



**T.C.**  
**GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUK HASTALARINDA DUYGU**  
**DIŞAVURUMUNUN YAŞAM KALİTESİ VE KLİNİK**  
**ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Meral ORAN DEMİR**

**UZMANLIK TEZİ**

**TOKAT**

**2015**



**T.C.**

**GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUK HASTALARINDA DUYGU  
DIŞAVURUMUNUN YAŞAM KALİTESİ VE KLİNİK  
ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Meral ORAN DEMİR**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Mesut YILDIZ**

**TOKAT**

**2015**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, insani yaklaşımı ve hekimlik kimliğiyle örnek aldığım, sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Mesut Yıldız'a, bu süreçte desteğini esirgemeyen ve keşke daha uzun süre beraber çalışma imkanı bulsaydım dediğim sayın hocalarım Yrd. Doç. Dr. Sedat Batmaz'a ve Yrd. Doç. Dr. Emrah Songur'a, kısa süre beraber çalışma imkanı bulabildiğim, her konuda desteğini hiç esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Murat Semiz'e, uzmanlık eğitimim başlangıcında bilgi ve deneyimlerinden çok şey kazandığım sayın hocam Doç. Dr. Feryal Çelikel'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim sırasında rotasyon eğitimime katkılarından dolayı hocalarım sayın Doç. Dr. Koray Karabekiroğlu'na ve sayın Yrd. Doç. Dr. Murat Yüce'ye teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca mesai arkadaşlığı yaptığım asistan ve hemşire arkadaşlarıma ve bölüm personeline teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bana güvenen ve yanımda olan değerli ailem, beni her konuda destekleyen sevgili eşime ve hayatımın yeni anlamları oğullarım, canlarım Ömer ve Akif'e teşekkür ederim.

## ÖZET

Duydu dışavurumunun (DD) anksiyete bozukluğu hastalarında tedavi sonucunu öngördüğü yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Bu çalışmada, DD'nun PB hastalarında demografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi, duygu dışavurumu açısından panik bozukluğu (PB), majör depresif bozukluk ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı bir fark olup olmadığının araştırılması ve PB hastalarında DD'nun yaşam kalitesi üzerine etkisinin olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza; PB tanılı 50 hasta, depresyon tanılı 50 hasta ve 50 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 150 kişi dahil edilmiştir. Sosyodemografik veri formu doldurulduktan sonra tüm katılımcılara duygu dışavurumu düzeyi ölçeği (LEE) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; anahtar akrabalarına ise duygu dışavurumu ölçeği (EE) verilmiştir. Ek olarak PB hastalarına STAI-1 ve STAI-2, depresyon hastalarına Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

PB hastalarında; STAI-1 ölçek puanı ile LEE ölçek puanı ve LEE\_e, LEE\_a alt ölçek puanları ile arasında ve STAI-2 ölçek puanı ile LEE\_a alt ölçek puanı arasında doğrusal bir ilişki olduğu, bekar veya dul olanların, evli olanlara göre LEE-a ve LEE-t alt ölçek puanlarının daha yüksek; evlilerin ise bekar ve dullara göre EE\_aikk alt ölçek puanının daha yüksek olduğu, anahtar akrabası eşi olanların, anahtar akrabası eşi olmayanlara göre LEE\_a alt ölçek puanlarının daha yüksek, EE\_aikk alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. PB ile depresyon ve PB ile kontrol grubu arasında LEE ve EE ölçeği ve bu ölçeklerin alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca DD'nin PB hastalarında yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

PB hastalarının duygu dışavurumu düzeyinin hastalığın seyrini nasıl etkilediğini, tedavi ve relapslarla ilişkisinin değerlendirildiği geniş örneklemli izlem çalışmaları bu konunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Panik bozukluk, Duygu Dışavurumu, Yaşam Kalitesi

## ABSTRACT

Previous studies have shown that Expressed Emotion (EE) may predict the outcome of treatment in patients with anxiety disorder. In this study, we aimed to investigate the relationship between EE, and demographic and clinical characteristics of patients with PD, to determine whether there is a difference between panic disorder (PD), major depressive disorder (MDD) patients and healthy controls (HC) in terms of EE, and to investigate the effect of EE on quality of life in patients with PD.

Our study involved a total of 150 participants (50 patients with PD and 50 patients with mdd, and 50 HC). After completing the sociodemographic data form, all participants were given the Level of Expressed Emotion Scale (LEE) and the SF-36 Quality of Life Scale. Further, the Expressed Emotion Scale (EE) was completed by the participant's key relatives. Additionally, the STAI-1 and STAI-2 were completed by patients with PD, and the Beck Depression Inventory (BDI) was completed by patients with MDD.

In patients with PD, there was a linear relationship between the STAI-1 scale score and the LEE scale total score, and the LEE-emotional response (LEE\_e) and LEE\_attitude toward illness (LEE\_a) subscale scores; and between the STAI-2 scale score and the LEE-a subscale score. Single or widowed patients with PD had higher LEE\_a and LEE\_ tolerance/expectations (LEE\_t) subscale scores compared to married patients. Married patients with PD had higher LE-emotional overinvolvement (LE\_eo) subscale scores compared to single or widowed ones. Patients whose key relatives were their spouses had higher LEE\_a subscale scores and lower LE\_eo subscale scores compared to patients whose key relatives were not. There was no significant difference between PD and depression, and between PD and control groups in terms of the LEE and the LE scales and their subscale scores. It was also demonstrated that EE had no effect on the quality of life in patients with PD.

Follow-up studies with larger sample sizes evaluating how EE of patients with PD affects the course of the disorder, and investigating the relationship between

EE and the treatment outcome and relapses in PD patients will help us better understand this subject.

**Key Words:** Panic Disorder, Expressed Emotion, Quality of Life

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Panik Bozukluk	3
2.2. Yaşam Kalitesi	20
2.3. Duygu Dışavurumu Kavramı	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	24
3.2. Değerlendirme Gereçleri	24
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
7. KAYNAKLAR	79
8. EKLER	94

## KISALTMALAR

- PB : Panik Bozukluk
- DD : Duygu Dışavurumu
- LEE : Level of expressed emotion (duygu dışavurumu düzeyi)
- LEE\_i : Aşırı müdahalecilik (İntrusiveness)
- LEE\_e : Aşırı tepkisellik (Emotional response)
- LEE\_a : Hastalığa karşı olumsuz tutumlar (Attitude toward illness)
- LEE\_t : Hoşgörüsüzlük, yüksek beklenti (Tolerance/expectation)
- EE : Expressed emotion (duydu dışavurumu)
- EE\_ed : Eleştirel-düşmancıl oluş
- EE\_aikk : Aşırı ilgili koruyucu-kollayıcı oluş

## TABLÖLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
1. PB hastalarının yaş ortalamaları	28
2. Depresyon hastalarının yaş ortalaması	28
3. Kontrol grubunun yaş ortalamaları	28
4. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaş ortalamalarının karşılaştırılması	29
5. PB hastalarının cinsiyet dağılımı	29
6. Depresyon hastalarının cinsiyet dağılımı	29
7. Kontrol grubunun cinsiyet dağılımı	29
8. PB, depresyon ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması	30
9. PB hastalarının eğitim durumu	30
10. Depresyon hastalarının eğitim durumu	30
11. Kontrol grubunun eğitim durumu	30
12. PB, depresyon ve kontrol grubunun eğitim durumu açısından karşılaştırılması	31
13. PB hastalarının medeni durumu	31
14. Depresyon hastalarının medeni durumu	31
15. Kontrol grubunun medeni durumu	31
16. PB, depresyon ve kontrol grubunun medeni durum açısından karşılaştırılması	32
17. PB hastalarının yaşadığı yer	32
18. Depresyon hastalarının yaşadığı yer	32
19. Kontrol grubunun yaşadığı yer	32
20. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşadığı yer açısından karşılaştırılması	33
21. PB hastalarının gelir düzeyi	33



22.	Depresyon hastalarının gelir düzeyi	33
23.	Kontrol grubunun gelir düzeyi	33
24.	PB, depresyon ve kontrol grubunun gelir düzeyi açısından karşılaştırılması	34
25.	PB hastalarının anahtar akrabaları	34
26.	Depresyon hastalarının anahtar akrabaları	34
27.	Kontrol grubunun anahtar akrabaları	34
28.	PB, depresyon ve kontrol grubunun anahtar akraba açısından karşılaştırılması	35
29.	PB hastalarının anahtar akrabalarının cinsiyeti	35
30.	Depresyon hastalarının anahtar akrabalarının cinsiyeti	35
31.	Kontrol grubunun anahtar akrabalarının cinsiyeti	35
32.	PB, depresyon ve kontrol grubunun anahtar akrabalarının cinsiyeti açısından karşılaştırılması	36
33.	PB hastalarının LEE ölçek puanları	36
34.	Depresyon hastalarının LEE ölçek puanları	36
35.	Kontrol grubunun LEE ölçek puanları	36
36.	PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE ölçek puanlarının karşılaştırılması	37
37.	PB hastalarının LEE_i ölçek puanları	37
38.	Depresyon hastalarının LEE_i ölçek puanları	37
39.	Kontrol grubunun LEE_i ölçek puanları	37
40.	PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE_i ölçek puanlarının karşılaştırılması	38
41.	PB hastalarının LEE_e ölçek puanları	38
42.	Depresyon hastalarının LEE_e ölçek puanları	38
43.	Kontrol grubunun LEE_e ölçek puanları	38
44.	PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE_e ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
45.	PB hastalarının LEE_a ölçek puanları	39
46.	Depresyon hastalarının LEE_a ölçek puanları	39
47.	Kontrol grubunun LEE_a ölçek puanları	39
48.	PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE_a ölçek puanlarının	

karşılaştırılması	40
<b>49.</b> PB hastalarının LEE_t ölçek puanları	40
<b>50.</b> Depresyon hastalarının LEE_t ölçek puanları	40
<b>51.</b> Kontrol grubunun LEE_t ölçek puanları	40
<b>52.</b> PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE_t ölçek puanlarının karşılaştırılması	41
<b>53.</b> PB hastalarının EE ölçek puanları	41
<b>54.</b> Depresyon hastalarının EE ölçek puanları	41
<b>55.</b> Kontrol grubunun EE ölçek puanları	41
<b>56.</b> PB, depresyon ve kontrol grubunun EE ölçek puanlarının karşılaştırılması	42
<b>57.</b> PB hastalarının EE_ed ölçek puanları	42
<b>58.</b> Depresyon hastalarının EE_ed ölçek puanları	42
<b>59.</b> Kontrol grubunun EE_ed ölçek puanları	42
<b>60.</b> PB, depresyon ve kontrol grubunun EE_ed ölçek puanlarının karşılaştırılması	43
<b>61.</b> PB hastalarının EE_aikk ölçek puanları	43
<b>62.</b> Depresyon hastalarının EE_aikk ölçek puanları	43
<b>63.</b> Kontrol grubunun EE_aikk ölçek puanları	43
<b>64.</b> PB, depresyon ve kontrol grubunun EE_aikk ölçek puanlarının karşılaştırılması	44
<b>65.</b> PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı	44
<b>66.</b> Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı	44
<b>67.</b> Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı	45
<b>68.</b> PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanının karşılaştırılması	45
<b>69.</b> PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanı	45
<b>70.</b> Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanı	46

<b>71.</b>	Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol gücülüğü alt ölçeği puanı	46
<b>72.</b>	PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol gücülüğü alt ölçeği puanının karşılaştırılması	46
<b>73.</b>	PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol gücülüğü alt ölçeği puanı	47
<b>74.</b>	Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol gücülüğü alt ölçeği puanı	47
<b>75.</b>	Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol gücülüğü alt ölçeği puanı	47
<b>76.</b>	PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol gücülüğü alt ölçeği puanının karşılaştırılması	48
<b>77.</b>	PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı	48
<b>78.</b>	Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı	48
<b>79.</b>	Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı	48
<b>80.</b>	PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanının karşılaştırılması	49
<b>81.</b>	PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı	49
<b>82.</b>	Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı	49
<b>83.</b>	Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı	50
<b>84.</b>	PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanının karşılaştırılması	50
<b>85.</b>	PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı	50
<b>86.</b>	Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı	51
<b>87.</b>	Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı	51
<b>88.</b>	PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanının karşılaştırılması	51

89.	PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı	51
90.	Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı	52
91.	Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı	52
92.	PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanının karşılaştırılması	52
93.	PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı	53
94.	Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı	53
95.	Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı	53
96.	PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanının karşılaştırılması	54
97.	PB depresyon ve kontrol grubunun yaş ve ölçek puanları açısından karşılaştırılması	54
98.	PB depresyon ve kontrol grubunun sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması	55
99.	LEE puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	56
100.	LEE_i puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	57
101.	LEE_e puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	58
102.	LEE_a puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	59
103.	LEE_t puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	60
104.	EE ölçeğini etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	61
105.	EE_ed puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	62
106.	EE_aikk puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	63
107.	Fiziksel fonksiyonelliği etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	64
108.	Fiziksel rol güçlüğünü etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	65
109.	Duyusal rol güçlüğünü etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	66
110.	Enerji alt ölçeğini etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	67
111.	Genel ruh sağlığını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	68
112.	Sosyal fonksiyonelliği etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	69
113.	Bedensel ağrıyı etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	70
114.	Genel sağlığı etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi	71



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Panik bozukluk (PB) kendiliğinden ve beklenmedik panik ataklar ile giden bir bunalı bozukluğudur. Panik atak ise birkaç dakikadan saatlere kadar sürebilen aniden gelişen yoğun korku veya endişe atağıdır. Panik atak PB dışında özgül fobi, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların seyri sırasında da olabilir. Beklenmedik panik ataklar herhangi bir durumsal uyarıcı olmaksızın her zaman ortaya çıkabilir (1).

Duygu dışavurumu(DD) aile üyelerinin, hasta aile bireyine karşı tutum ve davranışlarının ölçümüdür ve aile hayatının duygusal kalitesinin ölçümü olarak değerlendirilmektedir (2,3). Bir çok çalışmada dışa vurulan duygulanımın şizofreni, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, epilepsi, diyabet, astım, yeme bozuklukları gibi psikiyatrik ve fizyolojik bazı hastalıklarla ilişkisine bakılmış ve yüksek duygu dışa vurumu ile hastalıklar arasındaki ilişki gösterilmiştir (3,4). Yüksek DD; hastaya karşı şiddetli eleştiri, düşmanlık ya da duygusal aşırı ilgilenmeyi kapsamaktadır (5). Hasta ve hasta yakınlarının arasındaki duygusal durumu anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzerine bazı ölçekler geliştirilmiştir. Duygu dışavurumu düzeyi (LEE) ve duygu dışavurumu (EE) ölçekleri bu amaçla kullanılmaktadır (6,7).

DD'nin; panik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu da dahil olmak üzere, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğu olan yetişkin ve çocuklarda ilk ve devam eden takiplerde tedavi sonucunu öngördüğü gösterilmiştir (8).

Yaşam kalitesi, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimi olarak tanımlanabilir. Bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması gibi yaşamın birçok alanını kapsamaktadır (9,10). Yapılan çalışmalarda PB hastalarının yaşam kalitesinde depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarına eşdeğer bir bozulma olduğu görülmektedir (11).

Bu alışmada, DD'nin PB hastalarında demografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi, DD açısından PB, majör depresif bozukluk ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı bir fark olup olmadığının araştırılması ve PB hastalarında DD'nin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Panik Bozukluğu

#### 2.1.1. Tanım

PB kendiliğinden ve beklenmedik panik ataklarla seyreden bir ruhsal rahatsızlıktır. Atak genellikle 10 dakika içerisinde artan belirtilerle başlar. Belirgin ruhsal belirtiler aşırı korku, yaklaşan ölüm ve kıyamet duygusudur. Hastalar genellikle korkularının kaynağını tanımlayamazlar, zihinleri bulanıktır ve konsantrasyon güçlüğü çekerler. Fiziksel belirtiler genellikle taşikardi, çarpıntı, nefes darlığı ve terlemedir. Hastalar yardıma ihtiyaç duydukları durumdan kaçınmayı denerler. Atak genellikle 20-30 dk sürer, nadiren 1 saati geçer. Ruhsal durum muayenesinde konuşma güçlüğü, bellek bozukluğu ve ruminasyonlar görülür. Hastalar atak sırasında depresif belirtiler yada depersonalizasyon yaşayabilir. Semptomlar hızlı ya da yavaş biçimde ortadan kalkar (1).

İlk panik atağından sonra birçok hastada yeni atak gelişme olasılığına karşı bir korku gelişir. Bu nedenle hastalar başlangıçta rahat iken, kısa bir süre sonra ataklar arasındaki dönemlerde gerginlik ve kaygı düzeyleri artar. Endişeli beklenti, dikkat ve uyanıklık düzeyinde artış, motor gerginlik, panik atak gelişimine karşı bireyi koruyan eşiğin düşmesine ve yeni bir atak gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır (12). PB'si olan kişilerde genellikle herhangi bir olay ya da rahatsız edici durumla ilişkili olmayan ve zaman zaman ortaya çıkan anksiyete yaşantısı vardır. Anksiyeteye ilişkin akut ve yoğun yaşantı, PB'deki kaçma davranışından sorumludur. Kaçma davranışının amacı atağı durdurmaktır. Durum kaçmak için uygun olmadığı takdirde, bazı hastalar huzursuz bir şekilde sürekli yürür veya sürekli konuşur. Hastanın nöbetin ne zaman ortaya çıkacağını bilmemesi kaçınma davranışını kuvvetlendirir, bu da yeni bir atağı hazırlayan anksiyete belirtilerine neden olur. Bazı hastalarda ise beraber yaşadıkları kişilerden ayrı düşme ya da eski sağlıklarını kaybetme endişesi vardır. Genellikle tanı konulamayan ciddi bir rahatsızlıkları olduğu düşüncesine sahiptirler. Bu düşünce hem kronik bir anksiyete oluşmasına, hem de tıbbi veya tıp dışı arayışlar içine girmelerine neden olmaktadır (13,14).



### 2.1.2. Tarihçe

“Panik” “Panikos” sözcüğü, Yunan tanrısı Pan’dan türetilmiştir. “Pan”, Yunan mitolojisinde yer alan Eski Arkaya’daki çobanların ve ormanların tanrısıdır. Vücudunun yarısı insan, yarısı keçi olan ve tüm tanrıları güldürdüğü için de “tüm” anlamına gelen “pan” adı verilmiştir. Pan ormandan geçen insanların karşısına birden bire çıkarak ya da uyumakta olanları bağırılarıyla uyandırarak korku ve dehşet yaratmış (15).

Hippocrates M.Ö. 400’lü yıllarda, uçurumların kenarında, köprü üzerinde hatta çok sığ hendeklerin bile kenarında yürüyemeyen bir erkek hasta olgusunu tanımlamıştır (16). Panik atağını ilk kez 17. Yy.’da Robert Burton “Melankolinin Anatomisi” isimli kitabında tanımlanmıştır (17).

1871 yılında Da Costa, Amerikan İç Savaşı sırasında askerlerde ortaya çıkan göğüs ağrısı, çarpıntı, fenalaşma ve bayılma ile giden “irritabl kalp sendromu”nu tanımlamıştır. William Osler, 1905 yılında benzer belirtiler için “kalp nevrozu” tanımını kullanmıştır. Lewis I. Dünya Savaşında aynı belirtilerlerin olduğu askerlere bu duruma “asker kalbi”, kadınlarda olursa “efor sendromu” adını vermiştir (18). DSM-II’de panik atağı için tanımlanan 12 belirtiden 9’unun, 1894 yılında Sigmund Freud’un tanımladığı "Anksiyete Nevrozu"nda yer alması dikkat çekicidir (16). Krepelin 1909’da yayınladığı kitabında “korku nevrozu” adıyla anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünü betimlemiştir. Francis Heckel 1917’de yayınladığı kitabında DSM-III tanı ölçütlerine oldukça yakın “paroksizmal anksiyete atağını” tanımlamıştır (19).

