmiştir. (11) Çalışmamızda her üç grup için de anksiyete duyarlılığını ölçen ADI-3 toplam puanları ile DİS/DAS ölçeğinin DİS altalanı

arasında korelasyon saptanmıştır ve bu bulgumuz anksiyete duyarlılığı ile DİS arasında yukarıda belirtilen ilişkiyi desteklemektedir.

Davranışsal inhibisyon sistemi ile maladaptif öz-düzenleme stratejileri arasındaki ilişki daha önce çalışılmış ve bağlantılar belirtilmiştir. (68,69) Yaşantısal Kaçınma (Experiential Avoidance), maladaptif stratejiler arasında değerlendirilir ve kişinin istenmeyen deneyimlerden (ör bedensel duyumlar, duygular, anılar, düşünceler, imgeler gibi) kaçınması durumunu anlatır. DİS sensitivitesi ile yaşantısal kaçınma arasında pozitif bir ilişki saptanmış olup (11) çalışmamız verileri de bu yönde katkılar sunmaktadır. Her üç grupta DIS puanları ile yaşantısal kaçınmayı ölçen KEF-II puanları korelasyon göstermektedir.

Endişenin anksiyeteden kaçınma yöntemi olarak ele alındığı Borkovec'in geliştirdiği 'Bilişsel Kaçınma (Cognitive Avoidance)' kuramını temel alarak yaşantısal kaçınmanın hem endişe hem de yaygın anksiyete bozukluğu ile ilintili olduğu öne sürülmüştür. (118) Yaşantısal kaçınmanın YAB tanısı alan hastalarda kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek olduğunu belirleyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğimizde benzer şekilde YAB grubunun yaşantısal kaçınmayı ölçen KEF-II puan ortalaması sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. (119,120)

Panik Bozukluk açısından bakıldığında; yaşantısal kaçınması yüksek olan bireylerin biyolojik provokasyon testleri ile daha fazla panik atak semptomu ve stres gösterdikleri belirlenmiştir. (121,122,123) Klinik örneklerde de panik bozukluğu bulunan ya da panik atak öyküsü olan grupta kontrol grubuna göre daha yüksek yaşantısal kaçınma gözlenmiştir. (124,125) Çalışmamızda yaşantısal kaçınmayı değerlendirme amacıyla kullanılan KEF-II ölçeği puan ortalaması PB grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Verilerimiz anksiyete ile yaşantısal kaçınma arasında daha önce belirtilen bağlantıları desteklemektedir. Bununla birlikte bizim çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hasta grupları arasında yaşantısal kaçınma düzeyleri açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Son olarak yaşantısal kaçınma ile anksiyete duyarlılığı arasında yapılan korelasyon çalışmasında daha önceki verilerle paralel şekilde (10) anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yaşantısal kaçınma; endişe, anksiyete duyarlılığı ve nörositizm ile farklı çalışmalarda ilişkilendirilmiştir. Bu ilişkiler doğrultusunda, yaşantısal kaçınmanın bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmesi yerine anksiyete bozukluklarındaki prediktif değerini anlamak adına yaşantısal kaçınmayı diğer psikolojik yapılarla birlikte değerlendirmek daha anlamlı olacaktır. (118)

Geleneksel Bilişsel Davranışçı Terapi anksiyetenin fonksiyonel olmayan düşüncelerden ve maladaptif davranışlardan kaynaklandığını varsaymaktadır. (18) Yaşantısal kaçınmanın da kuramsal yapısında yer aldığı Kabullenme ve Kararlılık Terapisi'nde ise istenmeyen/negaif yaşantıları deneyimleme isteği üzerine vurgu yapılmaktadır. (9) Yaşantısal kaçınma pek çok psikopatolojiye katkıda bulunan bir süreç olarak değerlendirilirken, anksiyete duyarlılığı anksiyete psikopatolojisine has bir özellik ya da bir dizi disfonksiyonel inanç olarak belirtilmiştir. Emosyonel reaktiviteye cevap olarak yaşantısal kaçınma sürecinin katı bir şekilde işletilmesi, emosyonel reaktivite ile oluşan sonuçlar arasında negatif bağlantılar kurulmasına hizmet eder. (127) Bu noktada sonuçlardan çok sonuçları düzenlemeye yönelik çabalar patolojik korku, stres ya da anksiyeteye yol açacaktır. Bu çerçeveden baktığımızda artmış emosyonel reaktivite ve sorunlu duygu düzenleme stratejileri zemininde, anksiyete duyarlılığı gibi emosyonel hassasiyetlerin gelişmesi makul görünmektedir. (11) Kabullenme ve Kararlılık Terapisi hakkında yapılan çalışmalarda anksiyete ile ilişkili patolojilerde hastaların psikolojik esnekliklerini (teorik olarak yaşantısal kaçınmanın zıttı) arttırmaları sağlanabilirse, kişilerin anksiyete ile ilişkili belirtileri yaşama konusundaki istekliliğinin arttırılabileceği gösterilmiştir. (11,128)

