

**T.C.**  
**MALTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ HASTALARDA**  
**SOSYAL FOBİ GÖRÜLME SIKLIĞININ**  
**İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**VİLDAN KAVAK**

**071106111**

**Tez Danışmanı: YRD. DOÇ. DR. NİLGÜN ÖNGİDER**

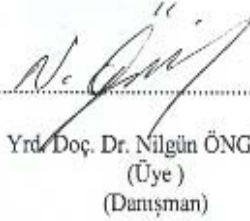
**İstanbul, Kasım 2009**

T.C. Maltepe Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

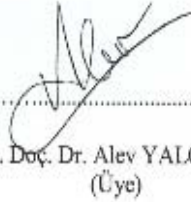
28.12.2009 tarihinde tezinin savunmasını yapan Vildan KAVAK'a ait "Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Sosyal Fobi Görülme Sıklığının İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikolojisi Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



Prof. Dr. Nursel TELMAN  
(Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Nilgün ÖNGİDER  
(Üye)  
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Alev YALÇINKAYA  
(Üye)

## ÖNSÖZ

Eğitimimde ve tezimin tamamlanmasında büyük katkıları olan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nilgün ÖNGİDER'e teşekkürü bir borç bilirim.

Araştırmada kullandığım verilerin toplanması aşamasında yardımcı olan Sayın Uzm.Dr. Nihat KAYA'ya, DEPAM çalışanlarına ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, sıkıntımı paylaşan ve desteğini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Vildan Kavak

## ÖZET

Panik bozukluğu ve sosyal fobi bazı belirtilerin benzer olması nedeniyle zaman zaman ayırıcı tanı konusunda zorluk çekilen iki ayrı anksiyete bozukluğudur. Panik bozukluğu olan kişilerin, panik atak geçirdiği sırada fark edileceği korkusuyla toplumsal durumlardan kaçabilmeleri de bazı olguların tanısını daha da güçleştirmekte ve kişinin yaşam boyu depresyon geliştirme olasılığını arttırmaktadır. Bu tez çalışmasında panik bozukluk tanısı almış hastalar ile sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubununun sosyal fobi görülme sıklığı ve bazı sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmada yer alan katılımcılar özel bir hastaneye ve özel psikiyatri kliniklerine başvurmuş, psikiyatrik görüşme sonrasında DSM-IV Panik Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan 150 hasta ve panik bozukluk yakınmaları olmayan 150 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 300 kişiden oluşmaktadır. Her iki gruba da bireysel bilgi formu ve Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS) uygulanmıştır.

Panik bozukluk hastaları ile panik bozukluk yakınmaları olmayan kontrol grubu sosyal fobi görülme sıklığı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu, panik bozukluk hastalarında sosyal fobinin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca panik bozukluk hastası olan kadınlarda erkeklere oranla, ilkokul veya ortaokul mezunlarında daha yüksek eğitilmiş kişilere oranla sosyal fobinin daha sık görüldüğü elde edilen bulgular arasındadır. Medeni durumun ve yaşın ise panik bozukluk hastalarında sosyal fobi görülme sıklığı açısından herhangi bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.

Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi görülme sıklığının incelendiği bu tez çalışması ile panik bozukluk ve sosyal fobinin eş tanı bakımından araştırıldığı çalışmaların yetersiz kaldığı hastaların demografik profillerinin belirlenmesi konusunda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **SUMMARY**

Panic disorder and social phobia are two different anxiety disorders which might cause confusion in making precise diagnosis due to some of their symptomatic similarities. Since patients with panic disorder might escape from social situations because of the fear of detection during attacks, making diagnosis becomes harder and this rises the risk of depression in patients. In this study, it was aimed to compare patients with panic disorder and healthy individuals in frequency of social phobia and some sociodemographic features.

Participants in this study were recruited from one private hospital and some psychiatry clinics. 150 patients and 150 healthy individuals were selected after a psychiatric interview. Both groups were given individual information form and Liebowitz Social Phobia Scale (LSAS).

When patients with panic disorder and control group were compared according to the frequency of the symptoms of social phobia, significant difference was found between two groups. Particularly, patients with panic disorder found to have symptoms of social phobia more frequently. Also, symptoms of social phobia was found to be seen more frequently in females relative to males and in primary school graduates or secondary school graduates relative to higher school graduates. Yet, marital status and age were not found to induce significant difference in the frequency of social phobia symptoms.

To summarize, with this study we aimed to contribute to the clinical comorbidity literature by determining the demographic profiles of patients with panic disorder who also have social phobia symptoms simultaneously.

**Key Words:** Panic disorder, social phobia, comorbidity, sociodemographic effect, anxiety and avoidance

## İÇİNDEKİLER

|                       |      |
|-----------------------|------|
| ÖNSÖZ.....            | ii   |
| ÖZET.....             | iii  |
| SUMMARY.....          | iv   |
| TABLolar LİSTESİ..... | viii |

### BİRİNCİ BÖLÜM

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| GİRİŞ.....                           | 1  |
| 1.1. PANİK BOZUKLUK.....             | 4  |
| 1.1.1. Tarihçe.....                  | 4  |
| 1.1.2. Tanısal Özellikler.....       | 5  |
| 1.1.3. Panik Atak.....               | 7  |
| 1.1.4. Agorafobi.....                | 9  |
| 1.1.5. Epidemiyoloji.....            | 10 |
| 1.1.6. Eştanı.....                   | 12 |
| 1.1.7. Etiyoloji .....               | 13 |
| 1.1.7.1.Erken Yaşam Olayları.....    | 13 |
| 1.1.7.2.Stresli Yaşam Olayları.....  | 14 |
| 1.1.7.3.Ayrılık Anksiyetesi.....     | 15 |
| 1.1.7.4.Bilişsel Kuram.....          | 16 |
| 1.1.7.5.Psikodinamik Kuram.....      | 17 |
| 1.1.7.6.Genetik .....                | 18 |
| 1.1.8. Klinik Gidiş ve Prognoz.....  | 18 |
| 1.1.9. Ayırıcı Tanı.....             | 19 |
| 1.2. SOSYAL FOBİ.....                | 20 |
| 1.2.1. Tarihçe.....                  | 21 |
| 1.2.2. Tanısal Özellikler.....       | 21 |
| 1.2.3. Epidemiyoloji.....            | 23 |
| 1.2.4. Eştanı.....                   | 24 |
| 1.2.5. Etiyoloji.....                | 25 |
| 1.2.5.1.Psikodinamik Kuram.....      | 25 |
| 1.2.5.2.Bilişsel Kuram.....          | 27 |
| 1.2.5.3.Savunma- Emniyet Modeli..... | 28 |
| 1.2.5.4.Öğrenme Modelleri.....       | 28 |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 1.2.5.5.Rasyonel Emotif Model.....  | 28 |
| 1.2.5.6.Kendilik Sunumu.....        | 29 |
| 1.2.5.7.Sosyal Beceri Modeli.....   | 29 |
| 1.2.5.8.Genetik.....                | 29 |
| 1.2.6. Klinik Gidiş ve Prognoz..... | 29 |
| 1.2.7. Ayırıcı Tanı.....            | 30 |
| 1.3. AMAÇ ve HİPOTEZ.....           | 32 |
| 1.4. KAPSAM ve SINIRLILIKLAR.....   | 33 |
| 1.5. VARSAYIMLAR.....               | 34 |