PB’yi anksiyete nevrozundan ayırıp, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi Klein olmuştur. Klein; imipramine yanıt veren panik ataklarını, imipramine yanıt vermeyen yaygın anksiyete bozukluğundan ayırmıştır ve bu ayırmadan yola çıkarak hastalığı farklı bir hastalık olarak tanımlamıştır (20).

1980 yılında yayımlanan DSM III’de anksiyete nevrozu tanımı kaldırılmış, onun yerine Panik Bozukluk terimi kullanılmıştır. Ayrıca bu sınıflamada PB’nin yanı sıra agorafobiye de anksiyete bozuklukları içinde tek başına veya PB ile birlikte yer

verilmiştir. DSM–III R’de PB’ye, agorafobiden çok daha fazla ağırlık verilmiştir ve agorafobi olmaksızın PB sınıflaması da eklenmiştir. DSM–IV ve DSM-IV-TR’de ise agorafobili ve agorafobisiz PB tanıları yer almaktadır. DSM-V’de PB ve agorafobi ayrı iki bozukluk olarak ele alınmıştır (21). Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı sınıflaması olan International Classification of Diseases (ICD–9)’de PB tanı kategorisi bulunmazken, ICD–10’da bir ay içerisinde bir kaç kez ağır otonomik bunalı nöbeti geçiren hastalar “panik bozukluk veya paroksizmal bunalı nöbetleri” başlığı altında incelenmiştir (22).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Toplumda panik atak oldukça sık görülmektedir. Yineleyici panik ataklarının sıklığı ise %7 (%3,6 - %9,9) civarındadır. PB sıklığı ise daha düşüktür. 1980’lerden beri yapılmış çalışmalardan en önemlileri “Epidemiyolojik Alan Çalışması (Epidemiologic Catchment Area)” ve “Ulusal Eştanı Çalışması (National Comorbidity Survey)’dır (23,24). Bu çalışmalarda panik atak yaşam boyu yaygınlığı %7-9 arasında değişmektedir. PB’nin ise yaşam boyu yaygınlığı %1,5-3,8 arasında değişmektedir. 1993 yılında yayımlanan Dünya Sağlık Örgütü çalışmasında Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlara başvuran kişiler arasında panik atak yaygınlığı %0,2 olarak bildirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gözlenen PB oranları genel toplumdakine yakın olarak bildirilmiştir (25).

PB kadınlarda erkeklerden 2-3 kat fazla görülmektedir. PB ile ilişkilendirilebilen tek sosyal faktör kişinin ayrılma ya da boşanma hikâyesinin olmasıdır. PB genellikle genç yaşlarda başlamaktadır. Ortaya çıkma yaşı ortalama 25’tir, fakat her yaşta ortaya çıkabilir. Çocuk ve adölesanlarda, tanı çoğunlukla atlansa da görülebilir (1). PB evli olmayanlarda, evlilere göre; şehirde yaşayanlarda, kırsal kesimde yaşayanlara göre daha fazla görülmektedir (22).

## **2.1.4. Etiyoloji**

### **2.1.4.1. Biyolojik etkenler**

#### **a) Aile ve ikiz çalışmaları**

PB, büyük ölçüde ailesel geçiş göstermektedir. Çeşitli çalışmalarda PB olan hastaların birinci derece akrabalarında hastalığın görülme riski 4-8 kat artmaktadır. Monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre eş hastalanma oranı daha yüksektir(1). Yapılan başka bir ikiz çalışmasında, hastaların CO2 duyarlılıkları araştırılmış ve CO2 zorlamasıyla panik atakların monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre daha fazla oranda ortaya çıktığı saptanmıştır (26). PB'da yapılan aile ve ikiz çalışmalarından çıkan sonuç kalıtılanın PB'den ziyade anksiyete duyarlılığı olduğu görüşünü desteklemektedir (27).

#### **b) Moleküler genetik çalışmaları**

Panik bozukluk, genetik geçişi kanıtlanırsa da kalıtımın doğası ve sorumlu gen ya da genler henüz belirlenememiştir. Çeşitli çalışmalarda kromozom 7, kromozom 9 ve 22, kromozom 10p11'in panik bozukluğu ile ilişkisi saptanmıştır (28,29). Yapılan bir başka çalışmada, panik bozukluk hastaları ve akrabalarında genom taraması yapılmış ve çalışmanın sonucunda 2q ve 15q kromozomal bölgeleri panik bozuklukla ilişkili bulunmuştur (30).

### **2.1.4.2. Nörokimyasal faktörler**

#### **a) Artmış sempatik etkinlik**

Hemen hemen tüm anksiyeteli hastalarda artmış bir uyarılmışlık hali mevcuttur (31). Buna bağlı olarak, tüm vakalarda aynı olmamakla birlikte anksiyete hastalarında dinlenme anında bile aşırı uyarılmışlık hali ve strese artmış fizyolojik yanıt beklenen bir durumdur (32). Yine anksiyete hastalarında artmış kas tonusu ve azalmış fizyolojik esneklik en tutarlı görülen bulgudur (33,34).

## **b) Noradrenerjik sistem**

Locus Ceruleus (LC)-Noradrenerjik Sistem, 'savaş ya da kaç' tepkisini uyaran düzeneklerin başında gelmektedir. Buradan salgılanan norepinefrin hem doğrudan hem de adrenal bezlerin uyarımı aracılığıyla MSS'yi etkinleştirerek solunumsal, kardiyolojik ve davranışsal anksiyete belirtilerinin oluşumuna yol açmaktadır. PB hastalarında ortostatik zorlama sonrasında ayakta ve supinasyonda norepinefrin düzeyleri kontrollerden daha yüksek bulunmuştur (35).

PB hastalarına sinapsta norepinefrin düzeyini arttıran presinaptik alfa-2 otoreseptör blokleri olan yohimbin verildiğinde artmış bir otonomik yanıt ortaya çıkmaktadır. Bu bulgu PB hastalarında santral sempatik sistemde bir işlev bozukluğuna işaret etmektedir (36). Yapılan çalışmalarda yohimbin PB hastalarında kontrollere kıyasla anksiyeteyi daha fazla uyarmış, kardiyovasküler yanıtların daha şiddetli olduğunu ve serum norepinefrin metabolit (metilhidroksifenilglükol: MHPG) düzeylerinin daha fazla arttığı gösterilmiştir (37).

Tüm bu bulgular, santral noradrenerjik alfa-2 reseptör duyarlılığının panik hastalarında değişmiş (artmış presinaptik reseptör duyarlılığı ya da azalmış postsinaptik reseptör duyarlılığı) olduğu görüşünü desteklemektedir (31).

## **c) Serotonerjik sistem**

Serotonin (5-HT) panik bozukluğunun patofizyolojisinde ve farmakoterapisinde çok önemli olan bir nörotransmitterdir. Serotonerjik sistem, dorsal ve medial rapheden çıkar. Bu beyin bölgeleri panik bozukluğun nöroanatomik modelinde tanımlanan ve beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen verilerle uyumludur. Rapheden çıkan projeksiyonlar locus seruleus, talamik çekirdekler, hipokampus, amigdala, periaquaduktal gri cevher ve temporal lob olmak üzere beynin birçok bölgesine uzanmaktadır (38).

PB hastalarında, işlevsel görüntüleme çalışmaları serotonerjik sistem 5-HT<sub>1A</sub> üzerine odaklanmıştır. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ile panik hastalarının amigdala ile orbitofrontal ve temporal kortekslerinde, raphe bölgesi 5-HT<sub>1A</sub> reseptör bağlanmasının azaldığı saptanmıştır. Antidepresan tedavi ile postsinaptik reseptör

yoğunluğu normale dönüğü; fakat hipokampus ve raphedeki 5-HT<sub>1A</sub> reseptör yoğunluğundaki azalmanın devam ettiği saptanmıştır (39). Panik hastalarında yapılan başka bir çalışmada, anterior ve posterior singulat korteks ve raphe bölgesindeki 5-HT<sub>1A</sub> reseptör yoğunluğunun kontrollere kıyasla azalmış olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular PB’de serotonin eksikliğini desteklemektedir (40)

#### **d) Gama amino bütirik asit (GABA) ve glutamaterjik sistem**

Gama Amino Bütirik Asit (GABA) agonistleri anksiyolitik etkili, ters (inverse) agonistleri anksiyojenik etkilidir. Sağlıklı gönüllüler ile panik hastalarının kıyaslandığı çalışmalarda, oksipital korteks GABA yoğunluğunun panik hastalarında daha düşük olduğu bildirilmiştir (41). Benzer şekilde PB hastalarında anterior singulat korteks ve medial prefrontal kortekste MR spektroskopisi ile gaba eksikliği olduğu tespit edilmiştir (42). GABA-benzodiyazepin reseptör kompleksi üzerinden etki etmektedir. Sağlıklı gönüllülerde benzodiazepin verildiğinde GABA düzeyi azalmış, panik hastalarında ise zaten düşük olan GABA düzeyinde değişiklik olmamıştır. Uzun süreli benzodiazepin bu hastalara verilmesi bile GABA düzeyini değiştirmemiş olması bu bulgunun PB’nin bir belirteci olabileceğini düşündürmüştür (43). Beynin birçok bölgesinde glutamat ve glutamat nöronları etkileşim halindedir. Kolesistokininin uygulanmasıyla oluşan panik ataklar sırasında anterior singulat kortekste glutamat konsantrasyonunun anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir (44).

#### **e) Kolesistokininin (CCK)**

Kolesistokininin (CCK), beyinde yaygın olarak bulunan peptid yapıdaki bir nörotransmitterdir. Hem hayvanlarda hem de insanlarda anksiyete benzeri davranışların ortaya çıkmasında, insanlarda aynı zamanda PB’nin nörobiyolojisinde önemli rol oynar. Kolesistokininin doza bağımlı olarak sağlıklı gönüllülerde korku yanıtının oluşmasına ve panik atağın oluşmasına sebep olmaktadır (45).

#### **f) Adenozin**

Adenozin bir pürin nükleotididir ve nöromodülatör olarak kabul edilmektedir. Kafeinin anksiyojenik etkisinden yola çıkarak adenozinin PB’de rol oynayabileceği

düşünülmüştür (31). Kafeinin bu anksiyojenik etkileri adenozin reseptörlerindeki antagonizmasına bağlıdır (46).

### **g) Diğer nöronal düzenleyiciler**

Anksiyete bozukluklarında başka pek çok nöropeptid araştırma odağı olmaktadır. Bunlardan nörokinin A ve B, P maddesi, opioidler, beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF); serotonerjik, noradrenerjik sistemlerle ilişkili olup bu sistemlerde düzenleme işlevini görmektedirler. Kalp kasında ve beyinde bulunan atrial natriüretik hormon deney hayvanlarında anksiyolitik etkili olduğu gösterilmiş bir peptiddir (31).

### **2.1.4.3. Endokrin işlevler**

#### **a) Kortikotropin realising faktör (CRF) ve Hipotalamo–Pituiter–Adrenal (HPA)**

##### **sistem çalışmaları**

Kortikotropin Realising Faktör (CRF), stres yanıtının en önemli araçlarından birisidir. Stres anında ortaya çıkan uyum sağlayıcı fizyolojik ve davranışsal değişikliklerin eşgüdümünü sağlar. Stres anında hipotalamustan CRF salınımı artar, bu da daha sonra HPA sistemini aktive eder ve dehidroepiandrosteron (DHEA) ve kortizol salınımına yol açar (47). Panik ve korku ayırımında, panik atakları sırasında HPA sisteminde etkinlik artışı olup olmamasının önemi vardır. Bazı maddeler (kafein, CCK– 4, m–CCP vb.) panik atağı tetikler ve aynı zamanda atak sırasında HPA sistemi de etkinleşir. Ancak, laktat ve CO<sub>2</sub> gibi solunumsal uyarıcılarla oluşan panik ataklarında HPA etkinleşmesinin olmamaktadır. Bu nedenle beklenmedik panik ataklarının korku yanıtlarına eşdeğer olmadığı, yani farklı düzeneklerden kaynaklandığı savunulmuştur (48,49). Bazı çalışmalarda ise HPA etkinleşmesi (ACTH ve kortizol yükselmesi), beklenti anksiyetesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (48, 50).

## **b) Büyüme hormonu (Growth Hormon) çalışmaları**

Bir alfa-2 adrenerjik agonist olan klonidin, hipotalamusta Growth Hormon Releasing Hormon (GHRH) salımını uyarır. Yapılan çalışmalarda, panik bozukluk hastalarında klonidin stimülasyonuna büyüme hormonu yanıtı ölçülmüş ve büyüme hormonu yanıtlarının düzleşmiş olduğu görülmüştür (51).

## **c) Tiroid hormonlarıyla ilgili çalışmalar**

Panik bozukluk hastalarında çalışılan bir diğer endokrin sistem, hipotalamik tirotropin-salınım hormonu (TRH), hipofizer tiroid-uyarıcı hormonu (TSH) ve tiroid hormonlarını içeren eksendir. PB hastalarında TSH düzeyleriyle ilgili bazı düzensizlikler, TRH'ye TSH yanıtının küntleştiği ve panik belirtilerinin şiddetinin TSH yüksekliğiyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (52).

### **2.1.4.4. Solunum fizyolojisi**

#### **Hiperventilasyon ve Karbondioksit**

PB'si olan bireylerin hiperventilasyona duyarlı oldukları bilinmektedir. Yüksek konsantrasyonlarda CO<sub>2</sub> inhalasyonunun anksiyeteyi artırdığı ve PB'de panik atakları tetiklediği gösterilmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk ve major depresyonda ise CO<sub>2</sub> inhalasyonu ile panik atağın ortaya çıkmadığı gösterilmiştir. (53-55) Oda havasında istemli bir şekilde yapılan hiperventilasyon sonucu hastaların %30-50'sinde panik atak oluştuğu bilinmektedir. Parsiyel karbondioksit basıncındaki azalma, en azından belirli bir hasta grubunda panik ataklarının patofizyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Hipeventilasyon sonucu hipokapnik alkaloz ve buna bağlı olarak damar yatağındaki daralma ile birlikte beyin kan akımında belirgin azalma oluşur. Hipokapnik alkaloz ve beyin kan akımındaki belirgin azalma; baş dönmesi, göz kararması, soluksuz kalma, ağız kuruluğu, dengesizlik, bulantı, çarpıntı, göğüs ağrısı, el ve ayaklarda uyuşma gibi belirtileri açıklayabilir. Ayrıca PB'li bireylerde hiperventilasyon sırasında baziler arter kan akımında anlamlı şekilde daha fazla azalma olmaktadır. Hem panik belirtileri, hem de akut hiperventilasyon belirtileri birbirine benzediği için PB'li hastaların stres karşısında aşırı solunum nedeniyle hipokapnik alkalozu giren bireyler oldukları öne sürülmüştür. CO<sub>2</sub> açısından

zenginleştirilmiş havanın solunumu da PB bulunan bireylerin % 50-80'inde panik atakların oluşumuna neden olmaktadır. CO2 konsantrasyonunda artış bu hastalarda hatalı bir şekilde olası bir boğulmanın yaklaştığına ilişkin uyarılar oluşturur (49). Hastalar hiperventilasyon yapmak suretiyle CO2 konsantrasyonunu azaltmakta ve bu tehlikeyi uzaklaştırmaya çalışmaktadırlar. CO2 konsantrasyonları yüksek kalmaya devam edecek olursa hastaların boğulma korkusu artmakta ve bunu takiben panik atak ortaya çıkmaktadır (56). Locus ceruleus (LC), solunumu kontrol eden nöronlara çok yakın olan medullar merkezlerden köken alan sinir lifleri bulundurmaktadır. CO2 inhalasyonu LC'nin ateşlenme hızını artırmaktadır. Ayrıca noradernerjik sistemi uyarmakta ve serotonin döngüsünü artırmaktadır. (46,55,57)

#### **2.1.4.5. Beyin görüntüleme çalışmaları**

Anksiyete esas olarak amigdala işlevleriyle ilişkilidir ve PB hastalarında amigdala hacminde sağlıklı kontrollere göre küçülme olduğu gösterilmiştir. PB hastalarında hipokampus ve özellikle sol parahipokampal girusta, hipofizde, anterior singulat kortekste, frontal kortekste ve temporal kortekste de hacim kaybı olduğu anlaşılmıştır. Otonomik uyarılma sistemine katılan beyin sapı çekirdeklerinde, özellikle rostral ponsta, hacim artışı olabileceği gösterilmiştir (58).

#### **2.1.4.6. Nörofizyolojik çalışmalar**

Panik bozukluk hastalarında, panik atakları arasındaki dönemde hastaların sağlıklı kontrollere göre EEG'de daha fazla yavaş dalga etkinliği sergiledikleri bulunmuştur. EEG'deki bu yavaş dalga etkinliğinin hiperventilasyonla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (59). Yapılan elektrofizyolojik çalışmalarda PB hastalarında duysal motor kapılanmanın azaldığını gösterilmiştir. Başka ruhsal bozukluklarda da saptanabilen bu işlev bozukluğu sonucunda hastalar durumla uygunsuz ya da zorlayıcı (intrusive) uyarıların inhibe edilmesinde güçlük çekmektedirler (60) Şimdiye kadar yapılmış olan elektrofizyolojik çalışmalar sonucunda, PB 'nin oluşumunda beyin sapı ve limbik bölge yapılarının katkılarının bulunduğunu desteklemektedir (61). PB hastalarının pek çoğunda uyku yakınmaları ve güçlükleri olmaktadır. Bu bulgular depresyon eştanısının varlığında daha fazla saptanmaktadır



(62). Diğer yandan, sağlıklı kontrollerin uykusundan ayırt edici polisomnografi bulgularına rastlanmamıştır (63,64).

#### **2.1.4.7. Sodyum laktat provokasyon çalışmaları**

Bazı kimyasal maddelerin panik bozukluğu olan hastalarda panik atağını uyardıkları saptanmıştır. Bu maddeler içinde sodyum laktat ve karbondioksitin özel bir önemi vardır. 1951 yılında Cohen ve White, PB hastalarının karbondioksite aşırı duyarlı olduklarını ve fiziksel egzersiz sırasında kanda biriken laktatın kontrollere göre daha yüksek düzeylere ulaştığını göstermişlerdir. (55) Sodyum laktat infüzyonuyla ilişkili ilk kontrollü çalışmayı Pitts ve McClure (1967) yapmışlardır. Laktat verilmesinden sonra kontrol grubundaki 10 kişinin sadece 2'sinde bu belirtiler gözlenirken, PB'si olan 14 hastanın 13'ünde panik atağın belirtileri gözlenmiştir. Tüm hastalar deneysel ortamda yaşadıkları anksiyetenin, gerçek hayatta yaşadıkları atağa çok benzediğini belirtmişlerdir (65). Laktat infüzyonu sonucu panik bozukluğu olan hastaların %50-70'inde, kontrol deneklerinin ise %10'undan daha azında panik atağı oluşurken sosyal fobik ve obsesif-kompulsif bozukluk tanılı hastalarda ise panik atak gelişmemesi; laktat infüzyonu sonucunda panik atak oluşmasının, panik bozukluğu tanısı için biyolojik bir belirteç olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir (46). Sodyum laktatın merkezi sinir sisteminde karbondioksite metabolize olarak hiperkapni oluşturduğu, aşırı duyarlı kemoreseptörleri uyararak panik atağına yol açtığı öne sürülmüştür. Hiperventilasyon, hipokapni oluşturarak beyin kan damarlarını daraltmakta ve kan akımında azalmaya yol açmakta böylece nöron içerisinde oluşan anaerobik glikolizle laktat düzeyi artmaktadır. Bu şekilde, hastaların kanda yükselen karbondioksit düzeylerini düşürmek için başvurdukları hiperventilasyon biyokimyasal düzeyde kısır döngü oluşumuna neden olmaktadır (55).