Kabullenme ve Kararlılık Terapisi' nin anksiyete duyarlılığı üzerinde direkt etkileri olup olmadığının ve kişilik boyutlarının sürece katkılarının incelendiği prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızın yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluk tanısı alan klinik bir örnekleme gerçekleştirilmesi ve bu tanıların deneyimli klinisyenlerce konulması, klinik değerlendirme ölçeklerinin deneyimli kişiler tarafından uygulanması, olguların sosyodemografik özelliklerinin benzer olması üstün yanlarıdır. Bununla beraber çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması ve örnekleme

sayısı kısıtlılıklar oluşturmaktadır. Veriler arasında saptanan bağlantıları daha ayrıntılı inceleyebilmek için prospektif çalışmalar gerekmektedir.



6. SONUÇLAR

Çalışmamızda klinik bir örneklemede yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalar ile panik bozukluk tanısı alan hastalar ve sağlıklı gönüllüler karşılaştırılmıştır. Tüm gruplar arasında yaşantısal kaçınma, kişilik boyutları ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bulgularımız anksiyete ile yaşantısal kaçınma, davranışsal inhibisyon sistemi ve anksiyete duyarlılığı arasında ilişki bulunduğunu belirten literatür bilgisini destekler niteliktedir. Aynı zamanda bu faktörlerin birbirleriyle korele oldukları da çalışmamızda belirlenmiştir.

Sonuç olarak araştırmamızda elde ettiğimiz veriler bize anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların daha yüksek yaşantısal kaçınma, DİS sensitivitesi ve anksiyete duyarlılığı gösterdiğini belirtmektedir. Bununla birlikte farklı anksiyete bozukluğu grupları arasında bu süreçler anlamlı fark göstermemektedir. Bu noktada anksiyetenin oluşumunda yukarıda belirtilen süreçlerin etkin olduğu ancak farklı anksiyete kategorilerinin psikopatolojisinin değerlendirilebilmesi için başka etkenlerin de gözönünde bulundurulması gerektiği kanaatindeyiz. Bağlantıların aydınlatılabilmesi için hastalarda uygun terapilerle bu alanların çalışıldığı prospektif araştırmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
2. Gray JA. The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*. 1970;8/3:249-266.
3. Gray JA. Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*. 1987;21:493-509.
4. Gray JA, McNaughton N. The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system (2. Ed.). Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Bijttebier P, Beck I, Claes L, Vandereycken W. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality-psychopathology associations. *Clinical Psychology Review*. 2009;29:421-430.
6. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*. 2007;19:176-188.
7. Gamez W, Watson, D, Doebbeling BN. Abnormal personality and the mood and anxiety disorders: Implications for structural models of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21:526-539.
8. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22:187-193.
9. Hayes SC, Wilson KG, Gilford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64:1152-1168.
10. Zvolensky MJ, Forsyth JP. Anxiety sensitivity dimensions in the prediction of body vigilance and emotional avoidance. *Cognitive Therapy and Research*. 2002;26:449-460.