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM ve GEREÇLER

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Araştırmanın Örnekleme.....                       | 34 |
| 2.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları..... | 34 |
| 2.2.1. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği.....          | 34 |
| 2.2.2. Bireysel Bilgi Formu.....                       | 34 |
| 2.3. Veri Toplanmasında İzlenen Yol.....               | 35 |
| 2.4. Verilerin Analizi.....                            | 35 |

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. BULGULAR

|   |    |
|---|----|
| 3.1. Araştırmanın Örneklemine İlişkin Veriler.....  | 36 |
| 3.2. Panik Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Grubun Sosyal Fobi Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi.....   | 37 |
| 3.3. Panik Bozukluk Hastalarının Sosyal Fobi Puan Ortalamasının Demografik Değişkenlerle İlişkisi.....    | 38 |
| 3.3.1. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Cinsiyet ile İlişkisi.....              | 38 |
| 3.3.2. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Medeni Durum ile İlişkisi.....          | 39 |
| 3.3.3. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Yaş ile İlişkisi.....                   | 40 |
| 3.3.4. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Eğitim ile İlişkisi.....                | 40 |
| 3.4. Panik Bozukluk Hastalarının Sosyal Fobi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması..... | 42 |

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| <b>TARTIŞMA.....</b>          | <b>43</b> |
| <b>SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b> | <b>46</b> |
| <b>KAYNAKLAR.....</b>         | <b>48</b> |
| <b>EKLER.....</b>             | <b>60</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>          | <b>63</b> |



## TABLULAR LİSTESİ

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Tablo 3.1.</b> | Örneklemin Sosyo- Demografik Özellikleri.....  | 36 |
| <b>Tablo 3.2.</b> | Panik Bozukluk Hastaları ile Sağlıklı Grubun Sosyal Fobi<br>Düzeyleri İçin T Testi Sonuçları.....                      | 37 |
| <b>Tablo 3.3.</b> | Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan<br>Ortalamalarının Cinsiyetle İlişkisi İçin T Testi Sonuçları.....        | 38 |
| <b>Tablo 3.4.</b> | Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan<br>Ortalamalarının Medeni Durum ile İlişkisi İçin T Testi Sonuçları.....  | 39 |
| <b>Tablo 3.5.</b> | Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan<br>Ortalamalarının Yaş ile İlişkisi İçin T Testi Sonuçları.....           | 40 |
| <b>Tablo 3.6.</b> | Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan<br>Ortalamalarının Eğitim Durumu ile İlişkisi İçin T Testi Sonuçları..... | 41 |
| <b>Tablo 3.7.</b> | Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan<br>Ortalamalarının Eğitim Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....          | 42 |
| <b>Tablo 3.8.</b> | Panik Bozukluk Hastalarının Kaygı ve Kaçınma Alt<br>Ölçekleri Puan Ortalamaları İçin T Testi Sonuçları.....            | 43 |

## GİRİŞ

Anksiyete genel olarak “duygusal tehlike beklentisiyle birlikte olan huzursuzluk” olarak tanımlanabilir (Aysev ve Taner, 2007). Her insan tarafından zaman zaman yaşanan rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Klinik açıdan anksiyete, yaygın anksiyete ve panik nöbetleri olarak ikiye ayrılabilir. Yaygın anksiyete, genel bir ruhsal gerginlik ve rahatsızlık hissiyle birlikte yavaş ve sinsi olarak başlarken, panik nöbetleri ani ve patlamalar tarzında kendini göstermektedir. Panik nöbetleri başta panik bozukluk olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkta ortaya çıkabilmektedir (Tükel, 1997).

Panik bozukluk, nedensiz ve aniden ortaya çıkan, şiddetli iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan, panik ataklarla kendini gösteren bir anksiyete bozukluğudur (Alkın, 2002; Erdoğan, 2007). Yaşanan yoğun anksiyete ve özellikle “tehlikede olduğu” yaşantısı hastalığın psikolojik görünümünü oluşturmaktadır. Hastaların sonraki ataklarla ilgili kaygı yaşayıp kaçınma davranışı sergilemesi zamanla kişinin sosyal yaşamını kısıtlar bir hal almaktadır (Etik ve ark. 2007).

Panik bozukluk 20.yüzyıl öncesinde bilinmesine rağmen 1980’e kadar DSM-III psikiyatri sınıflandırmasında yer almamıştır (Smoller ve ark. 2008). İlk olarak Klein literatürde anksiyete atakları olarak tanımlanan durumlar için panik atağı terimini kullanmıştır. 1980 yılında Klein’in yoğun çabaları sonucunda panik bozukluk DSM- III tanı sisteminde ayrı bir tablo olarak yer almıştır (Klein ve Fink, 1962).

Panik bozuklukta görülen panik atakları pek çok durumda ve hastalıkta görülebilmektedir. Panik bozukluk tanısı konulabilmesi için bu atakların kendiliğinden ve bir anda ortaya çıkması ve tekrarlayıcı olması gerekmektedir (Erdoğan, 2007; Kocabaşoğlu, 2002; Tükel, 1997). Bu ataklar Cannon’un 1929 yılında tanımladığı tehlike karşısında insanların gösterdiği “kaç ya da savaş” tepkisine çok benzer, ancak panik atakta bu tepki için tetikleyici gerçek bir uyaran yoktur. Panik nöbetleri sırasında yoğun anksiyete ve çarpıntı, soluk alma güçlüğü, terleme gibi birçok fiziksel belirtinin yanı sıra kontrol kaybı, kalp krizi geçirme, bayılma, çıldırma ve ölüm korkuları vardır (Tükel, 1997).