#### **2.1.4.8. Psikopatolojik yaklaşımlar**

##### **a) Psikoanalitik görüş**

Anksiyete temelde bir iç çatışmanın ürünüdür. Bu iç çatışma ise psikanalitik yaklaşıma göre, benlik ve üstbenlik (süperego ve id) ya da benlik ve altbenlik (ego ve

id) arasında oluşmaktadır. Anksiyete benlikte yaşanan bir tehlikenin habercisidir (66).

Panik bozukluk, alışkın olunmayan durumlar karşısında ‘aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışlarıyla beslenen’ ve ‘çözülmemiş bağımlılık–bağımsızlık çatışmalarına’ yol açan, doğuştan gelen bir korku yanıtının gözlemlendiği varsayımına dayanmaktadır. Terk edilme, yalnız kalma ya da kapana kısılma ile etkinleşen bilinçdışı fantezilerin sonucu, tehlikeli bir ayrılık ya da tuzağa düşme olarak yorumlanan psikolojik güçlüklerle karşı, öfke ya da suçluluk duygusuyla tepki verme eğilimi ortaya çıkar. Altta yatan yapısal nörofizyolojik yatkınlıkla birlikte, olumsuz duygularla karşılaşma da beyni duyarlı kılmaktadır. Anksiyete karşısında savunma düzenekleri başarısız kaldığında panik anksiyetesi oluşur. Böylece gelişmemiş savunmaların denetlenmede yetersiz kaldığı korku veren olumsuz duygulanımdan köken alan önemsiz fiziksel duyumlar kolayca paniği uyatabilmektedir (67).

#### **b) Bilişsel–davranışçı kuram**

Anksiyetenin bilişsel açıklamasında tehdit algısının önemli rolü vardır. Panik nöbetleri de bu hastaların bunaltının bedensel belirtilerini şiddetli bir tehdit, bir felaket gibi yorumlaması olarak açıklanmaktadır. Bunaltının bedensel belirtilerinin bu yalnız yorumlanması bu belirtilerin şiddetlenmesine yol açarak geri-bildirim düzeneği ile hızla bir panik nöbeti şiddetine ulaşır. Örneğin, hastalar kalp çarpıntısını ya da kalp atımının hızlanmasını kalp krizi olarak yorumlarlar. Bu yorumlama yoğun bir bunaltıya aynı zamanda çarpıntı, sersemlik, göğüste sıkışma hissi gibi fizyolojik uyarılma belirtilerine neden olur. Belirtilerin şiddetlenmesi ve çeşitlenmesi ile ilk yorum doğrulanır ve giderek belirtiler tırmanır. Bu yaklaşım hastanın geçirilen panik nöbetlerinin beklenen felaketle sonlanmadığını görmesine karşın, panik nöbetlerinin sürmesini biliş ile davranış arasındaki bağ ile açıklamaktadır. Örneğin bayılmaktan korkan hasta belirtiler ortaya çıkınca oturur ya da kalp krizi geçirmekten korkuyorsa, belirtiler o sırada yaptığı hareketi bırakmasına, dinlenmesine yol açar. Böylece hasta kendisini felaketten koruduğuna inanır. Başka bir deyişle her panik nöbeti, nöbetin

felaketle bağlantısının olmadığı görüşü yerine ‘neredeysi olacağı’ inancının yerleşmesine neden olur (68).

### **c. Stress – diatez modeli**

PB tanısıyla takip edilen hastalarda, ilk panik atağın ortaya çıkışından önce olumsuz yaşam olaylarının sıklığına yüksek olduğu gözlemlenmiştir. PB gelişimini “stress – diatez” modeli ile açıklamaya çalışan yazarlar, bazı bireylerin olumsuz yaşam olaylarının oluşturduğu strese karşı duyarlı olduklarını öne sürmektedirler. Bu duyarlılık nörobiyolojik faktörlere, sosyal desteklerin nispeten yetersizliğine veya kişilik ve kognitif yeteneklerin bazı kombinasyonlarına bağlı olabilir. İlk panik atakta stresle ilgili noradrenerjik veya serotonerjik aktivite ya da bilgi işlem süreçleri gibi biyolojik ve\veya kognitif değişkenler önemli rol oynamaktadır (14).

#### **2.1.5. Klinik**

Panik atak bazen heyecan, fiziksel efor, cinsel aktivite veya duygusal travmayı takip etse de ilk panik atak çoğunlukla kendiliğinden olmaktadır. Kafein, alkol, nikotin ya da diğer maddelerin kullanımı, uyku ve yeme alışkanlığında değişikliklerde panik atakları tetikleyebilmektedir. Atak belirtileri başlangıcından itibaren 10 dakika içinde hızlı bir artış göstermektedir. Atak sırasında aşırı korku, yaklaşan ölüm ve kıyamet korkusu gibi zihinsel düşüncelerde eşlik edebilmektedir. Hastalar genelde korkunun kaynağını tanımlayamamakta, konsantrasyon güçlüğü ve bilinç bulanıklığı yaşamaktadırlar. Hastalar fiziksel belirtiler olarak genellikle taşikardi, çarpıntı, nefes darlığı ve terleme gibi belirtiler yaşamaktadırlar. Atak genelde 20-30 dakika sürmekte, nadiren 1 saati geçmektedir. Hastaların atak esnasındaki ruhsal durum muayenelerinde ruminasyonlar, konuşma güçlüğü ve bellek bozukluğu saptanabilmektedir. Atak boyunca hastalar depresif olabilmekte, depersonalizasyon ve derealizasyon yaşayabilmektedir. Ataklar arasında yeni bir atağın yaşanacağına yönelik beklenti anksiyetesi görülmektedir. (1) Beklenti anksiyetesi yaşayan hastalar, ne zaman panik atağı yaşayacaklarını önceden kestirmek için çevresel ve bedensel ipuçlarını değerlendirmeye çalışmaktadırlar. Hastaların bedenlerine ve beden duyularına ilgileri artmaktadır (69).

Panik atakları çok çeşitli psikiyatrik bozukluklarda (özgül fobi, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi, depresyon) ve tıbbi durumlarda (madde entoksikasyonu) ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden, panik ataklarının görülmesi panik bozukluğu tanısı koymaya yetmez. Panik atakları olan hastalar çoğu zaman iç hastalıkları kliniklerine başvurduklarından panik bozukluğunun belirtilerine ya oldukça ciddi bir tıbbi durumun ön tanısı konulmakta ya da bunlar 'histerik bir semptom' olarak görülmektedir (70).

Klinik düzeyde olmayan panik ataklarının prevalansının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (71). DSM-5 tanı ölçütü olarak verilen belirtilerin haricinde hastalarda ağız kuruluğu, geğirme, irritabilite, zihnin durması, çaresizlik hissi, kulak çınlaması gibi belirtiler de görülebilmektedir. Panik ataklar her durum ve koşulda, hatta uykuda bile gelişebilmektedir ve tıbbi yardım arayışına neden olmaktadır (72).

## **2.1.6. Sınıflandırma ve tanı ölçütleri**

### **2.1.6.1. DSM–5 panik bozukluğu için 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 duyumu.
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 ('derealizasyon' gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma ('depersonalizasyon', kendinde kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da 'çıldırma' korkusu.
13. Ölüm korkusu.

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 (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, 'çıldırma') ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.

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

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı bir takım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; takıntı zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır. (21)

### **2.1.7. Klinik seyir ve prognoz**

Panik bozukluğu panik ataklarla başlar, ardından beklenti anksiyetesi ve fobik kaçınma eklenir. Bütün anksiyete bozukluklarında olduğu gibi panik bozuklukta da bir başka anksiyete bozukluğu ya da ruhsal hastalığın birlikte görülme

olasılığı yüksektir (73). İlk panik atağından önce hastaların %70'i, önemli kişilerden ayrılma başta olmak üzere, kişiler arası çatışmalar ve kişisel sağlık sorunları gibi stres verici yaşam olayları tanımlamaktadırlar (74).

Hastaların çoğunda zaman içinde panik atakların sıklığı azalır ya da tamamen kaybolur. Fakat sınırlı belirtili ataklar genellikle uzun sürer ve yeti yitimine yol açarlar. Panik bozukluğu ile birlikte agorafobinin bulunması durumunda hastalığın gidişi daha olumsuz olmaktadır (75).

Panik hastalarının yaşam kalitelerinin farklı nedenlerden dolayı daha düşük olduğu belirtilmektedir. Hastalardaki sağlıkla ilgili kaygılar, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmalar, mali sorunlar, moral bozukluğuna ve ümitsizliğe neden olup intihar riskini arttırabilmektedir. Kadın cinsiyet, genç yaş ve evlenmemiş olmak PB'da intihar riskini arttıran diğer etmenlerdir (76,77).

Düşük sosyo-ekonomik düzey, tedavinin gecikmesi, fobik kaçınmanın şiddeti, ek tanılarının olması panik bozukluğunda olumsuz gidiş göstergeleri olarak belirtilmektedir. Ayrıca erkek ve kadınlarda benzer düzelme oranları olmakla birlikte kadınlarda yineleme daha sık olmaktadır (78).

### **2.1.8. Ayırıcı tanı**

Panik bozukluğunun ayırıcı tanısında hem fiziksel hastalıkların hem de diğer psikiyatrik bozuklukların dikkate alınması gerekmektedir. Fiziksel belirtilerin ön planda olduğu bir kişi acil olarak başvuruda bulunduğu anda, ayrıntılı bir tıbbi öykü alınıp fizik muayenesi uygulanmalıdır. Standart laboratuvar değerlendirmeleri (tam kan sayımı, açlık kan şekeri, üre, kreatinin, elektrolit düzeyleri ve kan kalsiyum düzeyleri, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri) yapıp ve EKG çekilmelidir (46).

Panik bozukluk benzer semptomların görüldüğü bir dizi tıbbi hastalıktan ayırt edilmelidir. Hipotiroidizm, hipertiroidizm, hiperparatiroidizm ve feokromasitoma başta olmak üzere çeşitli endokrinolojik hastalıklar panik atakla ilişkili olabilir. Epizodik hipoglisemi ile ilişkili insülinoma da panik atak gibi bulgu verebilir. Merkezi sinir sistemi ile ilgili nöbetlerle giden bozukluklar, vestibüler disfonksiyon, neoplazmlar, madde kötüye kullanımı da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Aritmiler,

KOAH, astım gibi kardiyak ve solunum sistemi ile ilgili bozukluklarla beraber artan anksiyeteyi panik bozukluktan ayırmak güç olabilmektedir. İleri yaş hastalarda panik benzeri semptomlar; ataksi, bilinç değişiklikleri, mesane disfonksiyonu ile giden tıbbi hastalıkların belirtisi olabilir (1).

PB'nu ruhsal hastalıklardan en çok yaygın bunaltı bozukluğu ve fobik bozukluklardan ayırt etmek gerekmektedir. Yaygın bunaltı bozukluğu uzun süreli olmaktadır, korkunun derecesi panik bozukluğundaki gibi şiddetli olmamaktadır. Fobilerde ise panik nöbetine benzer korkular ancak özel fobi nesnesi ya da durumu ile karşılaşınca görülür. Sınıflandırma tanı ölçütlerine göre, eğer panik nöbetleri beklenmedik biçimde hiç olmuyorsa tanı panik bozukluğu dışında başka bir bunaltı bozukluğudur. PB'na sıklıkla agorafobi eşlik etmektedir. DSM-5 e göre kaçınma davranışları iki ya da fazla agorafobik duruma değilde panik nöbetlere bağlı geliyorsa tanı panik bozukluğu olmalıdır (66).

#### **2.1.9. Eşlik eden bozukluklar**

PB hastalarının %95'inde eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Panik bozukluğu olan kişilerin yaklaşık üçte biri hastalığın başlamasından önce majör depresif bozukluk tanısına sahip olmaktadır. Panik bozukluk hastalarının %15-30'u sosyal anksiyete bozukluğu, %2-20 özgül fobi, %15-30 yaygın anksiyete bozukluğu, %2-10 travma sonrası stres bozukluğu, %30' dan fazlası obsesif kompulsif bozukluk tanısı almaktadır. Diğer eşlik eden durumlar hipokondriazis, kişilik bozuklukları ve madde ile ilişkili bozukluklardır (1).

#### **2.1.10. Tedavi**

Genel olarak anksiyete bozuklukları ve özellikle panik bozukluk, uzun süreli tedaviyi gerektirmektedir. Uzun bir tedavi sürecinden sonra bile hastalık belirtileri sürebilmektedir (79). Tedaviye başlamadan önce; hastadan ayrıntılı hikâye alınmalı, hasta hekim arasında ortak bir terminoloji oluşumu sağlanmalı, hastalık hakkında bilgi verilmeli, farmakolojik tedavi uygulanacaksa yan etkileri konusunda hasta bilgilendirilmelidir (80). Başka bir psikiyatrik bozukluğa eşlik eden panik ataklarda öncelik ana ruhsal rahatsızlığın tedavisine verilmelidir (14)

### 2.1.10.1. Farmakolojik tedavi

Trisiklik antidepresanlarla (TSA) yapılan birçok çalışmada, özellikle imipramin ve klomipraminin 4-6 hafta içinde panik atağı sıklığı ve şiddetini azalttıkları gösterilmiştir (81,82). Klomipramin serotonerjik etkili bir TCA olup, panik bozukluğunun tedavisinde diğer trisikliklerden daha etkili bulunmuştur. Klomipraminin düşük dozlarda bile antipanic etkisi belirgindir (83) PB hastalarında TSA'ların tedavi başlangıcında var olan anksiyeteyi artırıyor olmaları ve ciddi yan etkiler göstermeleri hastaların tedaviyi sürdürmelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların TSA'ları ilaç yan etkileri nedeniyle bıraktıkları gösterilmiştir. Bu nedenle TSA'lar tedaviye düşük dozda (10 mg/gün) başlanıp, hastanın tedaviye yanıtına göre ilaç dozu (150–250 mg/güne kadar) artırılmalıdır (84).

PB'nun tedavisinde Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri(SSRI), en az TSA'lar kadar etkin bulunmuşlardır ve yan etkiler açısından TSA'lara oranla daha iyi tolere edilebildikleri gösterilmiştir (85). PB tedavisinde sık kullanılan bir SSRI olan paroksetinin sedatif etkileri vardır ve hastaları sakinleştirir fakat kilo aldırıcı etkileri bulunmaktadır. (1) Paroksetin; tedavinin ani sonlandırılması durumunda, baş dönmesi, dengesizlik hissi, kabus görme, ellerde titreme, anksiyete ve bulantı gibi kesilme belirtilerinin görülme olasılığı en yüksek olan SSRI'dır (86,87). Sitalopram, essitalopram, fluvoksamin ve sertralin sonraki en iyi tolere edilen ilaçlardır. Anektodal bildirimlerde panik bozukluk hastalarının fluoksetin başta olmak üzere SSRI'ların aktive edici özelliklerine duyarlı oldukları bildirilmiştir, bu nedenle düşük doz başlanıp, doz yavaş artırılmalıdır (1).Yeni bileşiklerden inositol, duloksetin, mirtazapin, milnasipran ve nefazodonun PB tedavisinde etkin bileşikler olabileceğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır (88).

Benzodiazepinlerin panik belirtilerini yatıştırmakta etkili olduğu iyi bilinmektedir ve etkileri antidepresanlara göre daha erken başlamaktadır. Ancak uzun süreli kullanımda bağımlılığa yol açmaları, tedavi sonrası yüksek alevlenme oranları nedeniyle benzodiazepinlerin bırakılması çok zor olmaktadır. Kullanım süresi uzadıkça ilacın kesilmesi daha da zorlaşmaktadır. Bu nedenle günümüzde benzodiazepinler panik bozukluğu tedavisinde önerilmemektedir (89).



### **2.1.10.2. Diğer tedaviler**

#### **2.1.10.2.a. Bilişsel davranışçı terapi**

Panik bozukluğunun tedavisinde bilişsel-davranışçı yöntemlerin başka psikoterapi yöntemlerinden daha etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bilişsel-davranışçı yaklaşımda önce hastanın felaket düşüncelerinin ve bunu sürdüren güvenlik arama davranışlarının değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirmeler hastaya özgü belirti ve yorumlarla şekillendirilir ve paniğin bilişsel kuramında tanımlanan bedensel duyum-felaket yorumu-korku kısır döngüsü kendi terimleri ile hastaya açıklanır. Felaket açıklamalarının yerini alabilecek düşünce seçenekleri üzerinde çalışılır (90).

#### **2.1.10.2.b. Diğer psikoterapiler ve psikososyal yaklaşımlar**

Panik hastalarında psikodinamik yönelimli psikoterapilerin etkin olduklarını gösterir yeterli veri bulunmamaktadır (91). Dolayısıyla standart bir tedavi yöntemi olarak önerilmeleri şu aşamada olanaklı görünmemektedir. Yine de yukarıda tanımlanan dinamik etkenlerin göze çarptığı hastalarda ya da hayatın erken dönemlerinde yaşanmış cinsel/fiziksel kötüye kullanım öyküsü olanlarda etkinliği gösterilmiş olan diğer tedavilere psikodinamik psikoterapi eklenebilmektedir (92).

Diğer psikososyal terapileri PB'nin tedavisinde önerebilmek için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Gereken olgularda sürdürülmekte olan BDT'ye eklenecek olan evlilik terapisi, aile terapisi, ilişki terapisi ya da iç görü yönelimli psikoterapinin yararlı olabileceği vurgulanmaktadır (93).

### **2.2.Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması gibi yaşamın birçok alanını kapsayan yaşam kalitesi, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimi olarak tanımlanabilir (8-10). Yaşam kalitesi ana belirtinin anksiyete olduğu anksiyete bozukluğu hastalarında işlevsellik bozularak azalmakta ve ileri düzeyde bir yeti yitimi ortaya çıkabilmektedir. Anksiyete bozuklukları kişinin günlük

işlevselliğini önemli derecede etkileyen kronik ve yaygın bozukluklardır. Anksiyete bozukluklarının, fiziksel ve psikososyal işlevselliği, diyabet, hipertansiyon ve myokard infarktüsü kadar etkileyebileceği bildirilmiştir (93). Panik bozukluğu özelinde ise, yaşam kalitesi ile ilgili ilk veriler Amerika’da yapılmış büyük bir saha çalışması olan ECA (Epidemiologic Catchment Area)’dan elde edilmiştir. Bu araştırmada, Panik bozukluğu hastalarının %35’inde genel sağlığını, %38’inde ruhsal sağlığını kısmen ya da tamamen bozulduğu belirlenmiştir (94). Yaşam kalitesinin belki de en çok çalışıldığı bir diğer hastalık olan majör depresyonda da panik bozukluğa benzer olarak genel sağlık (%29) ve ruhsal sağlık (%39) alanlarında belirgin bozulma olduğu bildirilmiştir (95,96). Depresyonun Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre işlevsellikte en çok bozulmaya yol açan hastalıklar arasında 4. sırada yer aldığı bildirilmiştir (97). Panik bozukluğu hastalarının yaşam kalitesindeki bozulmanın depresyondakine eş düzeyde olduğu dikkate alındığında, konunun önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Nitekim Salvador- Carulla ve arkadaşları (98) yapmış oldukları araştırmada, tedavi edilmeyen PB hastalarının genel toplum ile karşılaştırıldığında işe devam etmekte zorlandıklarını, yaklaşık yedi kat fazla oranda hastane başvurularının olduğunu, bunun önemli ölçüde maddi kayıplara neden olduğunu, tedavi ile anlamlı ölçüde düzelme sağlandığını saptamışlardır. Ancak yalnızca panik bozukluğu tanısı almış hastalarda değil, tekrarlayan panik nöbeti deneyimleyen ancak Panik Bozukluğu tanı ölçütleri karşılamayan kişilerde de yaşam kalitesinde bozulma olduğu bildirilmektedir (99).