11. Pickett MS, Lodi CS, Parkhill MR, Orcutt HK. Personality and experiential avoidance: A model of anxiety sensitivity. *Personality and Individual Differences*. 2012;03:031
12. Tükel R, Alkım T (ed.). *Anksiyete Bozuklukları (1. Baskı)*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Pozitif Matbaacılık; 2006
13. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press;1996.
14. Nutt DJ, Ballenger JC. *Anxiety Disorders*. Blackwell Science Publishing; 2003
15. Berksun, O. E. *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*. Ankara; Turgut Yayıncılık; 2003
16. Manav F. Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 2011;5(9):201-2012.
17. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası (On Birinci basım)*. İstanbul: Metis Yayınları;2005.
18. Türkçapar MH. *Bilişsel Terapi – Temel İlkeler ve Uygulama (7. Baskı)*. HYB Yayıncılık;2013.
19. Şar V. DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2010;13:196-208.
20. Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları, 1992. Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B (çeviri. ed.) Ankara: Medikomat Basım;1993.
21. Kırılı S, Sivrioğlu Y (çeviri ed.). *Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Tedavi ve Diğer Anksiyete Bozuklukları ile ilişkisi*. Bursa: Özsan Matbaacılık;2000.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association Press;1980.

23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed, revised). Washington DC: American Psychiatric Association Press;1987.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
25. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed). Türkçe Çevirisi; Aydın H, Bozkurt A (çeviri ed.). Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
26. Köroğlu E. Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2004.
27. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği; 2000. Köroğlu E (çeviri ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
28. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Türkçe Çevirisi; Bozkurt A. (çev. ed) Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (11. baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016
29. Kaplan HI, Sadock BJ.(eds.). Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 8th ed. Egypt: MassPublishing Company;1998.
30. Rickels K, Schweizer E. The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. J Clin Psychopharmacol. 1990; 10(Suppl):101-110
31. Noyes R Jr, Clarkson C, Crowe RR, Yates WR, McChesney CM. A family study of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry. 1987;144:1019-24.
32. Andrews G, Stewart G, Allen R, Henderson AS. The genetics of six neurotic disorders: a twin study. J Affect Disord. 1990;19:23-9.
33. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Generalized anxiety disorder in women: A population-based twin study. Arch Gen Psychiatry. 1992;49:267-72.

34. Wu JC, Buchsbaum MS, Hershey TG, Hazlett E, Sicotte N, Chad Johnson J. PET in generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 1991;29:1181-99.
35. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, et al. Superior temporal gyrus volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 2002;51:553-62.
36. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*. 1994;151:413-20.
37. Ceylan M.E, Yazan B. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 1. Baskı. İstanbul: Altan Matbaacılık; 2000.
38. Alkın T. Panik bozukluğu ve agorafobi. Tükel R (ed.), "Anksiyete Bozuklukları"dan (1.Baskı). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Çizgi Tıp Yayınevi; 2000
39. Etik Ç, Taner E, Aslan S, et al. Panik Bozukluğu. *Yeni Symposium*. 2007; 45:128-133.
40. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E.(çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
41. Arısoy O. Psikiyatrik Genetik. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2004;17:109–125.
42. Smoller JW, Tsung MT. Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *Am J Psychiatry*. 1999;155:1152–62.
43. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1568–78.
44. Crowe RR, Goedken R, Samuelson S, Wilson R, Nelson J, Noyes R Jr. Genome wide survey of panic disorder. *Am J Med Genet*. 2001;105:105–9.
45. Ontiveros A, Fontaine R, Breton G, Elie R, Fontaine S, Dery R. Correlation of severity of panic disorder and neuroanatomical changes on magnetic resonance imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neuroscience*. 1989;1:404-8.
46. Reiman EM, Raichle ME, Butler FK, Herscovitch P, Robins E. A focal brain abnormality in panic disorder, a severe form of anxiety. *Nature*. 1984;310:683-5.

47. De Cristofaro MT, Sessarego A, Pupi A, Biondi F, Faravelli C. Brain perfusion abnormalities in drug-naive, lactate-sensitive panic patients: a SPECT study. *Biol Psychiatry*. 1993;33:505-12.
48. Nordahl TE, Semple WE, Gross M, et al. Cerebral glucose metabolic differences in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology*. 1990;3(4):261-72.
49. Prasko J, Horáček J, Zalesky R, et al. The change of regional brain metabolism (18FDG PET) in panic disorder during the treatment with cognitive behavioral therapy or antidepressants. *Neuroendocrinology*. 2004;25:340-8.
50. Türk Dil Kurumu Web sitesi [homepage on the Internet]. Ankara:1932. Available from:<http://tdk.gov.tr/>
51. Köknel, Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik (17. Basım). İstanbul: Akdeniz Yayıncılık; 2005
52. Matthews G, Gilliland K. The personality theories of H. J. Eysenck and J. A. Gray: A comparative review. *Personality and Individual Differences*. 1999;26:583-626.
53. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2004;28:317-332.
54. Corr PJ, Perkins AM. The role of theory in the psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *International Journal of Psychophysiology*. 2006;62/3:367-76.
55. Gray JA. Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition and Emotion*. 1990;4:269-288.
56. Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory (RST): Introduction. In P. J. Corr (Ed), *The reinforcement sensitivity theory of personality* (s. 1-43). Cambridge: Cambridge University Press;2008.
57. Beevers CG, Meyer B. Lack of positive experiences and positive expectancies mediate the relationship between BAS responsiveness and depression. *Cognition and Emotion*. 2002;16:549–564.