Panik bozukluk, diğerk psikopatolojiler ile birlikte görülebilen bir bozukluktur. Bir başka ifadeyle, psikososyal ve akademik sorunların eşlik ettiği ve yetişkinlik döneminde de başka psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında risk etkeni oluşturan bir durumdur (Gökler, 2005). Ayırıcı tanı konusunda zorluk çekilen panik bozukluk ve sosyal fobi seyrek olmayan bir oranda birlikte görülebilmektedir (Goisman ve ark. 1995; Onur ve ark. 2006; Tükel, 1997). Sosyal fobinin eşlik ettiği hastalarda, panik bozukluğunun var olan belirtilerine benlik saygısı düşüklüğü, kendine yönelik olumsuz değerlendirme eğilimi, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlı olma gibi özelliklerin eklenmesinin depresyon riskini arttırdığından söz edilebilir. Ayrıca bu hastalarda agorafobinin getirdiği yaşam kısıtlılığı, sosyal izolasyonla daha ileri boyutlara taşınmakta ve depresyonun gelişmesini kaçınılmaz kılabilmektedir (Lenze ve ark. 2000; Tükel, 1997). Stein ve Uhde (1988), sadece panik bozukluğu olan hastalarda depresyon riskini %47, hem panik hem sosyal fobi mevcutsa %94 olarak belirlemişlerdir. Yaygın şekilde görülen panik ve fobik anksiyete bozuklukları, kişiye hem maddi bakımdan hem de verdiği acı bakımından bedeli oldukça fazladır (Greenberg ve ark. 1999).

Panik bozukluk ve sosyal fobi bazı belirtilerin çakışması nedeniyle zaman zaman ayırıcı tanı konusunda zorluk çekilen iki ayrı anksiyete bozukluğudur. DSM-IV'te sosyal fobinin tanımı; utanç duyulabilecek toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan belirgin ve sürekli korku duyma, bu durumla karşılaştığı zaman anksiyete oluşması ve hatta bu tepkinin panik atağı biçimini alabileceği şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca, panik bozukluğu olan kişilerin, panik atak geçirdiği sırada toplumda görüleceği korkusuyla toplumsal durumlardan kaçabilmeleri de bazı olguların tanısını daha da güçleştirmektedir. Sosyal fobisi olan kişilerin belirgin beklenti anksiyetesi olabilir, ancak tek başına olduklarında panik atak olmaması ayırıcı bir etkidir (Güz ve Dilbaz, 2003).

Psikiyatrik bozukluklarda eştanılar klinik görünümü ağırlaştırmakta, işlevselliği daha fazla bozmakta, yeti yitimini derinleştirmekte, hızlı ve tam iyileşme oranlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca eştanının diğerk psikiyatrik bozuklukların gelişmesi için iyi bir zemin olduğu (Schneier ve ark. 1992) ve özkıyım (intihar) oranlarını da arttırabildiği de (Cox ve ark. 1996) göz önünde bulundurulursa, bu araştırmadan elde edilen sonuçların gerek teşhis ve tedavide gerekse risk gruplarına

uygulanabilecek önleyici müdahalelerin planlanmasında fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Panik bozukluk hastalarında eş tanıli durumların araştırıldığı çalışmalardan farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. 1986'da Breier ve grubu panik bozukluk/agorafobi hastalarında eşlik eden psikiyatrik bozuklukları sıklık sırasına göre "Yaygın Anksiyete Bozukluğu" (%80), "Majör Depresyon" (%70), "Obsesif Kompulsif Bozukluk" (%17), "Basit Fobi" (%8) ve "Sosyal Fobi" (%5) olarak belirlemişlerdir. Crino ve Andrews (1996) ise Panik Bozukluk/agorafobi hastalarına yaşam boyu olarak en yüksek oranda "Sosyal Fobi" (%58) eşlik ettiğini, bunu "Majör Depresyon" (%49), "Obsesif Kompulsif Bozukluk" (%22), "Yaygın Anksiyete Bozukluğu" (%33) ve "Distimi" (%14) izlediğini bildirmişlerdir (Breier ve ark. 1986).

Özetle, çeşitli araştırmalarda panik bozukluğa eşlik eden psikiyatrik bozuklukların görülme oranları açısından çelişkili bulgular elde edilmiştir (Kocabaşoğlu, 2002). Literatürde her ne kadar farklı sonuçların yer aldığı panik bozukluk ve sosyal fobi eş tanı incelemeleri bulunsa da, panik bozukluk ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve yaşa bağlı olarak incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu tez çalışmasında panik bozukluk tanısı almış hastalardaki sosyal fobi görülme sıklığı ve bu sıklığın bazı demografik özellikler dikkate alınarak ortaya çıkan farklı sonuçların belirlenmesi amaçlanmıştır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1.1. PANİK BOZUKLUK

### 1.1.1. Tarihçe

Panik kelimesi Yunan Mitolojisinde yalnız yaşayan, üzgün olduğu zaman bir mağaraya kapanan, rahatsız edildiğinde çığlık atarak insanların korkmasına neden olan bir tanrının ismi olan “Pan” dan gelmektedir (Ceylan ve Yazan 2000; Güleç ve Köroğlu, 1997).

Panik bozukluk kavramının gelişimi yaklaşık yüz yıllık bir süreyi kapsamaktadır. Panik bozukluğa “asker kalbi, nörosirkulatuvar nevrasteni ya da hiperventilasyon sendromu” gibi farklı tıbbi terimler üretilmiş, psikolojik çatı altında ise yoğun duyguların neden olduğu nevrasteni grubu içinde yer almıştır (Aysev ve Taner, 2007). 1871 yılında Da Costa'nın çalışmaları sırasında, savaşan askerlerde, çarpıntı, taşikardi, baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi panik bozukluğun fiziksel ve psişik belirtilerin çoğunun tanı ölçütleri olduğu bir hastalık tablosu tanımlanmıştır. Tanım karmaşasına yeni bir boyut getiren Da Costa, bunları nevrotik bir bozukluktan çok kalple ilgili bozukluklar olarak değerlendirmiştir (Tunçer, 1995; Tükel, 2002).

Freud 1894'te panik bozukluğu karşılayan anksiyete tablosunu Heckner'in çalışmasından da yararlanarak nevrasteni grubundan ayırmış ve akut ve kronik, psişik ve somatik belirtilerle ilişkili olan “anksiyete nevrozu” kavramını tanımlamıştır (Berrios, 1996; Ceylan ve Yazan, 2000; Güleç ve Köroğlu, 1997; Pichot, 1994). 1907'de Francis Henkel tarafından DSM tanı ölçütlerine oldukça benzeyen “paroksizmal anksiyete atağı” tanımlanmıştır. Krapelin 1909'da yayınladığı kitabında “korku nevrozu” adıyla anksiyetenin otonomik, fizik ve davranışsal görünümünden söz etmiştir (Berrios, 1996).