### **2.3. Duygu Dışavurumu Kavramı**

Duygu dışavurumu ruhsal hastalığı olan bir kişiye bakım verenin tutumlarını yansıtan, ruhsal hastalıkların önemli bir kısmında belirtilerin tekrar artmasının önceden tahmin edilmesini sağlayan önemli bir aile çevresi karakteristiğidir. Duygu dışavurumu önemli bir psikososyal stresördür ve hastalık nüksüyle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir (100,101). DD ilk olarak şizofreni hastalarının yakınlarında çalışılmış ve akrabalarının olumsuz tutumlarına maruz kalan kişilerin daha fazla hastalık relapsı yaşadıkları saptanmıştır. (102)

Aile üyeleri arasındaki yakın duygusal bağın, olması gerekenden az uyarana ve sosyal geri çekilmeye yol açabileceğini gözlemleyen çalışmalar 1950’lerde

yapılmıştır (103). George Brown ve arkadaşları tarafından semptom relapsı yaşayan hastaları ele alma amaçlı 156'sı şizofreni tanılı 229 erkek hasta incelenmiştir (104). Çalışmada hastanede yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında semptomatik relapsla ilişkili olabilecek bir takım ailevi özellikler tespit edilmiştir. Taburculuk sonrası eşiyle ya da ailesiyle yaşayan kişilerde, kardeşiyle yaşayan veya pansiyonda kalanlara göre, daha fazla relaps olmuş ve tekrar hastaneye yatma ihtiyacı duyulmuştur. Ayrıca annesiyle yaşayan hastalarda, hasta ve/veya annesinin çalışmak için ev dışına çıktığı kişilerde relaps riskinin azaldığı saptanmıştır (105). Bu bulgular hastaların ve ailelerinin uzun süreli temasının, hastaların fonksiyonelliğinin seviyesini ve yetersizliğinin derecesini etkiliyor olabileceğini akla getirmiştir (106)

Şizofreni için yapılan çalışmalarda DD düzeyi düşük olan ailelerin sorunlarla daha iyi başa çıkabildiğini, DD düzeyi yüksek olan ailelerin sorunlarla, hastalık ve hastayla başa çıkmakta zorlandığını göstermiştir. Bazı aileler başa çıkabilecekleri durumlarda düşük DD, zorlandıkları durumlarda yüksek DD düzeyi gösterebilirler. Bu bilgiler DD'nin durağan bir yapı olmadığını göstermektedir. Ailelerin yeterli oldukları durumlarda uygun tepkiler verdikleri, yetersiz kaldıkları durumlarda ise yüksek DD gösterdikleri anlaşılmıştır. Yeterlilik ise hem hastalığın durumu, süresi, hastanın kişisel farklılığı hem de ailenin hastalık bilgisi, deneyimi ve aile bireylerinin kişiliği tarafından etkilenebilmektedir. Ayrıca, hastadaki bozukluğun ailenin DD'sini etkilediği ve DD'nin zaman içinde oluşan bir tepki tarzı olduğu bildirilmiştir (107). Stresli yaşam olayları, DD ve şizofrenik relapslar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, yüksek DD'nin sürekli bir stresöre eşit olabileceği belirtilmiştir (3) Duygu dışavurumu, hasta yakınlarıyla etkileşim tarzını yansıtmasına rağmen, bu etkileşim tarzının ne dereceye kadar hasta yakınının kişiliği ile belirlendiği ve ne dereceye kadar hasta tarafından etkilendiği net olarak bilinmemektedir (108).

DD kavramının temelini oluşturan duygusal ifadeler, bilimsel bir teoriden ziyade, relapsla ilişkilendirilen ifadelerden seçilmiştir (108) DD'nun yapısı; eleştiricilik, düşmancılık, koruyucu-kollayıcı-müdahaleci oluş gibi davranış kalıplarından oluşmaktadır. (109)

DD şizofreni dışında diğer bozukluklarda da relaps için önemli bir öngörücü olarak kanıtlanmıştır. DD'nun agorafobili panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu da dahil olmak üzere, anksiyete

bozukluğu olan yetişkin ve çocuklarda tedavi sonucunu öngördüğü bildirilmiştir (110). Depresyonun da stresli yaşam olayları ve ailedeki DD'ın etkisiyle başlayabileceği ya da nüksler gösterebileceği anlaşılmıştır. Hastanın birlikte yaşadığı kişilerin yaptığı eleştirel yorumların oranının artışıyla depresyon nüks oranları arasında korelasyon olduğu ortaya çıkmıştır (111). Yüksek DD' nın anksiyete bozuklukları ve depresyonda etkili olduğu, ailenin psikoeğitimi ile sosyal beceri eğitimi gibi ortamsal stres yaratıcıları azaltabilecek yapılandırılmış psikososyal müdahalenin ve sosyal yapıdaki önemli değişikliklerin bu iki değişkeni etkileyerek sonucu olumlu yönde değiştirdiği görülmüştür (110).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışmaya Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve DSM-V ölçütlerine göre ruhsal durum muayenesi ile PB tanısı konan 50 hasta, MDB tanısı olan 50 hasta ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 50 kontrol olmak üzere toplam 150 kişi dahil edilmiştir. Çalışmada PB hastalarına demografik ve klinik özellikleri değerlendirmek için oluşturulan sosyodemografik veri formu, Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği(LEE), durumluluk-süreklilik kaygı ölçeği( STAI-1 VE STAI-2), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği verilmiştir. Depresyon hastalarına demografik ve klinik özellikleri değerlendirmek için oluşturulan sosyodemografik veri formu, Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği(LEE), Beck Depresyon Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği verilmiştir. Hastalar ve kontrol grubu için anahtar konumdaki akrabalara Duygu Dışavurumu Ölçeği(LE) ve yakınlar için hazırlanan sosyodemografik form verilmiştir.

Çalışmaya katılma kriterleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

- 18 yaşın üzerinde olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Komorbid psikiyatrik bir bozukluğu olmamak
- Mental retardasyonu olmamak
- Ciddi nörolojik ve genel tıbbi durumu ilgilendiren hastalığı olmamak

#### 3.2 Değerlendirme Gereçleri

##### **Sosyodemografik ve klinik özellikler değerlendirme formu**

Sosyodemografik formda hastaların yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, medeni hal, sigara, alkol kullanımı gibi sosyodemografik özellikler ve hastalığın başlama yaşı, son 3 ayda geçirdiği atak sayısı, kullandığı farmakolojik tedavi gibi klinik özellikler sorgulanmıştır.

### **Duygu dışavurumu düzeyi ölçeği(LEE) (EK I)**

Ölçek hastalara uygulanmaktadır. Hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal durumu anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzere Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilmiş olan bir öz değerlendirme aracıdır. Maddeler doğru yanlış biçiminde, anahtar akraba konumunda olan kişi ile son 3 ay içindeki ilişkiler göz önüne alınarak işaretlenmektedir. Toplam 60 madde içerir. On beşer maddelik aşırı müdahalecilik 'İ' (intrusiveness), aşırı tepkisellik 'E' (emotional response), hastalığa karşı olumsuz tutumlar 'A' (attitude toward illness), hoşgörüsüzlük ve yüksek beklenti 'T' (tolerance/expectation) alt ölçeklerinden oluşmuştur. Alt ölçek puanları 0-15, toplam puan 0-60 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması Berksun (1992) tarafından yapılmıştır (107,112). Puanlar ne kadar yüksekse, ailenin duygu dışavurumu o düzeyde yüksek demektir (113).

### **Duygu dışavurumu ölçeği(LE) (EK II)**

Ölçek hasta tarafından 'anahtar akraba' konumunda tanımlanan aile bireyine uygulanır. Kişiler arası ilişkilerde, hasta yakınlarının, hastasını ve kendisini algılayışına dayanan bu ölçek ilişkilerde etkileşime eşlik eden duygusal tonu nitелеmek ve ölçmek için 'expressed emotion' kuramı ve kavramlarından yola çıkarak hazırlanmış bir ölçektir. Toplam 41 madde içerir. Eleştirici oluş, düşmancıl oluş, aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcılık-müdahalecilik olmak üzere kuramsal olarak 3 alt ölçekten oluşur. Ölçekte olumlu tutumları ve hissedişleri betimleyen maddeler olmasına karşın bunların cevapları ters olarak değerlendirilmeye alındığında bu maddeler eleştirici oluş ve düşmancıl oluş grupları içine girmiştir. Bu şekilde ölçek eleştirel-düşmancıl oluş(ed) ve aşırı ilgi-koruyucu kollayıcı oluş(aikk) şeklinde iki alt ölçeğe indirgenmiştir. Bu ölçek ülkemizde Berksun ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir (112).

### **Durumluk - sürekli kaygı ölçeği (STAI-I ve STAI-II)**

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme anketidir ve yirmişer maddelik iki ölçekten oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Türkiye’de testin geçerliği ve güvenilirliği Öner N ve LeCompte A tarafından yapılmıştır. Her iki ölçeğin de cevap seçeneklerinin 1’den 4’e kadar değişiyor olmasından ve ölçeklerde 20’ser ifade bulunmasından dolayı, her ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (114).

### **Yaşam kalitesi ölçeği(SF-36) (EK V)**

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 1995 yılında geliştirilmiş (115, 116), Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117). SF-36 formu hasta tarafından da doldurulabilen toplam 36 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçek sağlıkla ilgi 8 ayrı boyutu değerlendirmektedir: Fiziksel fonksiyonellik(ff) (10 madde), fiziksel rol güçlüğü(frg) (4 madde), duygusal rol güçlüğü (3 madde) , enerji(4 madde), genel ruh sağlığı(grg) (5 madde), sosyal fonksiyon(sf) (2 madde), bedensel ağrı (ba) (2 madde), genel sağlık(gs) (6 madde).

SF-36’da maddeler sağlık durumu ile ilgili pozitifin yanı sıra negatif durumları da sorgular. Her boyut için maddelerin skorları kodlanmakta ve 0’dan (en kötü sağlık durumu) 100’e (en iyi sağlık durumu) kadar puanlanan bir skala haline dönüştürülmektedir.

### **Beck depresyon ölçeği (BD)**

Beck tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (118). Hastanın algıladığı depresif belirtileri nicel olarak değerlendiren, depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçen 21 maddelik bir

değerlendirme ölçeğidir. Her belirti maddesi dört seçenekten oluşmuştur. Bireyden, her bir maddedeki dört seçenekten kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenir. Her bir soru 0 ile 3 arasında puanlanmakta olup bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. BDÖ'de 17 ve üzeri puan alanların bir risk grubu oluşturabileceği ileri sürülmüştür (119).

### **3.3 İstatistiksel Analiz**

Çalışmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programının 18.0 versiyonuna yüklenerek değerlendirmeye tabi tutuldu.

Çalışmaya alınan gruplar LEE ve LE ölçekleri açısından ki kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. Duygu dışavurumunun yaşam kalitense etkisini değerlendirmek için lineer regresyon analizi yapıldı.



#### 4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 50 PB hastasının minimum yaşı 18, maksimum yaşı 75'di. Yaş ortalamaları 38,08( $\pm$ 13,52)'di.

Tablo 4.1. PB hastalarının yaş ortalamaları

PB	min	max	Ort	Ss
Yaş	18	75	38,08	13,52

50 major depresyon tanılı hastanın minimum yaşı 20, maksimum yaşı 69, yaş ortalamaları 40,58( $\pm$ 12.49)'di.

Tablo 4.2. Depresyon hastalarının yaş ortalamaları

Depresyon	min	max	ort	Ss
Yaş	20	69	40,58	12,49

50 kişinin alındığı sağlıklı kontrol grubunun maksimum yaşı 56, minimum yaşı 18, yaş ortalamaları 33( $\pm$ 9,73)'dü.

Tablo 4.3. Kontrol grubunun yaş ortalamaları

Kontrol	min	max	ort	Ss
Yaş	18	56	33,00	9,73

Gruplar yaş açısından karşılaştırıldığında PB ile major depresyon grubu ve PB ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Depresyon grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan yüksekti.(p : 0,01)

Tablo 4.4. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
Yaş	4,64	0,01	dep>kont

PB hastalarının 35(%70)'i kadın, 15 (%30) 'i erkekti.

Tablo 4.5. PB hastalarının cinsiyet dağılımı

	Kadın		Erkek	
PB	n	%	n	%
Cinsiyet	35	70	15	30

Depresyon hastalarının 41(%82)'i kadın, 9 (%18) 'i erkekti.

Tablo 4.6. Depresyon hastalarının cinsiyet dağılımı

	Kadın		Erkek	
Depresyon	n	%	n	%
Cinsiyet	41	82	9	18

Kontrol grubunun 36(%72)'i kadın, 14(%28) 'i erkekti.

Tablo 4.7. Kontrol grubunun cinsiyet dağılımı

	Kadın		Erkek	
Kontrol	n	%	n	%
Cinsiyet	36	72	14	28

Cinsiyet açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.(p: 0,33)

Tablo 4.8. PB, depresyon ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

	$\chi^2$	P
Cinsiyet	2,18	0,33

PB hastalarının 23(%46)'ü lise ve üniversite mezunuydu (yüksek eğitimli). 32(%64)'si ilkokul ve ortaokul mezunuydu(düşük eğitimli).

Tablo 4.9. PB hastalarının eğitim durumu

	Yüksek		Düşük	
	n	%	n	%
PB				
Eğitim Durumu	23	46	32	64

Depresyon hastalarının 22(%44)'si lise ve üniversite mezunuydu (yüksek eğitimli). 33(%66)'ü ilkokul ve ortaokul mezunuydu (düşük eğitimli).

Tablo 4.10. Depresyon hastalarının eğitim durumu

	Yüksek		Düşük	
	n	%	n	%
Depresyon				
Eğitim Durumu	22	44	33	66

Kontrol grubunun 28(%56)'i lise ve üniversite mezunuydu (yüksek eğitimli). 22(%44)'si ilkokul ve ortaokul mezunuydu(düşük eğitimli).

Tablo 4.11. Kontrol grubunun eğitim durumu

	Yüksek		Düşük	
	n	%	n	%
Kontrol				
Eğitim Durumu	28	56	22	44

Gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p:0,81)

Tablo 4.12. PB, depresyon ve kontrol grubunun eğitim durumu açısından karşılaştırılması

	$\chi^2$	P
Eğitim Durumu	2,98	0,81

PB hastalarının 34(%68)'ü evliydi. 16(%32)'si bekar veya duldu.

Tablo 4.13. PB hastalarının medeni durumu

	Evli		Diğer	
	n	%	N	%
Medeni Durum	34	68	16	32

Depresyon hastalarının 41(%82)'i evliydi. 9(%18)'u bekar veya duldu.

Tablo 4.14. depresyon hastalarının medeni durumu

	Evli		Diğer	
	n	%	N	%
Medeni Durum	41	82	9	18

Kontrol grubunun 41(%82)'i evliydi. 9(%18)'u bekar veya duldu.

Tablo 4.15. kontrol grubunun medeni durumu

	Evli		Diğer	
	n	%	N	%
Medeni Durum	41	82	9	18

Medeni durum açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. (p: 0,33)

Tablo 4.16. PB, depresyon ve kontrol grubunun medeni durum açısından karşılaştırılması

	$\chi^2$	p
Medeni Durum	4,53	0,33

PB hastalarının 44(%88)'ü kentte(ilçe ve şehir), 6(%12)'si kırsal bölgede (köy ve kasaba) yaşıyordu.

Tablo 4.17. PB hastalarının yaşadığı yer

	Kent		Kırsal	
	n	%	n	%
Yaşadığı Yer	44	88	6	12

Depresyon hastalarının 45(%90)'i kentte(ilçe ve şehir), 5(%10)'i kırsal bölgede (köy ve kasaba) yaşıyordu.

Tablo 4.18. Depresyon hastalarının yaşadığı yer

	Kent		Kırsal	
	n	%	n	%
Yaşadığı Yer	45	90	5	10

Kontrol grubunun 47(%94)'si kentte(ilçe ve şehir), 3(%6)'ü kırsal bölgede (köy ve kasaba) yaşıyordu.

Tablo 4.19. Kontrol grubunun yaşadığı yer

	Kent		Kırsal	
	n	%	n	%
Yaşadığı yer	47	94	3	6

Yaşadığı yer açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p: 0,28)

Tablo 4.20. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşadığı yer açısından karşılaştırılması

	$\chi^2$	P
Yaşadığı yer	7,4	0,28

PB hastalarının 12(%24)'si yüksek gelir düzeyindeyken(2500tl ve üzeri), 38(%76)'i düşük gelir düzeyine(2500 tl altı) sahipti.

Tablo 4.21. PB hastalarının gelir düzeyi

	Yüksek		Düşük	
	n	%	n	%
PB	12	24	38	76

Depresyon hastalarının 9(%18)'u yüksek gelir düzeyindeyken, 41(%82)'i düşük gelir düzeyine sahipti.

Tablo 4.22. Depresyon hastalarının gelir düzeyi

	Yüksek		Düşük	
	n	%	n	%
Depresyon	9	18	41	82

Kontrol grubunun 16(%32)'sı yüksek gelir düzeyindeyken, 34(%68)'ü düşük gelir düzeyine sahipti.

Tablo 4.23. Kontrol grubunun gelir düzeyi

	Yüksek		Düşük	
	n	%	n	%
Kontrol	16	32	34	68

Gelir düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.(P: 0,69)

Tablo 4.24. PB, depresyon ve kontrol grubunun gelir düzeyi açısından karşılaştırılması

	$\chi^2$	p
Gelir Düzeyi	3,83	0,69

PB hastalarının 28(%56)'inin anahtar akrabası eşiyken, 22(%44)'sinin anahtar akrabası diğer akrabalarından oluşuyordu.

Tablo 4.25. PB hastalarının anahtar akrabaları

	Eş		Diğer	
	n	%	N	%
PB				
Anahtar akraba	28	56	22	44

Depresyon hastalarının 36(%72)'sının anahtar akrabası eşiyken, 14(%28)'ünün anahtar akrabası diğer akrabalarından oluşuyordu.

Tablo 4.26. Depresyon hastalarının anahtar akrabaları

	Eş		Diğer	
	n	%	N	%
Depresyon				
Anahtar akraba	36	72	14	28

Kontrol grubundaki kişilerin 36(%72)'sının anahtar akrabası eşiyken, 14(%28)'ünün anahtar akrabası diğer akrabalarından oluşuyordu.

Tablo 4.27. Kontrol grubunun anahtar akrabaları

	Eş		Diğer	
	n	%	N	%
Kontrol				
Anahtar akraba	36	72	14	28

Gruplar arasında anahtar akrabanın yakınlık derecesi açısından anlamlı bir fark saptanmadı.(p: 0,3)

Tablo 4.28. PB, depresyon ve kontrol grubunun anahtar akraba açısından karşılaştırılması

	$\chi^2$	p
Yakınının Derecesi	11,68	0,3

PB hastalarının anahtar akrabalarının 25(%50)'i kadın, 25(%50)'i erkekti.

Tablo 4.29. PB hastalarının anahtar akrabalarının cinsiyeti

	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
PB				
Akrabanın Cinsiyeti	25	50	25	50

Depresyon hastalarının anahtar akrabalarının 34(%68)'ü kadın, 16(%32)'si erkekti.

Tablo 4.30. Depresyon hastalarının anahtar akrabalarının cinsiyeti

	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Depresyon				
Akrabanın Cinsiyeti	34	68	16	32

Kontrol grubunun anahtar akrabalarının 28(%56)'i kadın, 22(%44)'si erkekti.

Tablo 4.31. Kontrol grubunun anahtar akrabalarının cinsiyeti

	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Kontrol				
Akrabanın Cinsiyeti	28	56	22	44

Gruplar arasında anahtar akrabanın yakınlık derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p: 0,19)



Tablo 4.32. PB, depresyon ve kontrol grubunun anahtar akrabalarının cinsiyeti açısından karşılaştırılması

	$\chi^2$	p
Akrabanın Cinsiyeti	3,44	0,19

PB hastalarında LEE ölçeği puanı minimum 1, maksimum 44, ortalama 16.3( $\pm$ 10,68)'dü.

Tablo 4.33. PB hastalarının LEE ölçek puanları

PB	Min	max	ort	Ss
LEE	1	44	16,30	10,68

Depresyon hastalarında LEE ölçeği puanı minimum 0, maksimum 43, ortalama 16.64( $\pm$  11,43)'dü.