58. Campbell-Sills L, Liverant GI, Brown TA. Psychometric evaluation of the Behavioral Inhibition/Behavioral Activation Scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*. 2004;16:244–254.
59. Johnson SL, Turner RJ, Iwata N. BIS/BAS Levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2003;25:25–36.
60. Jorm AF, Christensen H, Henderson AS, Jacomb PA, Korten AE, Rodgers B. Using the BIS/BAS scales to measure behavioral inhibition and behavioral activation: Factor structure, validity and norms in a large community sample. *Personality and Individual Differences*. 1999;26:49–58.
61. Kimbrel NA, Nelson-Gray RO, Mitchell JT. Reinforcement sensitivity and maternal style as predictors of psychopathology. *Personality and Individual Differences*. 2007;42:1139–1149.
62. Muris P, Ollendick TH. The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2005;8:271–290.
63. Segarra P, Ross SR, Pastor MC, Montañés S, Poy R, Moltó J. MMPI-2 predictors of Gray's two-factor reinforcement sensitivity theory. *Personality and Individual Differences*. 2007;43:437–448.
64. Gross J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998; 2: 271-299.
65. Dickstein D, Leibenluft E. Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development Psychopathology*. 2006;18:1105-1131.
66. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*. 2008;28:78-106.
67. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59:73-100.

68. Tull MT, Gratz KL, Litzman RD, Kimbrel NA, Lejuez CW. Reinforcement sensitivity theory and emotion regulation difficulties: A multimodal investigation. *Personality and Individual Differences*. 2010;49:989–994.
69. Pickett SM, Bardeen JR., Orcutt HK. Experiential avoidance as a moderator of the relationship between behavioral inhibition system sensitivity and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25:1038–1045.
70. Corr PJ, McNaughton N. Reinforcement sensitivity theory and personality. In P. J. Corr (Ed.), *The reinforcement sensitivity theory of Personality* (pp. 155–187). Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
71. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annual Review of Psychology*. 2000;51:59–91.
72. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35:49–58.
73. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York :The Guilford Press;2003.
74. Ögel, K. *Farkındalık (Ayrımsama) ve Kabullenme Temelli Terapiler (2. Baskı)*. Ankara: HYB Basım Yayın;2015.
75. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*. 2006;44:1301–1320.
76. Shallcross AJ, Troy AS, Boland M., Mauss IB. Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behavior Research and Therapy*. 2010;48:921–929.
77. Bjornsson A, Carey G, Hauser M, Karris A, Kaufmann V, Sheets E. The effects of experiential avoidance and rumination on depression among college students. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3:389–401.
78. Berman NC, Wheaton MG, McGrath P, Abramowitz JS. Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24:109-113.

79. Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması, Türk Psikoloji Dergisi. 2000; 15(46):43-57.
80. 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.
81. Taylor S. Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings, Behaviour Research and Therapy. 1995;33:243–258.
82. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key construct. Depression and Anxiety. 2006;23:51–61.
83. Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA. Taxonomicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. Journal of Anxiety Disorders. 2006;20:1–22.
84. Taylor S. Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches. Chichester, UK: Wiley; 2000.
85. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. Psychology Bulletin. 2009;135:974-999.
86. Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. Journal of Anxiety Disorders. 1992;6:241–247
87. Lau JJ, Calamari JE, Waraczynski M. Panic attack symptomatology and anxiety sensitivity in adolescents. Journal of Anxiety Disorders. 1996;10(5):355-364.
88. 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. Journal of abnormal psychology. 1997;106(3):355.
89. Plehn, K, Peterson RA. Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. Journal of anxiety disorders. 2002;16(4):455-474.
90. Struzik L, Vermani M, Duffin J, Katzman MA. Anxiety sensitivity as a predictor of panic attacks. Psychiatry research. 2004;129(3):273-278.