1980'de panik bozukluğun diğer anksiyete bozukluklarından ayrılmadan önce patolojik anksiyetenin büyük oranda psikolojik ya da çevresel şartların etkisiyle oluştuğu, nörobiyolojik ve genetik etmenlerin daha çok psikoz ve duygulanım

bozukluklarında önemli olduğu düşünülürdü. 1960'lı yıllarda da antidepresanların panik atakları üzerinde etkili olduğu ve panik ataklarının ilk belirtilerinin hastalığın bazı nörobiyolojik mekanizmalarla ilişkili olduğundan söz edilmiştir. Ancak bu görüş 1980'lere kadar güçlenmemiştir (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

1962 yılında literatürde ilk olarak anksiyete atakları olarak bahsedilen durumlar için panik atağı terimini kullanan Klein ve Fink, bu atakların bir antidepresan kontrol altına alınabildiğini ortaya koymuşlardır. Bu gelişmeden sonra, bu tür ataklara daha farklı bir pencereden bakılmaya başlanmıştır (Klein ve Fink, 1962). Bu yıllardan itibaren panik bozukluk ile ilgili birçok nörobiyolojik araştırma yapılmıştır (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

### **1.1.2. Tanısal Özellikler**

Panik bozukluk, anksiyete belirtilerinin ani ve hızlı bir şekilde başlamasıyla karakterize bir bozukluktur (Sevinçok ve Akoğlu, 2001). Ayrı bir ruhsal bozukluk olarak ilk kez 1980'de DSM-III sınıflandırmasında yer alan panik bozukluk tanı ölçütlerinde zaman içinde birçok değişiklik olmuştur.

DSM-III, üç haftalık dönemde üçten fazla panik atağı olması durumunu, panik bozukluk olarak tanımlamıştır. 1987'de DSM-III-R sınıflandırması, panik bozukluk tanısı için dört haftada dört atak geçirmek ya da başka bir atak geçirmekle ilgili kalıcı korkunun yaşandığı bir ya da daha fazla atak geçirmek koşulunu tanı ölçütü olarak kabul etmiştir. 1994 yılında DSM-IV tanı ölçütlerine "atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma" ve "ataklarla ilgili belirgin davranış değişikliği gösterme (örn. sık olarak doktora gitmek)" ölçütü eklenmiştir. Panik bozukluk, agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (American Psychiatric Association, 1994).

DSM-IV-TR' de Panik Bozukluk, Agorafobinin mevcut olup olmamasına göre iki farklı tanı olarak yer almıştır.

- 1) Agorafobi Olmadan Panik Bozukluk
- 2) Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluk

DSM-IV-TR Agorafobi olmadan Panik Bozukluk tanı ölçütleri şunlardır:

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

(1) yineleyen beklenmedik panik atakları

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

(a) başka atakların olacağına ilişkin sürekli kaygı

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

(c) ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B) Agorafobinin olmaması

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

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

### 1.1.3. Panik Atak

Panik atağı, başta panik bozukluk olmak üzere, diğer anksiyete bozukluklarında da görülebilen, akut ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan yoğun bir anksiyete nöbeti olarak tanımlanır (Karabekiroğlu ve ark. 2007). Panik atakları, Özgül Fobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Fobi, Depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarda ve bazı tıbbi durumlarda ortaya çıkabilir (Goodwin ve ark. 2004; Lin ve ark. 1998).

Panik atakları yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve bu ortaya çıkan ivme kısa sürede en yüksek düzeye ulaşır (Tükel, 2002). Çoğu zaman, on dakikadan daha kısa bir süre içinde doruk düzeyine gelen panik atak belirtileri birkaç dakikadan bir saate kadar devam edebilir (Köroğlu, 2006).

Panik atağı sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, göğüs ağrısı, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir. Ayrıca anksiyetenin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir (Tükel, 2002). Fiziksel ve ruhsal değişimlerin yaşandığı bu anlarda panik atak geçiren kişiler, bu yoğun ve sıkıntı veren duyumları bir “felaket habercisi” olarak değerlendirip, gerçek bir tehlike ile karşı karşıya olduklarını düşünürler (Gökler, 2005).

Panik atak yaşam boyu görülme sıklığı erişkinlerde %2-4 oranında bildirilmiştir (Ersoy ve ark. 2003). Yapılan çalışmalarda erişkinlerin yaşamları süresince %24’ünün panik atak geçirdikleri saptanmıştır (Boscarino ve Adams, 2009). Cinsiyet açısından bakıldığında da bu oranın kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla olduğu görülmektedir (Ersoy ve ark. 2003; Sheikh ve ark. 2002).

Panik bozukluğun en temel ögesi olan panik ataklarının tanımlanmasında bile çeşitlilik vardır. Panik atağı tipleri “beklenmeyen, durumsal ve durumsal yatkınlık gösteren panik atağı” olarak tanımlanmıştır (Barlow ve ark. 1994).



1. Beklenmedik ataklar: Bu tür ataklar ortada hiçbir neden yokken ve birdenbire yaşanan nöbetler olarak tanımlanır. Panik bozuklukta bu tür ataklara rastlanılmaktadır (Kaya, 2007).

2. Duruma bağlı olan ataklar: Bir insanın kedi, köpek, herhangi bir nesne ya da durum karşısındaki tutumuyla ve davranışlarıyla kendisini belli eder. Bu bağlamda, sosyal ortamlarda aşırı anksiyete yaşayanlarda da duruma bağlı panik atakların ortaya çıktığı görülmektedir (Kaya, 2007).

3. Durumsal yatkınlık gösteren panik ataklar: Genellikle destekleyici bir etken olsa da her zaman panik oluşturması beklenmez. Örneğin, panik atak bazen bir tartışma sırasında bazen de bir tartışmadan sonra ortaya çıkabilir (Kaya, 2007).

DSM-IV-TR Panik Atak tanı ölçütleri:

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

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

#### 1.1.4. Agorafobi

Panik bozukluk, kişilikte birtakım değişikliklere neden olabilmektedir. Kişi, hastalık öncesi çok dışa dönük, bağımsız ve aktif olmasına karşın panik bozuklukta sonra bağımlı, pasif, sorumluluk almayan, sosyal etkinliklerden ve arkadaşlarından kaçınan, diğer insanlardan yoğun istekleri ve beklentileri olan biri haline gelebilmektedir (Hoffman ve ark. 1998).

Panik atakları olan hastaların yardım alamayacak durumda olduklarında güçsüz kalacakları endişesiyle sürdürdükleri etkinliklerini yalnız dışarı çıkamayacak ölçüde sınırlandırdıkları ortaya çıkmıştır. Anksiyete bozuklukları kavramında, beklenti anksiyetesinin panik ataklarından sonra oluştuğu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiği bildirilmiştir (Tükel, 2002).