Tablo 4.34. Depresyon hastalarının LEE ölçek puanları

Depresyon	Min	max	ort	Ss
LEE	0	43	16,64	11,43

Kontrol grubu LEE ölçeği puanı minimum 2, maksimum 45, ortalama 12,88( $\pm$  8,57)'di.

Tablo 4.35. Kontrol grubunun LEE ölçek puanları

Kontrol	Min	max	ort	Ss
LEE	2	45	12,88	8,57

Gruplar arasında LEE puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p:0,13)

Tablo 4.36. PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
LEE	2,03	0,13	–

PB hastalarında LEE\_i alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 12, ortalama 6.1( $\pm$ 3,35)'di.

Tablo 4.37. PB hastalarının LEE\_i ölçek puanları

PB	Min	max	ort	Ss
LEE_i	0	12	6,1	3,35

Depresyon hastalarında LEE\_i alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 13, ortalama 3,7( $\pm$  3,7)'ydi.

Tablo 4.38. Depresyon hastalarının LEE\_i ölçek puanları

Depresyon	Min	max	ort	Ss
LEE_i	0	13	5,42	3,7

Kontrol grubu LEE\_i alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 12, ortalama 5( $\pm$  3,13)'di.

Tablo 4.39. Kontrol grubunun LEE\_i ölçek puanları

kontrol	Min	max	ort	Ss
LEE_i	0	12	5	3,13

Gruplar arasında LEE\_i alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p: 0,27)

Tablo 4.40. PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE\_i ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
LEE_i	1,32	0,27	–

PB hastalarında LEE\_e alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 12, ortalama 3,98( $\pm$ 3,23)'di.

Tablo 4.41. PB hastalarının LEE\_e ölçek puanları

PB	Min	max	ort	Ss
LEE_e	0	12	3,98	3,23

Depresyon hastalarında LEE\_e alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 13, ortalama 4,58 ( $\pm$  3,6)'ydi.

Tablo 4.42. Depresyon hastalarının LEE\_e ölçek puanları

Depresyon	min	max	ort	Ss
LEE_e	0	13	4,58	3,6

Kontrol grubu LEE\_e alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 12, ortalama 3,48( $\pm$  2,83)'di.

Tablo 4.43. Kontrol grubunun LEE\_e ölçek puanları

Kontrol	Min	max	ort	Ss
LEE_e	0	12	3,48	2,83

Gruplar arasında LEE\_e alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.(p:0,23)

Tablo 4.44. PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE\_e ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
LEE_e	1,44	0,23	–

PB hastalarında LEE\_a alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 13, ortalama 2,62( $\pm$ 2,96)'ydi.

Tablo 4.45. PB hastalarının LEE\_a ölçek puanları

PB	min	max	ort	Ss
LEE_a	0	13	2,62	2,96

Depresyon hastalarında LEE\_a alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 12, ortalama 3,48 ( $\pm$  3,58)'di.

Tablo 4.46. Depresyon hastalarının LEE\_a ölçek puanları

Depresyon	min	max	ort	Ss
LEE_a	0	12	3,48	3,58

Kontrol grubu LEE\_a alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 12, ortalama 1,96( $\pm$  2,40)'ydi.

Tablo 4.47. Kontrol grubunun LEE\_a ölçek puanları

Kontrol	min	max	ort	Ss
LEE_a	0	12	1,96	2,40

LEE\_a alt ölçek puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında PB ile major depresyon grubu ve PB ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Depresyon grubunun LEE\_a alt ölçek puan ortalaması kontrol grubundan yüksekti. (p:0,04)

Tablo 4.48. PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE\_a ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
LEE_a	3,17	0,04	dep>kont

PB hastalarında LEE\_t alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 13, ortalama 3,60( $\pm$ 3,69)'dı.

Tablo 4.49. PB hastalarının LEE\_t ölçek puanları

PB	Min	max	ort	ss
LEE_t	0	13	3,60	3,69

Depresyon hastalarında LEE\_t alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 12, ortalama 3,16 ( $\pm$  3,35)'ydı.

Tablo 4.50. Depresyon hastalarının LEE\_t ölçek puanları

Depresyon	min	max	ort	ss
LEE_t	0	12	3,16	3,35

Kontrol grubu LEE\_t alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 13, ortalama 2,44( $\pm$  2,68)'dü.

Tablo 4.51. Kontrol grubunun LEE\_t ölçek puanları

Kontrol	min	max	ort	ss
LEE_t	0	13	2,44	2,68

Gruplar arasında LEE\_e alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p:0,20)

Tablo 4.52. PB, depresyon ve kontrol grubunun LEE\_t ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
LEE_t	1,60	0,20	–

PB grubunda EE ölçeği puanı minimum 6, maksimum 23, ortalama 14,86( $\pm 4$ )'ydi.

Tablo 4.53. PB hastalarının LE ölçek puanları

PB	min	max	ort	ss
EE	6	23	14,86	4

Depresyon grubunda EE ölçeği puanı minimum 7, maksimum 26, ortalama 15,06 ( $\pm 4,01$ )'ydi.

Tablo 4.54. Depresyon hastalarının EE ölçek puanları

Depresyon	min	max	ort	ss
EE	7	26	15,06	4,01

Kontrol grubu EE ölçeği puanı minimum 5, maksimum 23, ortalama 13,32( $\pm 4,41$ )'ydi.

Tablo 4.55. Kontrol grubunun EE ölçek puanları

Kontrol	Min	max	ort	ss
EE	5	23	13,32	4,41

Gruplar arasında EE ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.(p:0,07)

Tablo 4.56. PB, depresyon ve kontrol grubunun EE ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
EE	2,63	0,07	–

PB grubunda EE\_ed alt ölçeği puanı minimum 2, maksimum 16, ortalama 7,98( $\pm$ 3,13)'di.

Tablo 4.57. PB hastalarının EE\_ed ölçek puanları

PB	Min	max	ort	ss
EE_ed	2	16	7,98	3,13

Depresyon grubunda EE\_ed alt ölçeği puanı minimum 2, maksimum 18, ortalama 8,36 ( $\pm$  3,19)'ydı.

Tablo 4.58. Depresyon hastalarının EE\_ed ölçek puanları

Depresyon	min	max	ort	ss
EE_ed	2	18	8,36	3,19

Kontrol grubu EE\_ed alt ölçeği puanı minimum 3, maksimum 15, ortalama 7,36( $\pm$  2,79)'du.

Tablo 4.59. Kontrol grubunun EE\_ed ölçek puanları

Kontrol	min	max	ort	ss
EE_ed	3	15	7,36	2,79

Gruplar arasında EE\_ed alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. (P: 0,25)

Tablo 4.60. PB, depresyon ve kontrol grubunun EE\_ed ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	P	posthoc
EE_ed	1,37	0,25	–

PB grubunda EE\_aikk alt ölçeği puanı minimum 1, maksimum 11, ortalama 6,88( $\pm 2,52$ )’di.

Tablo 4.61. PB hastalarının EE\_aikk ölçek puanları

PB	Min	max	ort	ss
EE_aikk	1	11	6,88	2,52

Depresyon grubunda EE\_aikk alt ölçeği puanı minimum 1, maksimum 11, ortalama 6,70 ( $\pm 3$ )’di.

Tablo 4.62. Depresyon hastalarının EE\_aikk ölçek puanları

Depresyon	min	max	ort	Ss
EE_aikk	1	11	6,70	3

Kontrol grubu EE\_aikk alt ölçeği puanı minimum 1, maksimum 12, ortalama 5,96( $\pm 2,97$ )’du.

Tablo 4.63. Kontrol grubunun EE\_aikk ölçek puanları

Kontrol	Min	max	ort	ss
EE_aikk	1	12	5,96	2,97

Gruplar arasında EE\_aikk alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.(p: 0,23)



Tablo 4.64. PB, depresyon ve kontrol grubunun EE\_aikk ölçek puanlarının karşılaştırılması

	F	P	posthoc
EE_aikk	1,47	0,23	–

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı minimum 10, maksimum 100, ortalama 75,40( $\pm$ 25,53)'di.

Tablo 4.65. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı

PB	Min	Max	ort	Ss
Ff	10	100	75,40	25,53

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı minimum 15, maksimum 100, ortalama 70,20( $\pm$  21,52)'ydi.

Tablo 4.66. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı

Depresyon	min	max	ort	ss
Ff	15	100	70,20	21,52

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı minimum 10, maksimum 100, ortalama 75,50( $\pm$  19,14)'ydi.

Tablo 4.67. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı

Kontrol	min	Max	ort	ss
Ff	10	100	75,50	19,14

Gruplar arasında yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p:0,39)

Tablo 4.68. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
ff	0,93	0,39	–

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 50, ortalama 30,75( $\pm$ 18,24)'di.

Tablo 4.69. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanı

PB	Min	max	ort	Ss
frg	0	50	30,75	18,24

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 50, ortalama 25,25( $\pm$  18,64)'di.

Tablo 4.70. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanı

Depresyon	min	max	ort	ss
frg	0	50	25,25	18,64

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 50, ortalama 35,50( $\pm$  19,50)'ydi.

Tablo 4.71. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanı

Kontrol	Min	max	ort	ss
frg	0	50	35,50	19,50

Fiziksel rol güclüğü alt ölçek puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında PB ile major depresyon grubu ve PB ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanı depresyon hastalarının puanından yüksekti. (p:0,02)

Tablo 4.72. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güclüğü alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	P	Posthoc
Frg	3,74	0,02	Kontrol>dep

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güclüğü alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 50, ortalama 30,75( $\pm$ 18,24)'di.

Tablo 4.73. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güclüğü alt ölçeği puanı

PB	Min	max	ort	ss
drg	0	50	30,00	18,44

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güclüğü alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 50, ortalama 25,25( $\pm$  18,64)'di.

Tablo 4.74. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güclüğü alt ölçeği puanı

Depresyon	Min	max	ort	ss
Drg	0	50	23,66	17,84

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güclüğü alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 50, ortalama 35,50( $\pm$  19,50)'ydi.

Tablo 4.75. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güclüğü alt ölçeği puanı

Kontrol	min	max	ort	ss
drg	0	50	28,33	18,51

Gruplar arasında yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güclüğü alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p:0,20)

Tablo 4.76. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal rol güçlüğü alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
drg	1,61	0,20	–

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı minimum 10, maksimum 90, ortalama 56,40( $\pm 19,73$ )’dı.

Tablo 4.77. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı

PB	Min	max	ort	Ss
Enerji	10	90	56,40	19,73

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı minimum 5, maksimum 75, ortalama 23,66( $\pm 17,84$ )’ydı.

Tablo 4.78. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı

Depresyon	min	max	Ort	Ss
Enerji	5	75	23,66	17,84

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı minimum 15, maksimum 85, ortalama 28,33( $\pm 18,51$ )’dü.

Tablo 4.79. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanı

Kontrol	min	max	ort	ss
Enerji	15	85	28,33	18,51

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanları depresyon hastalarının puanından anlamlı olarak daha düşüktü.

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanları kontrol grubunun puanından anlamlı olarak daha düşüktü. ( $p < 0,001$ )

Tablo 4.80. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin enerji alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
Enerji	12,18	<0.001	Kont>dep>pb

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı minimum 24, maksimum 96, ortalama  $65,60(\pm 17,35)$ ' dı.

Tablo 4.81. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı

PB	min	max	ort	ss
grs	24	96	65,60	17,35

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı minimum 12, maksimum 88, ortalama  $54,08(\pm 17,83)$ ' di.

Tablo 4.82. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı

Depresyon	min	max	ort	Ss
grs	12	88	54,08	17,83

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı minimum 15, maksimum 85, ortalama  $70,32(\pm 14,72)$ ' ydi.

Tablo 4.83. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanı

Kontrol	Min	max	ort	ss
grs	24	92	70,32	14,72

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanları depresyon hastalarının puanından anlamlı olarak daha yüksekti.

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanları kontrol grubunun puanından anlamlı olarak daha düşüktü. ( $P < 0,001$ )

Tablo 4.84. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel ruh sağlığı alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	p	Posthoc
grs	12,52	<0.001	Kont>pb>dep

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 100, ortalama 62,50( $\pm 30,30$ )'ydi.

Tablo 4.85. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı

PB	min	max	ort	Ss
sf	0	100	62,50	30,30

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 100, ortalama 51,75( $\pm 25,12$ )'di.

Tablo 4.86. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı

Depresyon	min	max	Ort	Ss
sf	0	100	51,75	25,12

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 100, ortalama 63,50( $\pm$  23,26)'ydi.

Tablo 4.87. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı

Kontrol	min	max	Ort	Ss
Sf	0	100	63,50	23,26

Gruplar arasında yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p:0,05)

Tablo 4.88. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
Sf	3,04	0,05	–

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 100, ortalama 70,95( $\pm$ 24,89)'di.

Tablo 4.89. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı

PB	Min	max	Ort	ss
Ba	0	100	70,95	24,89

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 100, ortalama 57,55( $\pm$  25,88)'di.



Tablo 4.90. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı

Depresyon	min	max	Ort	ss
Ba	0	100	57,55	25,88

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı minimum 22,50, maksimum 100, ortalama 71,80( $\pm$  5,29)'di.

Tablo 4.91. Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanı

Kontrol	min	max	Ort	Ss
ba	22,50	100	71,80	5,29

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanları depresyon hastalarının puanından anlamlı olarak daha yüksekti. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanları kontrol grubunun puanından anlamlı olarak daha düşüktü.(p: 0,006)

Tablo 4.92. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel ağrı alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
ba	21,80	0,006	Kont>pb>dep

PB hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı minimum 5, maksimum 100, ortalama 57,40( $\pm$ 27,90)'dı.

Tablo 4.93. PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı

PB	min	max	ort	Ss
gs	5	100	57,40	27,90

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı minimum 0, maksimum 95, ortalama 50,20( $\pm$  20,45)'ydi.

Tablo 4.94. Depresyon hastalarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı

Depresyon	Min	max	ort	ss
Gs	0	95	50,20	20,45

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı minimum 25, maksimum 95, ortalama 63( $\pm$  16,16)'dü.

Tablo 4.95. Kontrol grubu yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanı

Kontrol	min	max	ort	Ss
gs	25	95	63	16,16

Gruplar yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği açısından karşılaştırıldığında PB ile major depresyon grubu ve PB ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Kontrol grubunun puanı depresyon hastalarının puanından anlamlı olarak yüksekti. ( $p$ :0,006)

Tablo 4.96. PB, depresyon ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık alt ölçeği puanının karşılaştırılması

	F	p	posthoc
gs	5,32	0,006	Kont>dep

Tablo 4.97. PB depresyon ve kontrol grubunun yaş ve ölçek puanları açısından karşılaştırılması

Değişken	Panik Bozukluk		Depresyon		Kontrol		F	P	Posthoc
	M	SD	M	SD	M	SD			
Yaş	38,08	13,52	40,58	12,49	33,00	9,73	4,64	0,01	dep>kontrol
LEE	16,30	10,68	16,64	11,43	12,88	8,57	2,03	0,13	_
LEE_i	6,10	3,35	5,42	3,70	5,00	3,13	1,32	0,27	_
LEE_e	3,98	3,23	4,58	3,60	3,48	2,83	1,44	0,23	_
LEE_a	2,62	2,96	3,48	3,58	1,96	2,40	3,17	0,04	dep>kontrol
LEE_t	3,60	3,69	3,16	3,35	2,44	2,68	1,60	0,20	_
LE	14,86	4,00	15,06	4,01	13,32	4,41	2,63	0,07	_
LE_ed	7,98	3,13	8,36	3,19	7,36	2,79	1,37	0,25	_
LE_aikk	6,88	2,52	6,70	3,00	5,96	2,97	1,47	0,23	_
FF	75,40	25,53	70,20	21,52	75,50	19,14	0,93	0,39	_
FRG	30,75	18,24	25,25	18,64	35,50	19,50	3,74	0,02	kontrol>dep
DRG	30,00	18,44	23,66	17,84	28,33	18,51	1,61	0,20	_
E	56,40	19,73	37,50	19,49	55,70	17,58	12,18	0	kontrol>dep>pb
GRS	65,60	17,35	54,08	17,83	70,32	14,72	12,52	0	kontrol>pb>dep
SF	62,50	30,30	51,75	25,12	63,50	23,26	3,04	0,05	_
BA	70,95	24,89	57,55	25,88	71,50	21,80	5,29	0,006	kontrol>pb>dep
GS	57,40	27,90	50,20	20,45	63,00	16,16	5,32	0,006	Kontrol>dep

Tablo 4.98. PB depresyon ve kontrol grubunun sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması

Değişken	Panik Bozukluk		Depresyon		Kontrol		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
Cinsiyet, Kadın	35	70	41	82	36	72	2,18	0,33
Eğitim durumu, yüksek	23	46	22	44	28	56	2,98	0,81
Medeni durum, evli	34	68	41	82	41	82	4,53	0,33
Yaşadığı yer, kent	44	88	45	90	47	94	7,4	0,28
Gelir durumu, yüksek	12	24	9	18	16	32	3,83	0,69
Yakınının derecesi, eş	28	56	36	72	36	72	11,68	0,3
Yakınının cinsiyeti, kadın	25	50	34	68	28	56	3,44	0,19

PB hastalarının LEE ölçek puanının; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, gelir durumu, yakınının derecesi, yakınının cinsiyeti, STAI-1 ve STAI-2 ölçek puanları değişkenleriyle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı.