91. Schmidt NB, Zvolensky MJ, Maner JK. Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*. 2006;40(8):691-699.
92. Muris P, Schmidt H, Merckelbach H, Schouten E. Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour research and therapy*. 2001;39(1):89-100.
93. Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(8):1967-1975.
94. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSMIV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID/CV)*. Washington: American Psychiatric Pres, Inc; 1997.
95. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:233-6.
96. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23:56-62.
97. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4:251-9.
98. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *The British journal of medical psychology*. 1959;32(1):50-5.
99. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, derecelendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*. 1998;9:114-7
100. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011;42(4):676-688.

101. Yavuz KF, Iskin M, Ulusoy S, Esen FB, Burhan HS. Turkish version of AAQ-II: Preliminary analysis of reliability and validity. ACBS Word Conferans 12,Minneapolis; 2014, Haziran.
102. Şişman S. Davranışsal İnhibisyon Sistemi/Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Psikoloji Çalışmaları Dergisi. 2012;32(2):1-22.
103. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3' ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;21
104. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166:1092-1097.
105. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur MZ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:53-58.
106. Bandelow B, Assesing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. Int Clin Psychopharmacol. 1995;10:73-81.
107. Tural Ü, Fidaner H, Alkın T. Panik ve Agorafobi Ölçeğinin güvenirlik ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000;11:29-39.
108. Rodriguez BF, Bruce SE, Keller MB, Spencer MA. Factor structure and stability of the anxiety sensitivity index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. Behaviour Research and Therapy. 2004; 42: 79-91.
109. Olthuis JV, Watt MC, Stewart SH. Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. Journal of Anxiety Disorders. 2014; 28: 115124.
110. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. Biological Psychiatry 2002; 52: 938-946.
111. Kavurma M. Major depresyon, yaygın anksiyete ve panik bozukluğundaki duygu düzenleme güçlüklerine mizaç-karakter özelliklerinin ve anksiyete duyarlılığının etkisi. Uzmanlık Tezi, İzmir, 2014.

112. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012; 26: 401-408.
113. Cox BJ, Swinson RP, Endler NS, Norton GR. The symptom structure of panic attacks. *Comprehensive Psychiatry*. 1994;35:349-353.
114. Wheaton MG, Berman NC, Franklin JC, Abramowitz JS. Health anxiety: latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010;32:565-574
115. Pickering AD, Gray JA. The neuroscience of personality. In Pervin LA, John OP(Eds.). *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 277–299) (2nd ed.). New York: Guilford Press; 1999.
116. Gratz KL, Tull M T. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and process of change* (pp. 107–133). Oakland, CA: New Harbinger Publications;2010.
117. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press;1993.
118. Spinhoven P, Van Hemert AM, Penninx BWJH. Experiential Avoidance and Bordering Psychological Constructs as Predictors of the Onset, Relapse and Maintenance of Anxiety Disorders: One or Many?. *Cogn Ther Res*. 2017;41:867–880
119. Lee JK, Orsillo SM, Roemer L, Allen LB. Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2010;39:126–136.
120. Roemer L, Salters K, Raffa SD, Orsillo SM. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*. 2005;29:71–88.

121. Feldner MT, Zvolensky MJ, Eifert GH, Spira AP. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression during biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41:403–411.
122. Karekla M, Forsyth JP, Kelly MM. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*. 2004;35:725–746.
123. Spira AP, Zvolensky MJ, Eifert GH, Feldner MT. Avoidance-oriented coping as a predictor of panic-related distress: A test using biological challenge. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004;18:309–323.
124. Baker R, Holloway J, Thomas PW, Thomas S, Owens M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*. 2004;42:1271–1287.
125. Tull MT, Roemer L. Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*. 2007;38:378–391.
126. Kotov R., Watson D, Robles JP, Schmidt NB. (2007). Personality traits and anxiety symptoms: The multilevel trait predictor model. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45:1485–1503.
127. Forsyth JP, Eifert GH, Barrios V. In Craske MG, Hermans D, Vansteenwegen D. (Eds.). *Fear conditioning in an emotion regulation context: A fresh perspective on the origins of anxiety disorders*. Washington, DC, USA; American Psychological Association: 2006
128. Eifert GH., Forsyth JP. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders (3rd ed.)*. Oakland, CA; New Harbinger Publications Inc: 2005.