Kelime anlamıyla meydan, açık alan korkusu olarak tanımlanan agorafobi, günümüzde daha geniş anlamda kullanılmaktadır. Agorafobi, ihtiyaç duyulduğunda yardım almanın mümkün olmayabileceği ya da güvenli bulunmayan ortamlardan kaçışın zor olabileceği yer ve durumlarda bulunmaktan aşırı korku duyma olarak tanımlanmaktadır. Bu korku, agorafobiklerin özellikle panik atak sırasında sıklıkla yaşadıkları bayılma, kalp krizi geçirme ve ölüm korkusu nedeniyle bireysel destek imkanından ya da kaçış yolundan mahrum olduğu durumlarda artış göstermektedir. Şiddetli agorafobi vakalarında, birey yoğun kaygı yaşama endişesiyle tümüyle eve bağlanmaktadır (Oltmanns ve ark. 2003).

Agorafobi kapsamında ele alınabilecek korkular kalabalıklarda, evden ayrılmakla, evde yalnız kalmakla, sinema, tiyatro, otobüs, tren, uçak gibi toplu yerlerde bulunmakla ortaya çıkabilir (Sungur, 1997). Genel olarak yardım alınamayacak bir ortamda bulunmaktan korkma şeklinde özetlenebilecek olan agorafobide hastalar bu tür koşullarda panik atağı yaşamaktan korkmaktadırlar (Erdoğan, 2007). Panik bozukluğu olan hastalarda genellikle bir panik atağın tehlikeli ya da utandırıcı olabileceği düşüncesi oluşur. Eğer bu kaçınma çok yaygın bir hal alırsa, sonuçta agorafobiyle birlikte panik ortaya çıkar (Davison ve Neale, 2004).

Agorafobi için DSM-IV-TR tanı ölçütleri:

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

B. Bu durumlardan kaçınılır ya da panik atağı /panik benzeri belirtiler ortaya çıkacağı anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanma korkusu nedeniyle toplumsal durumlardan kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyon nedeniyle kir ve pislikten kaçınma), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

### **1.1.5. Epidemiyoloji**

Panik bozukluk toplumda sık görülen yaygın bir psikiyatrik hastalıktır (Abramowitz ve Foa, 1998; Brown ve ark. 1993; Crino ve Andrews, 1996; Eaton ve ark. 1994; Weissman ve ark. 1997). Panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1.5-3, yaşam boyu bir ya da daha fazla panik atağı yaygınlığı %3.6-9.9, panik bozukluk olan hastalarda yaşam boyu agorafobi yaygınlığı ise %22.5 ile %58.2 arasında olduğu bildirilmektedir (Eaton ve ark. 1994). Wittchen ve Essau'nun (1993) yaptığı geniş çaplı bir araştırmada panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %2, agorafobinin ise %5 olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde panik bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı %1-1.5 arasında olduğu bildirilmiştir (Eaton ve ark. 1994). Weismann ve arkadaşlarının (1997) çeşitli ülkelerde yaptığı araştırmada ise panik bozukluğu yaygınlığı yıllık % 0.2-2.2, yaşam boyu yaygınlığı ise % 0.4 ile 3.5 arasında

bulunmuştur. Tek başına panik atağı geçirme oranı panik bozukluk görülme oranından daha siktir ve genel popülasyonda yaşamın herhangi bir döneminde panik atağı geçirdiğini bildiren kişilerin oranı % 7-14 arasında bulunmuştur (Amering ve Katschnig, 1990).

Panik bozukluk, en sık geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasındaki dönemde başlamakta ve stresli bir yaşam olayından sonra ortaya çıkmaktadır (Angelosante ve ark. 2009; Aysev ve Taner, 2007; Davison ve Neale, 2004; Sergui ve ark. 2000; Tükel, 2002). Panik bozukluk hayatın akışı içinde herhangi bir zamanda da ortaya çıkabilir (Michael ve ark. 2003, Tükel, 1997). Hastalık, 15-25 ve 45-54 yaşları arasında iki kez tepe yapma eğilimi göstermektedir (Essau ve ark. 1999).

Yapılan çok sayıdaki epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda panik bozukluğu yaygınlığının cinsiyete göre değiştiği, kadınlarda daha sık görüldüğü ve daha erken yaşlarda geliştiği şeklinde ortak bir bulgu çıkmıştır (Davidson ve Neale, 2004; Fyer ve ark. 1995; Gökler, 2005; Raj ve ark. 1993). Panik bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığı erkekler için %2, kadınlar için %5'dir (Davidson ve Neale, 2004; Gökler, 2005). ABD' de DSM-III tanı ölçütleri esas alınarak yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında (ECA) panik bozukluğunun yaygınlığı %1.7 (kadınlarda %2.3, erkeklerde %1.0) olarak saptanmıştır (Eaton ve ark. 1991).

Panik bozukluk daha çok yetişkinlerde görülen bir rahatsızlıktır (Kearney ve Silverman, 1992). Fakat son yapılan araştırma sonuçlarına göre ergenlerde ve çocuklarda da sıklıkla gözlemlendiği bildirilmiştir (Aysev ve Taner, 2007; Birmaher ve Ollendick, 2004; Doerfler ve ark. 2007; Ollendick ve ark. 1994). Genel olarak ergenlerdeki yaygınlığı yaklaşık olarak %1'dir (Essau ve ark. 1999; Whitaker ve ark. 1990) Fakat klinik örnekleme çocukların ve ergenlerin panik bozukluğu oranı % 10-15 arasında tespit edilmiştir (Alessi ve ark. 1987). Bu bozukluğun kadınlarda ve ergenlerde daha fazla görüldüğü, özellikle 14 yaşından sonra arttığı gözlenmiştir (Birmaher ve Ollendick, 2004; Ollendick ve ark. 1994).

Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular panik bozukluk hastası çocuk ve ergenlerin %18 gibi göz ardı edilmeyecek bir bölümünde belirtilerin 10 yaşından önce başladığını ortaya çıkarmıştır (Gökler, 2005). 14 ile 17 yaşlarında geniş bir

örnekleme yapılan bir araştırmada panik bozukluk yaygınlığı %0,6 bulunmuştur (Aysev ve Taner, 2007). Yapılan bir başka çalışmada ise agorafobinin eşlik ettiği durumda panik bozukluğunun daha çok yirmili yaşların başlarında, agorafobisiz panik bozukluğunda ise daha fazla yirmili yaşların sonlarında başladığı dikkat çekmiştir (Tükel, 2002).

#### **1.1.6. Eştanı**

Panik bozukluk diğer psikopatolojilerle sık birliktelik gösteren bir psikiyatrik bozukluktur. Agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve özgül fobi gibi anksiyete bozuklukları ve depresyon normal popülasyona göre panik bozukluk hastalarında daha fazla gözlenmektedir (Aysev ve Taner, 2007).