(F(df:10): 3,7) Değişkenler içerisinde LEE ölçek puanıyla STAI-1 ölçek puanı arasında doğrusal bir ilişki olduğu saptandı. ( $\beta$ :0,4,  $p$ :0,009)

Tablo 4.99. LEE puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
(Constant)	7,693	15,791		,487	,629
Yaş	,100	,159	,126	,626	,535
Cinsiyet	-,837	3,247	-,036	-,258	,798
Eğitim durumu	-4,599	4,147	-,217	-1,109	,274
Medeni durum	-13,909	7,491	-,614	-1,857	,071
Yaşadığı yer	-4,052	4,324	-,125	-,937	,354
Gelir durumu	-2,533	3,529	-,102	-,718	,477
Yakının derecesi	5,981	5,077	,281	1,178	,246
Yakınının cinsiyeti	1,080	2,907	,051	,372	,712
STAI-1	,414	,151	,400	2,738	,009
STAI-2	,304	,163	,279	1,868	,069
$R^2$	0,48				
Adj $R^2$	0,35				
$SE$	8,57				
$df$	10				
$F$	3,7				

LEE\_i alt ölçek puanıyla bahsi geçen değişkenlerin ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizinin anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.100. LEE\_i puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	7,309	6,610		1,106	,276
Yaş	,040	,067	,161	,604	,549
Cinsiyet	-,360	1,359	-,049	-,265	,793
Eğitim durumu	-1,407	1,736	-,210	-,811	,422
Medeni durum	-,383	3,136	-,053	-,122	,903
Yaşadığı yer	,101	1,810	,010	,056	,956
Gelir durumu	-,723	1,477	-,092	-,489	,627
Yakınının derecesi	-,669	2,125	-,099	-,315	,755
Yakınının cinsiyeti	-,592	1,217	-,088	-,487	,629
STAI-1	,063	,063	,191	,989	,329
STAI-2	,022	,068	,063	,320	,751
$R^2$	0,1				
Adj $R^2$	-0,12				
SE	3,59				
Df	10				
F	0,44				

LEE\_e alt ölçek puanıyla bahsi geçen değişkenlerin ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı. (F(df:10): 2,28) STAI-1 ölçek puanı ile LEE\_e alt ölçek puanı arasında doğrusal bir ilişki vardı. ( $\beta$ :0,379,  $p<0,02$ )

Tablo 4.101. LEE\_e puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	,576	5,303		,109	,914
Yaş	,040	,053	,166	,742	,463
Cinsiyet	-,502	1,090	-,072	-,460	,648
Eğitim durumu	-,533	1,392	-,083	-,383	,704
Medeni durum	-1,879	2,515	-,274	-,747	,460
Yaşadığı yer	-,822	1,452	-,083	-,566	,575
Gelir durumu	-1,006	1,185	-,134	-,849	,401
Yakınının derecesi	,415	1,705	,064	,243	,809
Yakınının cinsiyeti	,130	,976	,020	,133	,895
STAI-1	,119	,051	,379	2,344	,024
STAI-2	,068	,055	,206	1,247	,220
$R^2$	0,36				
Adj $R^2$	0,2				
SE	2,88				
Df	10				
F	2,28				

LEE\_a alt ölçek puanıyla bahsi geçen değişkenlerin ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı. (F(df:10): 3,43) Bekar veya dul olanların evli olanlara göre ölçek puanları daha yüksekti. (  $\beta$ :-0,849, p:0,01) STAI-2 ölçek puanı ile LEE\_a alt ölçek puanı arasında doğrusal bir ilişki vardı. (  $\beta$ :0,439, p:0,006)

Tablo 4.102. LEE\_a puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	-,681	4,466		-,153	,880
Yaş	,002	,045	,009	,043	,966
Cinsiyet	,304	,918	,047	,330	,743
Eğitim durumu	-,617	1,173	-,105	-,526	,602
Medeni durum	-5,348	2,119	-,849	-2,524	,016
Yaşadığı yer	-1,150	1,223	-,127	-,940	,353
Gelir durumu	-,345	,998	-,050	-,345	,732
Yakınının derecesi	2,712	1,436	,458	1,889	,066
Yakınınının cinsiyeti	,409	,822	,070	,498	,621
STAI-1	,051	,043	,178	1,195	,239
STAI-2	,133	,046	,439	2,889	,006
$R^2$	0,46				
Adj $R^2$	0,33				
SE	2,42				
df	10				
F	3,43				

LEE\_t alt ölçek puanıyla bahsi geçen değişkenlerin ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı. (F(df:10): 5,36) Bekar veya dul olanların evli olanlara göre ölçek puanları daha yüksekti. (  $\beta$ :-0,804, p:0,01) Anahtar akrabası eşi olanların ölçek puanları diğer akrabalara göre yüksekti. (  $\beta$ :0,479, p:0,03), STAI-1 ölçek puanı ile LEE\_t alt ölçek puanı arasında doğrusal bir ilişki vardı. ( $\beta$ :0,507, p<0,001)



Tablo 4.103. LEE\_t puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	,490	4,945		,099	,922
Yaş	,018	,050	,065	,358	,722
Cinsiyet	-,279	1,017	-,035	-,274	,785
Eğitim durumu	-2,041	1,298	-,278	-1,572	,124
Medeni durum	-6,299	2,346	-,804	-2,685	,011
Yaşadığı yer	-2,181	1,354	-,194	-1,611	,115
Gelir durumu	-,460	1,105	-,054	-,416	,679
Yakının derecesi	3,524	1,590	,479	2,217	,033
Yakınının cinsiyeti	1,133	,910	,155	1,245	,221
STAI-1	,181	,047	,507	3,830	<0,001
STAI-2	,081	,051	,215	1,591	,120
$R^2$	0,57				
Adj $R^2$	0,47				
$SE$	2,68				
$Df$	10				
$F$	5,36				

EE ölçek puanıyla bahsi geçen değişkenlerin ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizinin anlamlı olmadığı görüldü.

Tablo 4.104. EE puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	11,879	6,748		1,760	,086
Yaş	,044	,068	,150	,653	,518
Cinsiyet	,679	1,388	,079	,489	,627
Eğitim durumu	,278	1,772	,035	,157	,876
Medeni durum	3,509	3,201	,413	1,096	,280
Yaşadığı yer	2,364	1,848	,194	1,279	,208
Gelir durumu	-1,676	1,508	-,181	-1,111	,273
Yakının derecesi	-5,629	2,169	-,705	-2,595	,013
Yakınının cinsiyeti	-,158	1,242	-,020	-,127	,899
STAI-1	-,091	,065	-,234	-1,406	,168
STAI-2	,158	,070	,386	2,273	,029
$R^2$	0,33				
Adj $R^2$	0,16				
SE	3,66				
Df	10				
F	1,95				

LE\_ed alt ölçek puanıyla bahsi geçen değişkenlerin ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizinin anlamlı olmadığı görüldü.

Tablo 4.105. EE\_ed puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	2,951	5,485		,538	,594
Yaş	,043	,055	,187	,783	,438
Cinsiyet	1,347	1,128	,199	1,194	,240
Eğitim durumu	,026	1,440	,004	,018	,986
Medeni durum	-1,246	2,602	-,187	-,479	,635
Yaşadığı yer	1,341	1,502	,140	,893	,378
Gelir durumu	-2,396	1,226	-,330	-1,955	,058
Yakının derecesi	,152	1,763	,024	,086	,932
Yakınının cinsiyeti	1,024	1,010	,165	1,014	,317
STAI-1	-,062	,053	-,204	-1,180	,245
STAI-2	,139	,057	,434	2,460	,018
$R^2$	0,28				
Adj $R^2$	0,09				
$SE$	2,97				
$Df$	10				
$F$	1,52				

LE\_aikk alt ölçek puanıyla bahsi geçen değişkenlerin ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı. (F(df:10): 3,87) Evli olanların bekar veya dul olanlara göre ölçek puanları daha yüksekti. ( $\beta$ : 0,889 , p: 0,01) Anahtar akrabası eşi olanların ölçek puanları diğer akrabalara göre düşüktü( $\beta$ : -1,150 , p<0,001),

Tablo 4.106. EE\_aikk puanını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	8,927	3,684		2,423	,020
Yaş	,001	,037	,006	,029	,977
Cinsiyet	-,668	,758	-,123	-,882	,383
Eğitim durumu	,252	,967	,050	,261	,795
Medeni durum	4,755	1,748	,889	2,721	,010
Yaşadığı yer	1,023	1,009	,133	1,014	,317
Gelir durumu	,721	,823	,123	,875	,387
Yakının derecesi	-5,781	1,184	-1,150	-4,881	<0,001
Yakınının cinsiyeti	-1,182	,678	-,237	-1,743	,089
STAI-1	-,029	,035	-,118	-,818	,419
STAI-2	,019	,038	,074	,500	,620
$R^2$	0,49				
Adj $R^2$	0,37				
$SE$	2				
$Df$	10				
$F$	3,87				

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeği, ff alt ölçek puanının; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, gelir durumu, yakınının derecesi, yakınının cinsiyeti, LEE ölçek puanı, LE ölçek puanı, STAI-1 ve STAI-2 ölçek puanları değişkenleriyle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı.

(F(df:12): 2,03) Değişkenler içerisinde ff alt ölçek puanıyla STAI-2 ölçek puanı arasında ters bir ilişki olduğu saptandı. ( $\beta$ :-0,552, p:0,004)

Tablo 4.107. Fiziksel fonksiyonelliği etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
(Constant)	72,523	43,629		1,662	,105
Yaş	,270	,426	,143	,635	,530
Cinsiyet	-1,736	8,682	-,031	-,200	,843
Eğitim durumu	2,903	11,239	,057	,258	,798
Medeni durum	39,241	21,539	,724	1,822	,077
Yaşadığı yer	-4,135	12,023	-,053	-,344	,733
Gelir durumu	-8,916	9,548	-,151	-,934	,356
Yakınının derecesi	-18,613	15,313	-,366	-1,216	,232
Yakınının cinsiyeti	14,897	7,750	,295	1,922	,062
LEE	-,404	,449	-,169	-,899	,375
LE	,429	1,051	,067	,408	,685
STAI 1	,826	,465	,334	1,775	,084
STAI 2	-1,441	,468	-,552	-3,077	,004
$R^2$	0,398				
$Adj R^2$	0,202				
$SE$	22,8				
$Df$	12				
$F$	2,035				

PB hastalarının yaşam kalitesi oleği, frg alt olek puanının; bahsi geçen değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlı değildi.

Tablo 4.108. Fiziksel rol güçlüğünü etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
(Constant)	-9,913	31,386		-0,316	0,754
Yaş	0,639	0,307	0,474	2,084	0,044
Cinsiyet	1,819	6,246	0,046	0,291	0,773
Eğitim durumu	3,374	8,085	0,093	0,417	0,679
Medeni durum	22,791	15,495	0,589	1,471	0,15
Yaşadığı yer	5,649	8,649	0,102	0,653	0,518
Gelir durumu	-1,73	6,869	-0,041	-0,252	0,802
Yakının derecesi	-3,611	11,016	-0,099	-0,328	0,745
Yakınının cinsiyeti	8,381	5,575	0,232	1,503	0,141
LEE	-0,308	0,323	-0,181	-0,955	0,346
LE	0,62	0,756	0,136	0,82	0,417
STAI 1	0,015	0,335	0,009	0,045	0,964
STAI 2	-0,779	0,337	-0,418	-2,313	0,026
$R^2$	0,39				
Adj $R^2$	0,192				
$SE$	16,4				
$df$	12				
$F$	1,968				

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeği, drg alt ölçek puanının; bahsi geçen değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı.

(F(df:12): 2,13) Değişkenler içerisinde drg alt ölçek puanıyla; yaş arasında doğrusal bir ilişki olduğu (  $\beta$ :0,553, p:0,02) , STAI-2 ölçek puanıyla ters bir ilişki olduğu saptandı.(  $\beta$ :-0,379, p:0,04)

Tablo 4.109. Duygusal rol güçlüğünü etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
(Constant)	18,769	31,203		0,602	0,551
Yaş	0,713	0,305	0,523	2,34	0,025
Cinsiyet	-3,572	6,21	-0,09	-0,575	0,569
Eğitim durumu	-2,669	8,038	-0,073	-0,332	0,742
Medeni durum	13,612	15,405	0,348	0,884	0,383
Yaşadığı yer	0,458	8,599	0,008	0,053	0,958
Gelir durumu	3,933	6,829	0,092	0,576	0,568
Yakınının derecesi	-4,76	10,952	-0,129	-0,435	0,666
Yakınının cinsiyeti	6,38	5,543	0,175	1,151	0,257
LEE	-0,436	0,321	-0,252	-1,357	0,183
LE	0,045	0,751	0,01	0,06	0,952
STAI 1	0,125	0,333	0,07	0,377	0,709
STAI 2	-0,714	0,335	-0,379	-2,131	0,04
$R^2$	0,409				
Adj $R^2$	0,218				
$SE$	16,31				
$df$	12				
$F$	2,137				

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeği, enerji alt ölçek puanının; bahsi geçen değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı. (F(df:12): 4,02) Değişkenler içerisinde enerji alt ölçek puanıyla **STAI-2 ölçek puanıyla ters bir ilişki olduğu saptandı.**(  $\beta$ :-0,507, p:0,002)

Tablo 4.110. Enerji alt ölçeğini etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	107,202	28,626		3,745	,001
Yaş	,361	,280	,248	1,292	,204
Cinsiyet	-1,262	5,697	-,030	-,222	,826
Eğitim durumu	-12,581	7,374	-,321	-1,706	,096
Medeni durum	1,715	14,133	,041	,121	,904
Yaşadığı yer	,560	7,888	,009	,071	,944
Gelir durumu	5,070	6,265	,111	,809	,424
Yakının derecesi	-5,521	10,047	-,140	-,550	,586
Yakınının cinsiyeti	7,316	5,085	,187	1,439	,159
LEE	-,028	,295	-,015	-,095	,925
LE	-,650	,689	-,132	-,943	,352
STAI 1	-,159	,305	-,083	-,520	,606
STAI 2	-1,023	,307	-,507	-3,331	,002
$R^2$	0,566				
Adj $R^2$	0,425				
SE	14,96				
Df	12				
F	4,022				

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeği, grs alt ölçek puanının; bahsi geçen değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı.

(F(df:12): 5,11) Değişkenler içerisinde drg alt ölçek puanıyla, **STAI-2 ölçek puanıyla ters bir ilişki olduğu saptandı.**(  $\beta$ :-0,357, p:0,01)



Tablo 4.111. Genel ruh sağlığını etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	P
(Constant)	121,197	23,429		5,173	,000
Yaş	,380	,229	,296	1,659	,106
Cinsiyet	-2,545	4,662	-,068	-,546	,588
Eğitim durumu	-5,662	6,035	-,164	-,938	,354
Medeni durum	3,775	11,567	,103	,326	,746
Yaşadığı yer	-8,774	6,456	-,166	-1,359	,182
Gelir durumu	4,362	5,128	,108	,851	,400
Yakının derecesi	-7,867	8,223	-,227	-,957	,345
Yakınının cinsiyeti	2,001	4,162	,058	,481	,634
LEE	-,418	,241	-,257	-1,733	,092
LE	-,249	,564	-,057	-,441	,662
STAI 1	-,321	,250	-,191	-1,285	,207
STAI 2	-,632	,251	-,357	-2,514	,016
$R^2$	0,624				
Adj $R^2$	0,502				
SE	12,24				
df	12				
F	5,113				

PB hastalarının yaşam kalitesi leği, sf alt ölçek puanının; bahsi geçen değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı. (F(df:12): 4,28) Değişkenler içerisinde sf alt ölçek puanı kentte yaşayanlarda kırsal bölgede yaşayanlara göre daha düşüktü. (  $\beta$ :0,347, p:0,01) Sf puanı ile gelir durumu arasında doğrusal ( $\beta$ :0,282, p:0,04), STAI-2 lek puanı arasında ters bir ilişki ( $\beta$ :-0,632, p<0,001) olduğu saptandı.

Tablo 4.112. Sosyal fonksiyonelliği etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
(Constant)	111,947	43,171		2,593	,014
Yaş	,556	,422	,248	1,318	,196
Cinsiyet	-5,944	8,591	-,091	-,692	,493
Eğitim durumu	-5,818	11,121	-,097	-,523	,604
Medeni durum	9,343	21,314	,145	,438	,664
Yaşadığı yer	-32,068	11,897	-,347	-2,696	,011
Gelir durumu	19,818	9,448	,282	2,098	,043
Yakınının derecesi	-2,357	15,152	-,039	-,156	,877
Yakınının cinsiyeti	6,980	7,669	,116	,910	,369
LEE	-,453	,444	-,160	-1,019	,315
LE	,544	1,040	,072	,523	,604
STAI 1	,506	,461	,172	1,099	,279
STAI 2	-1,957	,463	-,632	-4,225	<0,001
$R^2$	0,581				
Adj $R^2$	0,445				
SE	22,56				
Df	12				
F	4,28				

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeği, ba alt ölçek puanının; bahsi geçen değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlı değildi.

Tablo 4.113. Bedensel ağrıyı etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	Beta	T	p
(Constant)	90,578	44,103		2,054	,047
Yaş	,542	,431	,295	1,259	,216
Cinsiyet	-2,223	8,777	-,041	-,253	,801
Eğitim durumu	1,110	11,361	,022	,098	,923
Medeni durum	24,344	21,774	,461	1,118	,271
Yaşadığı yer	- 21,371	12,153	-,282	-1,758	,087
Gelir durumu	2,391	9,652	,041	,248	,806
Yakının derecesi	-6,695	15,479	-,135	-,433	,668
Yakınının cinsiyeti	5,730	7,834	,116	,731	,469
LEE	-,088	,454	-,038	-,194	,848
LE	,508	1,062	,082	,478	,635
STAI 1	-,186	,471	-,077	-,395	,695
STAI 2	-1,050	,473	-,413	-2,218	,033
$R^2$	0,352				
Adj $R^2$	0,142				
SE	23,05				
Df	12				
F	1,677				

PB hastalarının yaşam kalitesi ölçeği, gs alt ölçek puanının; bahsi geçen değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan lineer regresyon analizi anlamlıydı. (F(df:12): 4,33) Değişkenler içerisinde gs alt ölçek puanı ile **STAI-2 ölçek puanı arasında ters bir ilişki ( $\beta$ :-0,755,  $p<0,001$ ) olduğu saptandı.**

Tablo 4.114. Genel sağlığı etkileyen değişkenler için lineer regresyon analizi

Değişkenler	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
(Constant)	106,909	31,096		3,438	,001
Yaş	,365	,304	,226	1,203	,237
Cinsiyet	-3,826	6,188	-,081	-,618	,540
Eğitim durumu	2,100	8,010	,048	,262	,795
Medeni durum	25,194	15,352	,542	1,641	,109
Yaşadığı yer	-9,644	8,569	-,145	-1,125	,268
Gelir durumu	10,203	6,805	,201	1,499	,142
Yakının derecesi	-21,140	10,914	-,484	-1,937	,060
Yakınının cinsiyeti	,115	5,524	,003	,021	,984
LEE	,447	,320	,218	1,396	,171
LE	,045	,749	,008	,061	,952
STAI 1	-,002	,332	-,001	-,006	,996
STAI 2	-1,691	,334	-,755	-5,067	<0,001
$R^2$	0,584				
Adj $R^2$	0,449				
$SE$	16,25				
$Df$	12				
$F$	4,332				

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, duygu dışavurumunun PB hastalarında demografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi, duygu dışavurumu açısından panik bozukluğu (PB), majör depresif bozukluk ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı bir fark olup olmadığının araştırılması ve PB hastalarında duygu dışavurumunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

PB hastalarında LEE ve LE ölçekleri ve bunların alt ölçeklerinin demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisine bakıldığında; STAI-1 ölçek puanı ile LEE ölçek puanı ve LEE\_e, LEE\_a alt ölçek puanları ile arasında doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ek olarak da, STAI-2 ölçek puanı ile LEE\_a alt ölçek puanı arasında doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Her ne kadar STAI ölçeği PB şiddetini değerlendirmeye yönelik bir ölçek olmaktan ziyade hastanın subjektif kaygısını değerlendiren bir ölçek olsa da; STAI ölçeğinin panik ataklarının sıklığıyla pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (120). Dolayısıyla, bizim çalışmamızda da; hastanın kaygı düzeyi arttıkça, algılanan duygu dışavurumunun da arttığı sonucuna varılabilir. Hastalık şiddeti ile duygu dışavurumu arasındaki ilişki tartışmalı bir konudur. Hastalığın şiddeti arttıkça hasta yakınlarının duygu dışavurumunun arttığını gösteren çalışmalar ve hastalık şiddeti ile hasta yakınının duygu dışavurumu arasında herhangi bir ilişki bulmayan çalışmalar bulunmaktadır. (121-123) Bu çalışma, PB'nun şiddeti ile hasta yakınının duygu dışavurumu arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda PB hastalarından bekar veya dul olanların, evli olanlara göre LEE-a ve LEE-t alt ölçek puanlarının daha yüksek; evlilerin ise bekar ve dullara göre LE\_aikk alt ölçek puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bekar veya dul olanların; yakınlarını hastalığa karşı olumsuz tutum içinde, daha hoşgörüsüz ve yüksek beklenti içinde algıladıkları anlaşılmaktadır. Ayrıca, evli olan PB hastalarının yakınlarının bekar veya dul olan hastaların yakınlarına göre daha ilgili-koruyucu-kollayıcı bir tutum içinde olduklarını ifade ettikleri görülmüştür.

Duygu dışavurumu ile ilgili alan yazında kişinin evlilik durumu ile duygu dışavurumu arasında ilişki gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak evli kişilerde sosyal desteğin bekarlara göre daha fazla olduğu iyi bilinmektedir

(124). Bekar veya dul olan kişilerin anne-babalarının hastanın evlenip evlenemeyeceği veya iş yaşamının etkilenmesiyle ilgili kaygıların bu sonuçlara katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmüştür. Bekar veya dul olanlarda, evli kişilere göre ruhsal rahatsızlıklar daha sık görülebileceği için; bizim çalışmamızda da bekar veya dul olanlar yakınlarının duygu dışavurumunu daha yüksek olarak algılamış da olabilirler.