EKLER

Ek 1.

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz : 1)Kadın 2) Erkek
2. Doğum Tarihiniz:
3. Eğitim Durumunuz:
4. İş Durumunuz: 1) Çalışıyorum 2)Çalışmıyorum 3)Emekliyim 4)Öğrenciyim
5. Mesleğiniz: (Vardiyalı çalışıyorsanız ayrıca belirtiniz):
6. Medeni Durumunuz: 1)Evlili 2)Bekar 3)Dul,boşanmış,ayrı yaşıyor
7. Ek hastalığınız var mı: 1)Evet a)DM b) HT c) KAH d) diğer (belirtiniz)
2) Hayır
8. Herhangi bir psikiyatrik tanıyla tedavi gördünüz mü?
1) Evet (Tanı nedir ?
Kaç kez tedavi gördünüz ?)
2) Hayır
9. Ailenizde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle tedavi olan var mı?
1) Evet (Tanı nedir ?)
2) Hayır
10. Sigara içiyor musunuz?
1) Evet (Ne kadar ?)
2) Hayır
11. Alkol kullanır mısınız?
1) Evet (Ne kadar ?)
2) Hayır

EK 2. HAM-D

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

EK 3. HAM-A

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>

EK 4.

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADİ-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıya daire içerisine alınız.

İçer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn.: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamazsanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız.

Her madde için sadece bir sayıya daire içerisine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok az	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Sınırlı götürmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kalamı bir işe veremediğim zaman, aklıma kaçırıyorum 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 titredüğimde, 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 teklemediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların haldümda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklıma kaçırıyorum 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 çekersenem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmaman 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

EK 5.

Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği

Bu testteki her madde, insanların kendilerinden bahsederken kullandıkları bazı ifadeleri tanımlamaktadır. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve size ne kadar uygun olup olmadığına karar veriniz. Her madde için, **4 seçenekten (Tamamen katılıyorum, Biraz katılıyorum, Biraz katılmıyorum, Hiç katılmıyorum) sizi en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz.** Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız ve her madde için sadece bir seçenek işaretleyiniz. Cevaplarımızın tutarlı olup olmayacağından endişe duymadan her maddeyi tek bir maddeymiş gibi cevaplayınız. Lütfen olabildiğince dürüst olunuz ve samimi cevaplar veriniz.

1- Bir insanın ailesi, hayatındaki en önemli şeydir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

2- Başıma kötü bir şey gelmek üzere olsa bile, nadiren korkarım veya sinirlenirim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

3- İstedğim şeyleri elde etmek için, her yolu denerim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

4- Bir şeyi yapmakta iyiysem, onu devam ettirmeyi severim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

5- Eğlenceli olacağımı düşündüğüm yeni şeyleri denemeye her zaman istek duyarım.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

6- Nasıl giyindiğim benim için önemlidir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

7- İstedğim şeyi elde ettiğimde, heyecanlı ve enerji dolu olurum.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

8- Eleştirilme veya azarlanma beni oldukça incitir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

9- Bir şeyi istediğimde, genellikle onu elde etmek için elimden ne geliyorsa yaparım.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

10- Çoğu zaman bir şeyleri başka bir sebep olmaksızın, sırf eğlenceli olabilecek diye yapmak isterim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

11- Saç kestirmek gibi şeylere zaman bulmak benim için zordur.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

12- İstedğim şeyi elde etmek için bir ihtimal görürsem, hemen harekete geçerim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

13- Birisinin bana kızgın olduğunu bildiğimde veya düşündüğümde, oldukça endişelenirim veya üzülürüm.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

- 14- İstedğim bir şey için bir fırsat yakaladığımda hemen heyecanlanırım.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 15- Çoğu zaman düşünmeden o an aklıma eseni yaparım.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 16- Eğer hoş olmayan bir şeyin olacağını düşünürsem, genellikle oldukça “gerilirim”.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 17- Çoğu zaman insanların neden öyle davrandıklarını merak ederim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 18- Başıma iyi şeylerin gelmesi, beni çok olumlu etkiler.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 19- Önemli bir şeyi kötü yaptığımı düşündüğümde endişelenirim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 20- Heyecan ve yeni duygular yaşamayı çok isterim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 21- Bir şeyi elde etmeye çalıştığım zaman “kural tanımam”.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 22- Arkadaşlarıma kıyasla çok az korkum vardır.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 23- Bir yarışmayı kazanmak beni heyecanlandırır.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 24- Hata yapmaktan endişelenirim.**
1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

EK 6.