Panik bozukluk duygu durum bozuklukları başta olmak üzere diğer I. Eksen bozukluklarıyla yüksek oranlarda birlikte görüldüğü söylenebilir (zkan ve ark. 2005). Panik bozukluk tanısı alan hastaların %70-80'inde ek bir psikiyatrik bozukluk tanısı daha aldıkları bildirilmiştir (Roy Bryne ve ark. 1999). Starcevic ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bir araştırmada agorafobili panik bozukluk hastalarının %91.4'nde bir eştanı olduğu, agorafobisi olmayan hastalarda ise bu oranın %68.4 olduğu saptanmıştır (Aktaran: Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Panik bozukluk tanısı ile en sık görülen eştanı majör depresyondur (zkan ve ark. 2005; Roy Bryne ve ark. 2000). Yapılan birçok araştırmada agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğun yaşam boyu %37 oranında en az bir diğer anksiyete bozukluğunun eş tanılı durum olduğu ve panik bozukluğunun en sık yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi ile birlikte görüldüğü bildirilmiştir (Goisman ve ark. 1995). Panik bozukluk ile agorafobinin görülme oranının %33, panik bozukluk ile agorafobi, majör depresyon, madde/alkol kötüye kullanım oranının %72 olduğunu bulunmuştur (Klerman ve ark. 1991).

Anksiyete bozukluklarının, özellikle de panik bozukluğun, bipolar bozukluk ile eş tanılı olma durumu da aktif araştırma alanlarından biridir. 140 agorafobili panik bozukluğu hastasıyla yapılan bir klinik çalışmada, hastalarda %13,5 oranında manik veya hipomanik epizod öyküsüne rastlanmıştır (Savino ve ark. 1993). Epidemiyolojik alan çalışmasına göre panik bozukluğun bipolar bozuklukla komorbiditesi (%20,8),

unipolar depresyonla olan komorbiditesinden (%10) çok daha yüksek oranlardadır (Chen ve Dilsaver, 1995). Panik bozukluğu olan erişkinlerin % 13-23'ünde eştanı olarak bipolar bozukluk da mevcuttur. Panik atak veya panik bozuklukla komorbid bipolar bozukluk durumlarında hastalığın gidişi ve etkin tedavisi güçleşmektedir (Birmaher ve ark. 2002).

Yapılan araştırmalarda panik bozukluk ve anksiyete bozuklukları beraberinde görülen tanı oranları, yaygın anksiyete bozuklukları için %23-35, özgül fobi için %16-33, sosyal anksiyete bozukluğu için %10-40, obsesif kompulsif bozukluk için % 8-28 ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu için %7 olarak bildirilmiştir (Onur ve ark. 2004).

Hipokondriyazis ve anksiyete bozuklukları arasındaki sınırlar çok fazla araştırılmamıştır. Starcevic ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada panik bozukluk hastalarının %50'sinin hipokondriyazis sınırında olduğunu bildirmiştir. Bir başka araştırmada ise Sheehan ve arkadaşları (1980) panik bozukluk hastalarının %68'inin bedenlerinde normal olmayan bir şeyler olduğu yönünde kaygı duyduklarını bildirmişlerdir (Aktaran: Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Panik bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik bozuklukları görülme sıklığı da araştırılmış ve %15-75 oranında eştanı olma durumu olduğu belirtilmiştir (Massion ve ark. 2002). Bazı araştırmalarda ise hastalarda kişilik bozukluğu boyutunda olmayan ancak "bağımlı, kaçınan ve histriyonik kişilik özellikleri" gibi baskın kişilik bozukluğu biçimleri olduğu gözlenmiştir (Onur ve ark. 2004; Kocabaşoğlu, 2002). Ayrıca borderline ve paranoid kişilik bozuklukları da panik bozuklukla birlikte görülebileceği bilinmektedir (Kocabaşoğlu, 2002).

### **1.1.7. Etiyoloji**

#### **1.1.7.1. Erken dönem yaşam olayları**

Erken dönemde ayrılık ve kayıplar gibi gelişimsel travmaların, çocuklukta cinsel ve fiziksel istismarın ve yaşamdaki stres kaynaklarının başta panik bozukluk olmak üzere anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olabileceği yapılan birçok araştırmada saptanmıştır (Etik ve ark. 2007; Özkan ve ark. 2005; Tükel, 2002; Silove ve ark. 1995).

Panik bozukluk tanısı alan hastaların % 34-54'ü 16 yaş öncesinde önemli bir kayıp ya da ayrılık öyküsü bildirmiştir. Çocukluk döneminde cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsü olan çocukların panik bozukluk yaşama riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Özkan ve ark. 2005; Kessler ve ark. 1997). Erken dönemde cinsel ya da fiziksel kötü davranıma maruz kalmanın panik bozukluğu hastalarındaki etkisi üzerine yapılan bir araştırmada, panik bozukluğu olgularının %8'inin cinsel, %12'sinin fiziksel kötü davranıma maruz kaldığı bildirilmiştir (Breier ve ark. 1986). Özkan ve ark. (2005) tarafından yapılan bir diğer araştırmada panik bozukluk hastalarının %9-10'unda cinsel travma yanında aile içinde fiziksel şiddete tanık olma veya maruz kalma, kendisi için önemli bir aile bireyini kaybetme veya kaybetme riski yaşama olayları dikkat çekmektedir (Tükel, 2002). Erişkin panik bozukluk ve/veya agorafobik hastalarının %40-60'ında erken çocukluk döneminde cinsel veya fiziksel istismar yaşam olayı olduğu bir diğer araştırmada saptanmıştır (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Hangi anksiyete bozukluklarının çocuklukta başladığı tam olarak belirlenememesine karşın erişkinlikteki panik bozukluk ve sosyal fobinin temellerinin daha çok çocuklukta atıldığı üzerinde durulmaktadır. Yapılan çalışmalarda çocukların olgunlaştıkça başta sosyal fobi olmak üzere anksiyete bozukluklarında bir artış gözlenmesi ve akrabalarında da daha fazla oranda anksiyete bozukluklarının bulunması, yetişkinlik dönemindeki panik bozukluk tedavisini olumsuz yönde etkileyeceğini düşündürmüştür (Onur ve ark. 2004; Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

#### **1.1.7.2. Stresli Yaşam Olayları**

Yapılan birçok araştırma anksiyete bozukluklarında olumsuz yaşam olaylarının tetikleyici bir rol oynadığını, majör yaşam olaylarının panik bozuklukta önemli bir etkisi olduğunu desteklemektedir (Etik ve ark. 2007). Panik bozukluğu olan hastalar ilk panik atağını stres verici yaşam olayından sonra yaşamaktadır (Faravelli ve Pallanti, 1989; Özkan ve ark. 2005).