PB hasta grubunda anahtar akrabası eşi olanların, anahtar akrabası eş dışındaki diğer yakını olanlara göre LEE\_a alt ölçek puanlarının daha yüksek, LE\_aikk alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Renshaw ve ark. larının yaptığı çalışmada; eş dışındaki akrabaların (özellikle ebeveyn) eşlere göre aşırı duygusal ilgilenme puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (125) Bu bulgu bizim çalışmamızdaki eş dışındaki akrabaların aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı alt ölçek puanlarının eş olanlara göre daha yüksek çıkmasıyla uyumlu gibi gözükmektedir. Bu bulgular eş dışındaki akrabaların çoğunluğunun anne-baba olmasından ve ebeveyn çocuk ilişkisinin eşler arası ilişkiden daha koruyucu kollayıcı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çocuklarında ruhsal bir rahatsızlık ortaya çıkan anne-babaların bu rahatsızlıktan dolayı suçluluk hislerinin olduğu ve hastalık sürecinde hasta çocuğa karşı daha koruyucu ve ilgili bir tutum içinde oldukları bildirilmiştir (126).

Çalışmamızda PB hastalarında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, yakınının cinsiyeti değişkenleri ile LEE ve LE ölçekleri ve bunların alt ölçeklerinin ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

PB ile depresyon ve PB ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanan yer, gelir durumu, anahtar akrabanın yakınlık derecesi ve anahtar akrabanın cinsiyeti açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

PB ile depresyon ve PB ile kontrol grubu arasında LEE ve LE ölçeği ve bu ölçeklerin alt ölçek puanları açısından yapılan karşılaştırmada, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Duygu dışavurumu ve ilişkili kavramlar ilk olarak ve sıklıkla şizofreni gibi aile yaşamını ve toplumsal ilişkileri olumsuz etkileyen, işlevselliği kötüleştiren, yıkımla giden bozukluklarda çalışılmıştır. Şizofreni hastalarının duygu dışavurumunun bazı alt ölçeklerinde depresyon hastalarına göre

daha yüksek puanlar aldıkları farklı çalışmalarda gösterilmiştir (127,110). PB ve depresyon, her ne kadar yaşam kalitesini bozan ve hastanın işlevselliğini olumsuz etkileyen ruhsal rahatsızlıklar olsa da; şizofreni, diğer ruhsal rahatsızlıklara göre kronik seyirin daha sık görüldüğü ve hastanın işlevselliğinin daha fazla bozulduğu bir ruhsal rahatsızlıktır (128). Ayrıca PB ve depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklarda damgalanmanın şizofreniye göre daha az olduğu bilinmektedir (129-131). Hasta yakınları ve sosyal çevrenin PB ve depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklara yaklaşımının daha az damgalayıcı olması, bu rahatsızlıklardaki duygu dışavurumunun da daha az olmasına katkıda bulunmuş olabilir (132-134).

PB ve duygu dışavurumu ilişkisine bakılan çalışmalarda duygu dışavurumunun tedaviye devamı ve tedavi sonuçlarını etkilediği saptanmıştır (125, 135-137), Peter, H ve ark. larının yaptığı çalışmada düşmancıl olmayan eleştiriler, 1 ila 2 yıllık davranışçı tedavide daha olumlu sonuçlar alınmasıyla ilişkili bulunmuştur (135). Chambless ve ark. larının yaptığı, 101 adet obsesif kompulsif bozukluk ve agorafobili PB hastasının alındığı çalışmada duygu dışavurumunun davranışçı terapi yapılan hastalarda tedavi sonucunu nasıl etkilediği incelenmiştir. Aşırı ilgili, koruyucu kollayıcı oluşun ve düşmancılığın tedaviyi bırakma oranlarındaki artışı yordadığı; düşmancılık ve algılanan eleştiriciliğin de olumsuz tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bunların aksine, düşmancıl olmayan eleştiriciliğin ise davranışçı tedavide daha olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (136). PB olan 41, obsesif-kompulsif bozukluğu olan 60 hastanın dahil edildiği ve komorbid durumların katkısı incelendiği bir çalışmada ise, komorbid depresyon ve eksen II özelliklerinden bağımsız olarak DD'nun tedavi sonucunu öngördüğü tespit edilmiştir (137). Renshaw ve ark.larının obsesif kompulsif bozukluk ve agorafobili PB tanısı olan 74 hastanın alındığı başka bir çalışmada, hastanın bulgularını hastalığına yükleyen veya hastanın sorumluluğu olarak gören yakınları duygu dışavurumu açısından karşılaştırılmış ve bulguları hastanın sorumluluğu olarak gören akrabaların, bulguları hastalığa atfeden akrabalara göre duygu dışavurumu düşmancılık puanlarının daha yüksek olduğu ve bu kişilerin davranışçı tedaviden daha az fayda gördükleri belirlenmiştir (125).

Ruhsal hastalıklara gösterilen anlayış ve destek seviyeleri, ulusal ve etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir. Yüksek duygu dışavurumu tüm ülkelerde

ve kùltürlerde bulunabilmesine rağmen, gelişmekte olan ÷lkelerde ve daha geleneksel toplumlarda duygu dışavurumu seviyelerinin daha dūřuk olma eğiliminde olduğu bilinmektedir (138,139) Kadercilik gibi bazı kùltürel değerlerin hakim olduğu toplumlarda ruhsal hastalığı olanlara karşı daha ılımlı ve daha az suçlayıcı tutumlar gösterilmektedir. Buna karşılık, bireyselliği, başarıyı ve kişisel hesapları vurgulayan kùltürel değerlerin hakim olduğu toplumlarda hasta kişiye daha fazla sorumluluk yüklenmekte ve hastalığın belirtisi olan davranışlar daha çok kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır (123). Geliřmekte olan bir ÷lke olmamız ve geleneksel özelliklere sahip bir toplum olmamız, PB ve depresyon hasta gruplarındaki duygu dışavurumlarının kontrol grubundan farksız bulunmasında etkili olmuş olabilir.

PB hastalarında demografik ve klinik özelliklerin ve LEE ve LE ölçeklerinin, yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; STAI-2 ölçek puanı ile yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğu ve bedensel ağrı alt ölçekleri dışında tüm alt ölçekleri arasında ters bir ilişki olduğu gör÷lmüştür. Ek olarak duygusal rol güçlüğu ile yaş arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanları gelir durumu iyi olanlarda ve kırsal bölgede yaşayanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

PB hastalarında, demografik veriler ve klinik değişkenler kontrol edildiğinde LEE ve LE ölçekleri yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. şizofreni hastalarında yüksek duygu dışavurumunun dūřuk yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (140,141). Bu durum, duygu dışavurumunun farklı rahatsızlıklarda farklı düzeylerde etkilerinin olabileceğini, PB üzerinde etkisinin bulunmayabileceğini düşündürmüştür. Ancak böyle bir ilişkinin bulunmaması bizim çalışmamızda hasta sayısının kısıtlı olmasına bağlanabilir. PB hastalarında yaşam kalitesinin ilişkili olduğu durumlar ile ilgili Hollifield ve ark. larının yaptığı PB hastalarında yaşam kalitesini hangi değişkenlerin yordadığı ile ilgili çalışmada; komorbid major depresyon varlığı, nörotisizm, ileri yař, dūřuk eğitim düzeyi, yaşam kalitesindeki düşüş ile ilişkili bulunmuştur (142). Benzer şekilde Mogotsi ve ark. larının yaptığı çalışmada komorbid depresyon varlığı, endişe, göğüs ağrısının şiddeti, sosyal destek azlığı ve özürlü olmak yaşam kalitesinde düşüşle ilişkili bulunmuştur. (142) Carrera ve ark. larının yaptığı çalışmada anksiyete semptomlarının, atak sıklığının, depresif semptomların, ileri yaşın ve agorafobik kaçınmanın yaşam



kalitesinde kötüleşmeyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (144). PB hastalarında yaşam kalitesinin anksiyete duyarlılığı ve sürekli kaygı ile ilişkisinin değerlendirildiği Eun-Ho Kang ve ark. larının yaptığı çalışmada, anksiyete duyarlılığı yaşam kalitesi alt ölçeklerinden bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik ile sürekli kaygı ise yaşam kalitesinin sekiz alt ölçeğiyle de ilişkili bulunmuştur. (145) Yapılan çalışmalarda PB hastalarında duygu dışavurumunun etkisi değerlendirilmemiştir. Bizim çalışmamızda değerlendirilen duygu dışavurumunun PB hastalarında yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki kısıtlılıklar dikkate alınarak yorumlanmalıdır. İlk olarak birçok takip çalışmasında tedavi sonucu ve relapsla ilişkilendirilen duygu dışavurumu, bizim çalışmamızda kesitsel olarak ele alındığı için relaps veya tedavi sonucuyla ilişkisi hakkında herhangi bir bilgi vermemektedir. Çalışmamızda hasta yakınının duygu dışavurumunu değerlendirmek için kullanılan EE ölçeğinin geçerlik-güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır. Hasta yakınının duygu dışavurumunu değerlendiren tek Türkçe ölçek olduğu için EE ölçeği tercih edilmiştir. Ayrıca Türkçe alan yazında hasta yakınının duygu dışavurumunu değerlendirildiği çalışmalarda da aynı ölçeğin kullanıldığı görülmektedir. ( 146,147) Her ne kadar STAI ölçeğinin panik atakların sıklığı, dolayısıyla da panik bozukluğun şiddetiyle ilişkili olduğu gösterilmiş olsa da, PB hastalarına hastalık şiddetini ölçmek için spesifik bir ölçek verilmemiş olması da diğer bir kısıtlılıktır. Bu çalışmanın en büyük kısıtlılığı; PB grubuna sadece STAI-1 VE STAI-2 ölçeklerinin, depresyon hastalarına sadece Beck Depresyon Ölçeğinin verilmiş olması ve sağlıklı kontrol grubuna her iki ölçeğin de verilmemiş olmasıdır. Bu durum; hem hasta gruplarının kendi aralarında hem de hasta gruplar ile kontrol grubu arasındaki optimal değerlendirmeyi güçleştirmektedir.

Bu çalışma kısıtlılıkları olmakla beraber PB hastalarında duygu dışavurumunun yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen ilk çalışma olması açısından önemlidir. Anksiyete bozukluklarında duygu dışavurumunun az çalışılmış olduğu görülmektedir ve hastalık seyrine nasıl bir etkisinin olduğu bilinmemektedir. PB hastalarının duygu dışavurumu düzeyinin hastalığın seyrini nasıl etkilediğinin, tedavi ve relapslarla ilişkisinin değerlendirildiği geniş örneklemlili prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

PB hastalarında LEE ve LE ölçekleri ve bunların alt ölçeklerinin demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisine bakıldığında; STAI-1 ölçek puanı ile LEE ölçek puanı ve LEE\_e, LEE\_a alt ölçek puanları ile arasında doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ek olarak da, STAI-2 ölçek puanı ile LEE\_a alt ölçek puanı arasında doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda PB hastalarından bekar veya dul olanların, evli olanlara göre LEE-a ve LEE-t alt ölçek puanlarının daha yüksek; evlilerin ise bekar ve dullara göre LE\_aikk alt ölçek puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

PB hasta grubunda anahtar akrabası eşi olanların, anahtar akrabası eş dışındaki diğer yakını olanlara göre LEE\_a alt ölçek puanlarının daha yüksek, LE\_aikk alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda PB hastalarında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, yakınının cinsiyeti değişkenleri ile LEE ve LE ölçekleri ve bunların alt ölçeklerinin ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

PB ile depresyon ve PB ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanan yer, gelir durumu, anahtar akrabanın yakınlık derecesi ve anahtar akrabanın cinsiyeti açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

PB ile depresyon ve PB ile kontrol grubu arasında LEE ve LE ölçeği ve bu ölçeklerin alt ölçek puanları açısından yapılan karşılaştırmada, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

PB hastalarında demografik ve klinik özelliklerin ve LEE ve LE ölçeklerinin, yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; STAI-2 ölçek puanı ile yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğü ve bedensel ağrı alt ölçekleri dışında tüm alt ölçekleri arasında ters bir ilişki olduğu görülmüştür. Ek olarak duygusal rol güçlüğü ile yaş arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Sosyal fonksiyonellik alt ölçeği puanları gelir durumu iyi olanlarda ve kırsal bölgede yaşayanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

PB hastalarında, demografik veriler ve klinik değişkenler kontrol edildiğinde LEE ve LE ölçekleri yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

PB hastalarının duygu dışavurumu düzeyinin hastalığın seyrini nasıl etkilediğinin, tedavi ve relapslarla ilişkisinin değerlendirildiği geniş örneklemlerle prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, eleventh edition 2015.
2. Norman RMG, Malla AK. Stressful life events and schiophrenia. Br J of psychiatry 1993; 162: 161-74.
3. Hoste RR, le Grange D. Expressed emotion among white and ethnic minority families of adolescents with bulimia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2008;16 (5) : 395-400
4. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Expressed emotion in eating disordersm assessed via self-report: an examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. Int J Eat Disord 2008; 41 (1): 37-46
5. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 198-203
6. Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. J Clin Psychol 1988; 44 (3): 392
7. Berksun OE. Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1992
8. Chambless & Steketee, 1999; Peter & Hand, 1988;Leonard et al., 1993; Tarrier, Sommerfield, & Pilgrim, 1999
9. Peter, H., & Hand, I. (1988). Patterns of patient-spouse interaction in agoraphobics: Assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome of self-exposure treatment. In Panic and Phobias 2 (pp. 240-251). Springer Berlin Heidelberg.
10. Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. Psychological Medicine, 29(04), 801-811

11. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):669-682
12. Işık E. Panik Bozukluk: Nevrozlar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 1996; 69- 119
13. Bayraktar E. Panik bozukluğu ve agorafobi. Köroğlu E, Güleç C (ed.) “Psikiyatri Temel Kitabı” ndan. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007; 296-317.
14. Atalay DN, Bayraktar E. Panik bozukluk. İzmir. Ege Üniversitesi Yayınları, 1992.
15. Dinçmen K. *Psychiatria and Mythos*. 3. Baskı, Scala Yayıncılık, 2001: 52.
16. Boer JA. Defining panic-a diagnostic dilemma. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1997; 29: 3-6
17. Weissman M. Diagnosis and epidemiology of panic disorder. Symposium: New Approaches in Anxiety States: Panic and Phobic Disorder. 17th European Congress of Psychiatry, Copenhagen: Association of European Psychiatrists, 1994
18. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, 2006: 4-5
19. Berrios GE. Historical aspects of obsessive-kompulsive disorder. *Focus on Obsessive Compulsive Spectrum Disorders* 1997; 11-31
20. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndroms. *Psychopharmacol* 1994; 20: 397-408
21. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
22. Öztürk MO, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü: ICD–10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993
23. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG and et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 30: 305

24. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S and et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19
25. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms* 1999: 9-23
26. Bellodi L, Perna G, Caldirola D, Arancio C, Bertani A, Di Bela D. CO<sub>2</sub>-induced panic attacks: a twin study. *Am J Psychiatry* 1998; 8: 1184
27. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP ( editors.) *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*. London: Martin Dunits Ltd, 2000: 9–23
28. Crowe RR, Goedken R, Saelson S, Wilson R, Nelson J, Noyes R. Genomwide survey of panic disorder. *Am J Med Genet* 2001; 9: 105.
29. Hamilton SP, Slager SL, Mayo D, Heiman GA, Klein DF, Hodge SE ve ark. Investigation of polymorphisms in the CREM gene in panic disorder. *Am J Med Genet B Neuropsych Genet* 2004; 5: 111.
30. Fyer AJ, Hamilton SP, Durner M, Haghghi F, Heiman GA, Costa R et al. A third-pass genome scan in panic disorder: evidence for multiple susceptibility loci. *Biol Psychiatry* 2006; 388-401.
31. Tükel R, Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1.Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, 2006: 41-143.
32. Hoehn-Saric R, McLeod DR. Somatic manifestations of normal and pathological anxiety. Hoehn-Saric R, McLeod DR (eds.) *Biol Anxiety Disord*. Washington: American Psychiatric Pres, 1993: 177–222.
33. Klein E, Cnaani E, Harel T, Brown S, Ben Haim SA. Altered heart rate variability in panic disorder patients. *Biol Psychiatry* 1995; 37: 18-24.

34. Duran A. Anksiyete ve panik ataklarında hasta değerlendirilmesi ve tedavisi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu İstanbul: 1999: 145–156.
35. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. Comparison of patients with panic disorder and social phobia and normal control subjects. Arch Gen Psychiatry 1992; 7: 311.
36. Charney DS, Heninger GR, Breier A. Noradrenergic function in panic anxiety. Effects of yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 63–751.
37. Gurguis GN, Uhde TW. Plasma 3-methoxy-4-hydroxyphenylethylene glycol (MHPG) and growth hormone responses to yohimbine in panic disorder patients and normal controls. Psychoneuroendocrinol 1990; 24: 217.
38. Daekin JFW, Graeff FG. 5-HT and mechanisms of defence. J Psychopharmacol 1991; 5: 305-15.
39. Nash et al. Altered 5HT1A binding in panic disorder demonstrated by pozitron emission tomography. Eur Neuropsychopharmacol 2004; 14: 322-323.
40. Neumeister A, Bain E, Nugent AC, Carson RE, Bone O, Luckenbaugh DA et al. Reduced serotonin 1A receptor binding in panic disorder. J Neurosci 2004; 91: 589.
41. Nutt DJ, Glue P, Lawson C, Wilson S. Evidence for altered benzodiazepinereceptor sensitivity in panic disorder: effect of benzodiazepine receptor antagonist flumazenil. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 998–1006.
42. Zaiyang Long, Carla Medlock, Mario Dzimidzic, Yong-Wook Shin, Andrew W. Goddard, Ulrike Dydak , Decreased GABA levels in anterior cingulate cortex/medial prefrontal cortex in panic disorder, Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 44 (2013) 131–135

43. Goddard AW, Mason GF, Appel M, Rothman DL, Gueorgiueva R, Behar KL et al. Impaired GABA neuronal response to acute benzodiazepine administration in panic disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 93–218
44. Peter Z., Maxim Z., Elena G., Julia D., Harald K., Walter H., Tillmann R., Patricia O., Volker A., Katharina D., Bettina P., Acute Shift in Glutamate Concentrations Following Experimentally Induced Panic with Cholecystokinin Tetrapeptide—A 3T-MRS Study in Healthy Subjects, *Neuropsychopharmacology* (2013) 38, 1648–1654
45. Kim Hinkelmann, Alexander Yassouridis, Reinhard Mass, Henrike Tenge, Michael Kellner, Holger Jahn, Klaus Wiedemann, Karsten Wolf, CCK-4: Psychophysiological conditioning elicits features of spontaneous panic attacks, *Journal of Psychiatric Research* 44 (2010) 1148-1153
46. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007
47. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 1718-1799
48. Klein DF. Response differences of spontaneous panic and fear. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 9-567.
49. Klein DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 17-306
50. Graeff FG, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guirames FS. Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *Ann Brazilian Acad Sci* 2005; 77: 91– 477
51. James L., George C., Thomas W., Twenty-four hour growth hormone secretion in patients with panic disorder, *Psychoneuroendocrinology* (2005) 30, 72–79