KABUL VE EYLEM FORMU-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7					
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru					
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.					1	2	3	4	5	6	7
2. Hislerimden korkarım.					1	2	3	4	5	6	7
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.					1	2	3	4	5	6	7
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.					1	2	3	4	5	6	7
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar					1	2	3	4	5	6	7
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.					1	2	3	4	5	6	7
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor					1	2	3	4	5	6	7

EK 7.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7 Maddeli (YAB-7) testi

Adı Soyadı:

Tarih:

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

YAB-7

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen hergün
1. Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama				
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme				
4. Gevşeyip rahatlayamama				
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma				
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma				
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama				
Sütunlar Toplamı				
Test Toplamı				

EK 8.

PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ

Hasta anketi

Hasta:	
Tarih:	Vizit:

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınlık için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız.

Panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bunalım (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

- Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- Terleme
- Titreme, sarsılma
- Ağız kuruluğu
- Nefes almada güçlük
- Boğulma duygusu
- Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örneğin midenin altüst olması)
- Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da "tam olarak burada değilim" duyguları
- Denetim kaybı, "delirme" ya da bayılma korkusu
- Ölüm korkusu
- Ateş basması ya da ürperme
- Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

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

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

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

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

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

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

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

0. Kaçınma yok (veya panik ataklarının nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor)
1. Oldukça nadir kaçındım
2. Bazan kaçındım
3. Sık sık kaçındım
4. Her zaman kaçındım

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

- | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| 01. Uçaklar | 09. Parti ya da sosyal toplantılar | 17. Geniş salonlar (lobiler) |
| 02. Metro (yer altında) | 10. Kalabalıklar | 18. Sokakta yürümek |
| 03. Otobüsler, trenler | 11. Lokantalar | 19. Tarlalar, geniş caddeler, avlular |
| 04. Gemiler | 12. Müzeler | 20. Yüksek yerler |
| 05. Tiyatrolar, sinemalar | 13. Asansörler | 21. Köprülerden geçmek |
| 06. Süpermarketler | 14. Kapalı yerler (tünel gibi) | 22. Evden uzaklara gitmek |
| 07. Kuyrukta beklemek | 15. Sınıflar, konferans salonları | 23. Evde tek başına kalmak |
| 08. Konser salonları, Stadyumlar | 16. Otomobile binmek veya sürmek (örneğin trafik sıkışırken) | |

Diğer durumlar:

24..... 25 26

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

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

- C.1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?
0. Hiçbir zaman korkum olmadı
 1. Oldukça nadiren korktum
 2. Bazan korktum
 3. Sık sık korktum
 4. Her zaman korktum
- C.2. Bu "korkudan korkmak" ne kadar şiddetliydi?
0. Yok
 1. Çok az
 2. Orta derecede
 3. Epeyce
 4. Çok şiddetli
- D.1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinin aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb.) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?
0. Bozulma yok
 1. Çok az bozulma oldu
 2. Orta derecede bozulma oldu
 3. Epeyce bozulma oldu
 4. Çok şiddetli bozulma oldu
- D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?
0. Bozulma yok
 1. Çok az bozulma oldu
 2. Orta derecede bozulma oldu
 3. Epeyce bozulma oldu
 4. Çok şiddetli bozulma oldu
- D.3. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?
0. Bozulma yok
 1. Çok az bozulma oldu
 2. Orta derecede bozulma oldu
 3. Epeyce bozulma oldu
 4. Çok şiddetli bozulma oldu
- E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?
0. Yok
 1. Çok az

2. Orta derecede
 3. Epeyce
 4. Çok şiddetli
- E.2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, kanncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?
0. Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
 1. Oldukça nadir
 2. Bazen
 3. Sık sık
 4. Her zaman (daha çok organik bir hastalıktır)
- B.2. Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin. Korkulan durum yoksa 0 puan, 1 durum=1 puan; 2-3 durum=2 puan; 4-8 durum=3 puan; 8 durumdan çoksa = 4 puan.
- TOPLAM PUAN= U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın.