Panik bozukluk hastalarında stresli yaşam olaylarının etkisi üzerine yapılan bir araştırmada, olguların 2/3'ünde, hastalığın başlamasından önceki altı ay içinde stresli yaşam olaylarının olduğu bildirilmiştir (Breier ve ark. 1986). Bu stresli yaşam olayları görülme sıklığı dikkate alınarak şu şekilde sıralanmıştır; sevilen bir kişiden ayrılma ya

da ayrılma tehditi yaşama, iş değiştirme, gebelik, göç, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık. Bu konuda yapılmış bir başka araştırmada ise panik bozukluğu hastalarında %80 oranında ilk panik atağı öncesinde stresli bir yaşam olayı yaşadıkları saptanmıştır. Tükel (1992) tarafından 57 panik bozukluğu hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %84'ünde ilk panik atağı öncesindeki altı aylık sürede stresli yaşam olayının bulunduğu belirtilmiştir. Bu yaşam olaylarının %17'si işle ilgili sorunlar, %17'si yakın bir kişinin ölümü, %14'ünün ise sevilen bir kişiden ayrılma olduğu bildirilmiştir (Tükel, 2002). Bu tür erken ve kontrol edilemeyen olumsuz yaşam olayları ilerleyen dönemlerde gelişecek anksiyetenin psikolojik ve nörobiyolojik temelleri olarak değerlendirilebilir (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Paniğin başlaması genellikle çevresel ve psikolojik faktörlerle ilişkilidir. Düşük sosyo-ekonomik düzeyin daha fazla stresöre maruz kalınmasına neden olacağı bildirilmiştir (Freidman ve ark. 1994; Neal ve Turner, 1991).

Stresli yaşam olayları ile genetik yatkınlık etkileşimi sonucunda panik bozukluğu hastalarının, temel anksiyete, depresyon ve somatizasyon skorlarının yüksek olduğu da diğer sonuçlar arasındadır (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Kronik stresörlerin varlığı panik bozukluğunu kötüleştirir, yakın zamanda gerçekteşen bir kayıp ya da ayrılık da panik bozuklukta depresyon komorbiditesi oluşması riskini de arttırmaktadır (Simon ve Fischmann, 2005).

### **1.1.7.3. Ayrılık Anksiyetesi**

Çocukluk döneminde yaşanan ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaşamın ilerleyen döneminde panik bozukluğun gelişmesinde risk oluşturmaktadır (Aysev ve Taner, 2007). Farklı çalışmalar sonucunda erişkin dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ile çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi bozukluğu arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Onur ve ark. 2004). Panik bozukluk hastası 115 kişiye geriye dönük yapılan bir araştırmada, bu hastaların %22,6'sında çocuklukta ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır. Panik bozukluk hastası anne babanın çocuklarında ayrılma anksiyetesi bozukluğunun, kontrol grubundakilerin çocuklarından daha sık olduğu gözlenmiştir (Aysev ve Taner, 2007).



Erken dönemde yaşanmış ayrılığın ya da ayrılık anksiyetesinin panik bozukluğun gidişi üzerinde de etkisi olduğu saptanmıştır (Tweed ark. 1989). Tweed ve arkadaşları 1989 yılında yaptıkları bir çalışmada 10 yaş altında annesini kaybeden ya da ailesinden ayrılan kişilerde panik bozukluk riskinin arttığını göstermişlerdir. Bir başka çalışmada panik bozukluğu hastalarında ayrılma anksiyetesi bozukluğu %18-29 arasında olduğu bildirilmiştir. Panik bozukluk ile ayrılma anksiyetesi arasındaki bağlantı hala çok net olmasa da çocukluk yaşamında ayrılma anksiyetesi olsun ya da olmasın, erişkin panik bozukluğu olan hastalarda “ayrılma duyarlılığı” yaygın biçimde yaşanmaktadır. Panik bozukluk hastaları yakınlarından ayrılmakta zorlanmakta, yakınlarını kaybetme ya da onların hastalanacakları düşünceleri bulunmaktadır (Onur ve ark. 2004).

#### **1.1.7.4. Bilişsel Kuram**

Bilişsel bakış açısına göre insanların çevrelerinden gelen bilgiyi yorumlama şekli önemlidir. Bazı insanlar pek çok olayı olumsuz bir biçimde yorumlayarak kendilerini kaygılandırmakta ve çevresel uyarıcılarla tetiklenen olumsuz düşünce ve imgeler sürekli bir tehdit ve güvensizlik yaşatmaktadır (Oltmanns ve ark. 2003).

Panik atakları sırasında ölmekten, kontrolünü yitirmekten ve çıldırmaktan korkma gibi bilişsel semptomların olması hastalığın ortaya çıkmasında bilişsel etkenlerin rolü olabileceği kuramlarının ortaya atılmasına sebep olmuştur (Kaplan ve Sadock, 2004; Michael ve ark. 2003).

Panik bozukluğun etkili bilişsel kuramlarından biri Clark (1986) tarafından ortaya atılan panik bozukluğun, bedensel duyuların hatalı yorumlanmasıyla ortaya çıktığı bulgusudur. Bu model, panik nöbetleri sırasında ortaya çıkan baş dönmesi, çarpıntı, nefes alma güçlüğü gibi bazı fiziksel duyuların, felaketleştirici şekilde yorumlanmasından kaynaklandığını varsaymaktadır. Çarpıntılar genellikle kalp krizi, soluk alıp verme güçlüğü ölüm habercisi olarak yorumlanarak gerçekte olduğundan daha tehlikeli algılanmaktadır. Bu katastrofik inançlar anksiyete artışına ve dolayısıyla daha fazla bedensel duyuma neden olmaktadır. Oluşan bu kısır döngüyle yeni panik ataklar ortaya çıkmakta ve çoğu zaman kaçınma davranışıyla sonuçlanmaktadır (Ceylan ve Yazgan, 2000; Clark, 1986; Fyer ve ark. 1995; Güleç ve Köroğlu, 1997; Kaplan ve Sadock, 1998).

Bilişsel modele göre, duyular her seferinde anksiyete nedeniyle ortaya çıkmamaktadır. Bazen heyecan yaşandığında ya da kahve içildiğinde de kişi fizyolojik uyarılmasını yanlış yorumlayarak tehlike sinyali olarak algılayabilir ve panik nöbeti yaşayabilir (Çetin, 1995; Oltmanns ve ark. 2003; Tükel, 1997). Kişi bedensel duyularını, özellikle panik atağı belirtileri ile uyumlu olanları daha çabuk algılar. Panik ataklarının yineleyici doğası nedeniyle ve bazı bilişsel süreçlerin devreye girmesiyle, hastalar tehlikeli olarak nitelendikleri durumlardan kaçınarak; panik atağı ve beklenti anksiyetelerini azaltmayı öğrenebilirler (Kaplan ve Sadock, 2004).