52. Kikuchi M, Komuro R, Oka H. Relation between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29: 77–81
53. Freire RC, Lopes FL, Valenca MA ve ark. Panic disorder respiratory subtype: A comparison between responses to hyperventilation and CO2 challenge tests. *Psychiatry Research* 2008; 157:307-310
54. Valeca AM, Nardi AE, Nascimento I, ve ark. Respiratory panic disorder subtype and sensitivity to the carbon dioxide challenge test. *Braz J Med Biol Res* 2002; 35:783-788.
55. Topçuoğlu, V., Karabekiroğlu, A., & Yazgan, Ç. (2005). Panik bozukluğu provokasyon çalışmaları ve provokasyon ajanlarının farklılıkları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 197-205.
56. Bass C, Kartsounis L, Lelliott P. Hyperventilation and its relationship to anxiety and panic. *Integr Psychiatry* 1987; 5:274-291
57. Papp LA, Klein DF, Martinez J. Diagnostic and substance specificity of carbondioxide induced panic. *Am J Psychiatry* 1993; 150:250-257
58. Antonio D. C., Daniele S., Chiara R., Georgios D. K., Gloria A., Roberto T., Stefano F., Paolo G., Srructural Neurimaging in Patients with Panic Disorder and Limitations of Recent Studies, *Psychiatria Danubina*, 2013; Vol. 25, No. 2, pp 108-114
59. Dratcu L, Bond A. Panic patients in the non–panic state: physiological and cognitive dysfunction. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 18–25
60. Ludewig S, Ludewig K, Geyer MA, Hell D, Vollerweider FX. Prepulse inhibition deficits in patients with panic disorder. *Depress and Anxiety* 2002; 15: 55–60.
61. Turan M.T, Eşel E. Panik bozukluğun elektrofizyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12: 106–108

62. Overbeek T, Van Deist R, Schruers K, Kruizinga F, Griez E. Sleep complaints in panic disorder patients. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 93-488
63. Stein MB, Enns MW, Kryger MH. Sleep in nondepressed patients with panic disorder: II. Polysomnographic assessment of sleep architecture and sleep continuity. *J Affect Disord* 1993; 28: 1-6
64. Craske MG, Tsao JCI. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. *Sleep Med Rev* 2005; 9: 84-173
65. Graeff FG, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guimaraes FS. Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? , *An Acad Bras Cienc. Sep*; 77(3): 477-91, 2005
66. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2015, 264
67. Shear MK, Cooper AM, Klearman GL, Busch FN, Shapiro TA. Psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 66-859
68. Salkovskis ,P.M. , Cognitive-behavioral treatment for panic. *Psychiatry*, 2007. 6: s.193-7
69. Alkın T. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 2000; 151: 9-640
70. Kocabaşoğlu N. Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Komorbid Durumlar; Yeni Symposium, 40 (2): 68-75, 2002
71. Onur E ve ark. Panik- agorafobi spektrumu kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3): 215- 223,2004
72. Mavissakalian MR, Perel JM. Imipramin treatment of panic disorder with agoraphobia: Dose ranging and plasma level-response relationships. *Am J Psychiatry* 152: 673-82, 1995

73. Micheal, T., ve ark., Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 2007. 6: s.136-42
74. Farravelli C, Pallanti S. Recent life events and panic disorder. . *Am J Psychiatry* 1987; 146: 622-6
75. Onur, E. ve Monkul, S., panik bozukluğunun fenomenolojisi, Anksiyete Bozuklukları'nda, R.Tükel and T. Alkın, Ed.2006, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: Ankara
76. Katerndahl DA, Realini JP. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 153-158.
77. Kan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68: 183-190
78. Seddon, K. ve Nutt, D., Pharmacological treatment of panic disorder. *Psychiatry*, 2007 6: s.136-42
79. Atalay DN, Bayraktar E. Panik Atağı ve Panik Bozukluğu Anksiyete Monografıları. Ankara: Medikomat 1995: 225-255
80. Fyer AI, Sandberg D. Pharmacologic treatment of panic disorder. in Frances AJ, Hales RE. *Review of Psychiatry Vol 7*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1988;88-120
81. Vasile RG, Goldenberg I, Reich J, Goisman RM, Lavori PW, Keller MB, et al. Panic disorder versus panic disorder with major depression: defining and understanding differences in psychiatric morbidity. *Depress and Anxiety* 1997; 5: 12-20
82. McTavish D, Benfield P. Clomipramine: An overview of its pharmacological properties and a review of its therapeutic use in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Drugs* 1990; 39: 136-153

83. Schweizer E, Patterson W, Rickels K, Rosental M. Double-blind, placebo controlled study of a once-a-day, sustained release preparation of alprazolam for the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 15-210
84. Pohl R, Yeregani VK, Balon R, Lycaki H. The jitteriness syndrome in panic disorder. . *Am J Psychiatry* 1988; 49: 4-100
85. Mavissakalian M, Perel JM, Guo S. Specific side effects of long-term imipramine management of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 155-61
86. Faravelli C, Rica V, Truglia E (2001) Panic disorder: Pathogenesis and treatment. İn: Grez EJ, Faravelli C, Nutt D, Zohar J(eds.) *Anxiety Disorders. An Introduction to Clinical Management and Research*. John Wiley&Sons, New York; 80-103
87. Bayraktar E. Panik bozukluğu ve agorafobi. Işık E, Taner E, Işık U (ed.) "Güncel Klinik Psikiyatri" den, Ankara, Golden Print Matbaası 2008; 209-222
88. Current pharmacological interventions in panic disorder. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2014;13(6):1057-65
89. Taylor,D.,ve ark., *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 11 ed.2012: Wiley-Blackwell
90. Salkovskis, P.M., *Cognitive-behavioral treatment for panic*. *Psychiatry*, 2007. 6: s.193-7
91. Bakker A, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Balkom AJLM. Paroxetine, clomipramine and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 8-831
92. Angst J. Panic disorder: history and epidemiology. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 51-55

93. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen HU. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1915-23
94. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R et al. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:984–992
95. Wells KB, Stewart A, Hays RD et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262:914–919
96. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992; 267:1478–1483
97. Strine TW, Chapman DP, Kobau R et al. Depression, anxiety, and physical impairments and quality of life in the U.S. noninstitutionalized population. *Psychiatr Serv.* 2004;55(12):1408-1413
98. Salvador-Carulla L, Segur J, Fernandes-Caro P, Canet J. Costs and offset effect in panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1995;53(2) :213-218
99. Katon W, Hollifield M, Chapman T et al. Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res*, 1995;29:121-131
100. Deniz H., İLNEM C., YENER F., Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyinin Relapsla ve Aile İşlevleriyle ilişkisi, *Düşünen Adam*; 1998, 11 (3): 5-15
101. Ronald L. Butzlaff, AM; Jill M. Hooley, DPhil Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis, *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(6):547-552
102. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:547–52

103. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Hum Relations*. 1966;19:241–58
104. Leff J. Expressed emotion: Measuring relationships. In: Harris T, editor. *Where inner and outer worlds meet: Psychosocial research in the tradition of George W Brown*. London: Routledge; 2000. pp. 97–100
105. Brown GW. Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living groups. *Milbank Mem Fund Q*. 1959;37:105–31
106. Brown GW. The discovery of expressed emotion: Induction or deduction? In: Leff J, Vaughn C, editors. *Expressed emotion in families*. New York: Guilford Press; 1985. pp. 7–25
107. Erol A, Yazıcı F. İlk epizod şizofreni ve psikotik özellikli manide: duygu dışavurumunun karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi* 2000; 27(1): 7-15
108. Greenley JR. Social control and expressed emotion. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174:24–30
109. Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview, *Indian J Psychol Med*. 2012 Jan-Mar; 34(1): 12–20
110. İLNEM C., ÇETE T., DENİZ H., YENER F., Şizofreni ve Majör Depresyonda Yaşam Olayları ile Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi Düşünen Adam; 1998, 11 (4): 12-20
111. Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 148(6), 642-647.
112. Tüzer, V., ZİNCİR, S., Baştırzi, A. D., AYDEMİR, Ç., Kısa, C., & Göka, E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, 198-203.

113. Erbinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu N. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(1): 5-14
114. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983: 1-26
115. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE, Jr. The Swedish SF-36 Health Survey--I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 1995 Nov;41(10):1349-58
116. Ware JE, Jr., Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995 Apr;33(4 Suppl):AS264-79
117. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G. Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102-6
118. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71
119. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13
120. Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23(1), 35-44.
121. Lebell, M. B., Marder, S. R., Mintz, J., Tompson, M., Wirshing, W., Johnston-Cronk, K., & McKenzie, J. (1993). Patients' perceptions of family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 751–754

122. Scazufca M, Kuipers E, Menezes PR., Perception of negative emotions in close relatives by patients with schizophrenia; *Br J Clin Psychol.* 2001 Jun;40(Pt 2):167-75
123. C. Barrowclough, J. M. Hooley, Attributions and expressed emotion: A review, *Clinical Psychology Review* 23 (2003) 849–880
124. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003 Aug;38(8):442-9. Stress, social support and depression in single and married mothers. Cairney J, Boyle M, Offord DR, Racine Y
125. K.D. Renshaw, D.L. Chambless, G. Steketee, The Relationship of Relatives' Attributions to Their Expressed Emotion and to Patients' Improvement in Treatment for Anxiety Disorders, *Behavior Therapy* 37 (2006) 159–169
126. Anekal C. Amaresha and Ganesan Venkatasubramanian Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview , *Indian J Psychol Med.* 2012 Jan-Mar; 34(1): 12–20
127. Vaughn, C., & Leff, J. (1976), The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125–137
128. GÖĞÜŞ, A. K. (1999). Şizofrenide gidiş ve sonuç. *Şizofreni Dizisi*, 2, 28-38.
129. Norman RM<sup>1</sup>, Windell D, Manchanda R., Examining differences in the stigma of depression and schizophrenia, *Int J Soc Psychiatry.* 2012 Jan;58(1):69-78
130. Reavley NJ<sup>1</sup>, Jorm AF. , Stigmatizing Attitudes towards People with Mental Disorders: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma, *Aust N Z J Psychiatry.* 2011 Dec;45(12):1086-93
131. Sorsdahl, K. R., & Stein, D. J. (2010). Knowledge of and stigma associated with mental disorders in a South African community sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(10), 742-747.



132. Woodward, J. (1987). *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness* Julian Leff and Christine Vaughn, New York: Guildford Press, 1985. pp. 241. \$59.50. *Behavioural Psychotherapy*, 15(02), 197-198.
133. Xu, M., Phillips, M. R., & Weng, Y. Z. (2002). Expressed emotion of family members of schizophrenic patients in Beijing. *Chinese Mental Health Journal*, 16(3), 195-198.
134. Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F. F., et al (2002) Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 181, 488-493
135. Peter, H. & Hand, I. (1988). Patterns of patient—spouse interaction in agoraphobics: Assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome of self-exposure treatment. (In I. Hand & H. - U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias: 2. Treatments and variables affecting course and outcome* (pp. 240—251). Berlin, Germany: Springer-Verlag
136. Chambless, Dianne L.; Steketee, Gail, Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive—compulsive and agoraphobic outpatients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 67(5), Oct 1999, 658-665
137. K. D. Renshaw, D. Chambless, G. Steketee, Comorbidity fails to account for the relationship of expressed emotion and perceived criticism to treatment outcome in patients with anxiety disorders, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 32 (2001) 145–158
138. Leff, J., Wig, N. N., Ghosh, A., Bedi, H., Menon, D. K., Kuipers, L., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N., & Jablensky, A. (1987). Influence of relatives' expressed emotion on the course of illness in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166–173
139. Jenkins, J. H., & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 9–21

140. Lennart Y. Bogren Expressed emotion, family burden, and quality of life in parents with schizophrenic children, *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume 51, Issue 4, 1997
141. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Mar;21(2):170-9. doi: 10.1111/jpm.12071. Epub 2013 Apr 2. Predictors of expressed emotion, burden and quality of life in relatives of Mexican patients with psychosis. Gómez-de-Regil L, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N.
142. Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, J. C., Mannuzza, S., & Fyer, A. J. (1997). Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 766-772.
143. Mogotsi, M., Kaminer, D., & Stein, D. J. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(6), 273-282.
144. Carrera, M., Herrán, A., Ayuso-Mateos, J. L., Sierra-Biddle, D., Ramírez, M. L., Ayestarán, A., ... & Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Quality of life in early phases of panic disorder: predictive factors. *Journal of affective disorders*, 94(1), 127-134.
145. Eun-Ho Kang, Borah Kim Panic disorder and health-related quality of life: The predictive roles of anxiety sensitivity and trait anxiety *Psychiatry Research* 225(2015), 157–163
146. Hayta SB., Psoriyazis Hastalarında Duydu Dışavurumunun Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2009
147. Ozkiris, A., Essizoglu, A., Gulec, G., & Aksaray, G. (2015). The relationship between insight and the level of expressed emotion in patients with obsessive–compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 69(3), 204-209.

## 8.EKLER

### 8.1. EK-I

LEE Ölçeği:

Adınız:

Soyadınız:

Yaşınız:

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1-bazen konuşmak istemezsem eğer, beni anlar (zorlamaz)
- (D) (Y) 2-sinirlendiğimde o beni yatıştırır
- (D) (Y) 3-benim kendime ait kontrolümü o yitirdiğimi söyler
- (D) (Y) 4-beklentilerimi doyuramadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır
- (D) (Y) 5-ben konuşurken müdahale etmez
- (D) (Y) 6-benim sınırlarımı bozmaz
- (D) (Y) 7-iyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler
- (D) (Y) 8-beklentilerimi doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur
- (D) (Y) 9-bana karşı aşırı bir koruyuculu kollayıcılı yoktur
- (D) (Y) 10-kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda öfkelenir
- (D) (Y) 11-hasta ve keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır
- (D) (Y) 12-benim olaylara bakış açımı anlayabilir
- (D) (Y) 13-her zaman müdahalecidir
- (D) (Y) 14-bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz
- (D) (Y) 15-kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan aramam için cesaret verir
- (D) (Y) 16-ona birçok sorun yarattığımı düşünmez
- (D) (Y) 17-bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez
- (D) (Y) 18-işler sarpa sarınca doğru dürüst düşünemez

- (D) (Y) 19-keyifsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz
- (D) (Y) 20-benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar
- (D) (Y) 21-yanımdan ayrılmamak sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur
- (D) (Y) 22-yolunda gitmeyen işler için beni suçlar
- (D) (Y) 23-benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir
- (D) (Y) 24-keyifsiz huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül gösteremez
- (D) (Y) 25-beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır
- (D) (Y) 26-kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez
- (D) (Y) 27-sorunlarımı ondan öç almak için yarattığımı söyler
- (D) (Y) 28-benim özelliklerimi (özelliklerimin sınırlarını) neyi becerip beceremeyeceğimi bilir
- (D) (Y) 29-ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder
- (D) (Y) 30-zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir
- (D) (Y) 31-hasta olduğumda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır
- (D) (Y) 32-benim neyi becerip beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir
- (D) (Y) 33-her zaman işlerime burnunu sokar
- (D) (Y) 34-söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler
- (D) (Y) 35-uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler
- (D) (Y) 36-işler yolunda gitmedi zaman bana öfkelenir
- (D) (Y) 37-hakkımda mutlaka her şeyi öğrenmek ister
- (D) (Y) 38-o yanımda olduğu zaman huzurlu ve mutlu olmamı sağlar
- (D) (Y) 39-iyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar
- (D) (Y) 40-bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır
- (D) (Y) 41-gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister
- (D) (Y) 42-bana sebepsiz yere öfkelenir
- (D) (Y) 43-hasta olduğum zaman ilgili biri olur
- (D) (Y) 44-desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez
- (D) (Y) 45-benim özel meselelerime karışır
- (D) (Y) 46-zor (stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar

83

- (D) (Y) 47-kendimi iyi hissetmiyorsam durumumu merak eder ve anlamak ister
- (D) (Y) 48-bir hata yaparsam anlayışla karşılar
- (D) (Y) 49-hayatıma burnunu sokmaz
- (D) (Y) 50-iyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur
- (D) (Y) 51-kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz
- (D) (Y) 52-benden çok fazla şey bekler
- (D) (Y) 53-şahsıma ait çok özel konularda çok soru sormaz
- (D) (Y) 54-işler yolunda gitmediği zamanlar o işleri daha da kötüleştirir
- (D) (Y) 55-kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar
- (D) (Y) 56-ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir
- (D) (Y) 57-geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur
- (D) (Y) 58-işler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur
- (D) (Y) 59-kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir destek olur
- (D) (Y) 60-kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler

## 8.2. EK-II

### EE Ölçeği

Adınız:

Soyadınız:

Yaşınız:

Hastaya Yakınlığınız:

a)Annesiyim

b)Babasıyım

c)Eşiyim

d)Çocuğuyum

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

(D) (Y) 1-onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum

(D) (Y) 2-onun hasta olduğuna inanmıyorum

(D) (Y) 3-onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum

(D) (Y) 4-benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemlidir

(D) (Y) 5-onunla ilgili her şeyi, kendine özel şahsi meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışırım

(D) (Y) 6-onun varlığı beni deli ediyor

(D) (Y) 7-düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye

(D) (Y) 8-onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum

(D) (Y) 9-ona sık sık öğüt veriyorum

(D) (Y) 10-onunla uyuşamıyoruz

(D) (Y) 11-bıraktım artık ne hali varsa görsün

(D) (Y) 12-aile içinde onun her şeyiyle ben ilgilenirim

(D) (Y) 13-ona kırılıyor güceniyorum

(D) (Y) 14-onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim

- (D) (Y) 15-onun üstüne titrerim
- (D) (Y) 16-onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli onun üzerinde oluyor
- (D) (Y) 17-o benim hayatımı yaşamama engel oluyor
- (D) (Y) 18-dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum, o hasta oldu diye
- (D) (Y) 19-onun yaptığı işleri beğenmiyorum
- (D) (Y) 20-onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum
- (D) (Y) 21-ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum
- (D) (Y) 22-ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum
- 85
- (D) (Y) 23-onun her şeyle ben ilgileniyorum
- (D) (Y) 24-ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor
- (D) (Y) 25-huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak duruyorum
- (D) (Y) 26-onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum
- (D) (Y) 27-hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum
- (D) (Y) 28-biz birbirimize benziyoruz
- (D) (Y) 29-onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum
- (D) (Y) 30-onunla iyi anlaşıyoruz
- (D) (Y) 31-aklım fikrim hep onda başka bir şey düşünemiyorum
- (D) (Y) 32-kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum
- (D) (Y) 33-ondan uzak kalmak istiyorum
- (D) (Y) 34-başıma bir sürü dert açıyor
- (D) (Y) 35-o olmasa bütün işler yoluna girecek
- (D) (Y) 36-bir zorlukla karşılaşırsam bu zorlukla başa çıkabiliyorum
- (D) (Y) 37-onun her şeyle ilgilenmek bana zevk veriyor
- (D) (Y) 38-öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım
- (D) (Y) 39-huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım
- (D) (Y) 40-onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum
- (D) (Y) 41-onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum

### 8.3. EK-III

#### EE ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRME:

3, 8, 14, 28, 36, 39, 40, 41. cümleler yanlış (Y) olarak işaretlendiğinde 1 puan alınırken, diğer cümleler doğru (D) olarak işaretlendiğinde 1 puan alacak. Alınan puanların toplamı EE ölçeğinin toplam puanı olarak kaydedilecek.

86

#### LEE ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRME:

Aşağıdaki tabloya göre verilen cevaplar için 1 puan verilecek. Alınan puanların toplamı LEE ölçeğinin toplam puanı olarak kaydedilecek.

1 Y	16 Y	31 Y	46 Y
2 Y	17 Y	32 Y	47 Y
3 D	18 D	33 D	48 Y
4 Y	19 D	34 Y	49 Y
5 Y	20 D	35 D	50 D
6 Y	21 Y	36 D	51 Y
7 D	22 D	37 D	52 D
8 D	23 Y	38 Y	53 Y
9 Y	24 D	39 D	54 D
10 D	25 D	40 Y	55 D
11 Y	26 D	41 D	56 D
12 Y	27 D	42 D	57 D
13 D	28 Y	43 Y	58 D
14 Y	29 D	44 Y	59 Y
15 Y	30 Y	45 D	60 D

#### LEE ALT ÖLÇEKLERİNİ DEĞERLENDİRME:

Intrusiveness 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37, 41, 45, 49, 53, 57.

Emotional response 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54, 58.

Attitude toward 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59.

Tolerance/ expect 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60.

Cümleler belirtilen alt ölçeklere ait cümleler olup bunlardan alınan puanların toplamı alt ölçek puanını gösterir.