#### **1.1.7.5. Psikodinamik Kuram**

Psikanalitik kuram, kronik kaygıyı, ego ile id dürtüleri arasındaki bilinçdışı çatışmaya atfeder. Bu dürtülerin genellikle doğaları gereği cinsel ya da saldırgan dürtüler olduğu ve erken çocukluk döneminde olduğu kabul edilir (Davison ve Neale, 2004; Oltmanns ve ark. 2003). Cinsel ve saldırgan dürtüler kendilerini ifade etmeye çalıştıkları sırada ego bilinçdışı olarak cezalandırılmaktan korktuğu için buna izin vermez (Davison ve Neale, 2004). Alt benlikten kaynaklanan dürtülerle üst benlik yasaklarının çatışması sonucu oluşan duygu, benliğin ego bastırma olarak bilinen savunma mekanizmasıyla giderilmeye çalışılmaktadır. Öfke ve saldırganlık gibi kabul görmeyen duygular bastırılmaktadır. Ancak kişi bu duyguları bastıramazsa kontrolünü kaybedeceği ve benliğinin parçalanacağı duygusu yaşamaktadır.

Bu noktada ise devreye giren anksiyete ve panik atakları yardımıyla kabul görmeyen duygular bilinçdışına çıkmaması için bastırılmaktadır (Aysev ve Taner, 2007; Oltmanns ve ark. 2003).

Psikanalitik kuramlar, panik nöbetlerin anksiyete uyarıcı dürtülere karşı başarısız bir savunmadan kaynaklandığını ileri sürer. Agorafobinin ortaya çıkmasında çocuklukta ebeveyn kaybı ve ayrılma anksiyetesi öyküsü önemlidir. Toplum içinde yalnız kalmak, terkedilme ile ilgili çocukluk anksiyetesini tekrar canlandırır ve kişi bastırma, yer değiştirme, kaçınma ve sembolizasyon gibi savunma mekanizmalarını kullanır. Çocukluk döneminde yaşanan örseleyici bir ayrılma çocuğun gelişmekte olan sinir sistemini etkileyebilir ve erişkinlikte anksiyeteye eğilimli hale getirebilir. Belirli çevresel stresörlerle hazırlayıcı nörofizyolojik zeminin etkileşimi sonucunda panik nöbet ortaya çıkabilir (Kaplan ve Sadock, 2004).

### **1.1.7.6. Genetik Açıklamalar**

Çeşitli araştırma sonuçlarında farklı rakamlar sunulmakla birlikte diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi panik bozuklukta da hem genetik yatkınlığın hem de benzer çevresel koşullara maruz kalmanın panik bozukluk riskini yükselttiği bilinmektedir (Erdoğan, 2007; Hettema ve ark. 2001; Silove ve ark. 1995; Skre ve ark. 1993). Anksiyetenin insanda genetik kontrol altında olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Anksiyete olgularının birinci derece akrabalarında görülme oranı %10.7 ile %20.5 arasında değişebilmektedir (Erdoğan, 2007; Yüksel, 2002).

Yapılan bir çalışmada panik bozukluğu hastalarının akrabalarında, panik bozukluğun normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Olgu sayısının az olması nedeniyle kesin sonuca varılamamakla birlikte yapılan ikiz çalışmaları da panik bozukluğunun gelişmesindeki genetik etkenlerin rolünü destekler niteliktedir. Aile ve ikiz çalışmalarında panik nöbetleriyle giden şiddetli anksiyete bozukluklarında, hafif olanlara göre genetik etkinin daha büyük oranda olduğu bildirilmiştir (Tükel, 1997). Panik bozukluğunun tek yumurta ikizlerinde birlikte görülme oranının, çift yumurta ikizlerinden daha fazla olması kalıtsal bir yatkınlığa işaret etmektedir (Davison and Neale, 2004).

### **1.1.8. Klinik Gidiş ve Prognoz**

Panik bozukluk, yinelemelerle giden ve kronik seyrin sık görüldüğü bir psikopatolojidir (Kaplan ve Sadock, 1998). Gidişi kişiden kişiye değişiklikler göstermektedir. Panik bozukluk bir iki yıllık izleme çalışmaları iyi bir prognoz sergilerken, uzun süreli takipte aynı sonuçlar gözlenmemiştir. 4-6 yıllık tedavi sonrası yapılan izleme çalışmasında, olguların %30'unun iyileştiği, %40-50'sinin belirtilerinin tamamen kaybolmadığı, %20-30'unun aynı belirtileri yaşadıkları ya da daha da kötüleştikleri gözlenmiştir (Tükel, 2002).

Panik bozukluk hastaları ataklara neden olabileceğini düşündükleri etkinliklerden, yiyecek ve içeceklerden kaçınabilir, önlem amaçlı ilaç, alkol veya madde kullanabilirler (Kaplan ve Sadock, 2004; Özer, 1999). Ancak panik bozukluk hastaları çeşitli ilaç ve maddelerin olası tehlikelerine karşı duyarlı olduklarından bu hastaların çoğu, ilacın yan etkisini yaşayabileceklerini düşünerek ilaç prospektüslerini

dikkatli bir biçimde okumakta ve ilaç almaktan kaçınmaktadırlar (Bossini ve ark. 2005; Nutt ve Lawson, 1992; Onur ve ark. 2004; Shear ve ark. 2002). Kafein panik bozukluk hastalarında sağlıklı kişilere oranla daha fazla anksiyete semptomuna yol açtığı için panik bozukluk hastaları kafein kullanımından da kaçınmaktadırlar (Nutt ve Lawson, 1992).

Panik bozukluğunun en belirgin psikolojik faktörlerinden biri, kişinin incinebileceği veya zarar göreceği düşüncesidir (Cox, 1996). Panik bozukluk hastalarının olası tehlikeli sonuçları ve yeni atakları olabileceğine dair yaşadığı endişe ve kaygı hali, panik atakların yokluğunda bile kişiye tehlike, güçsüzlük ve güvensizlik hissettirerek kişinin kaçınma davranışları sergilemesine, evden çıkamama, yalnız kalamama gibi sosyal yaşamını kısıtlayan uyumu bozucu çeşitli davranışlara yol açabilmektedir (Feske ve de Beurs, 1997; Özer, 1999; Telch ve ark. 1989). Bu bozukluğu yaşayan kişilerin hayat kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Schmidt ve Telch, 1997). Panik bozukluk, sık görülmesi ve şiddetli olgularda günlük yaşamda belirgin kısıtlılığa yol açması nedeniyle son zamanlarda giderek artan bir biçimde klinisyenlerin ilgi odağı olmuştur (Alkın, 2002).

### **1.1.9. Ayırıcı Tanı**

Panik atakları çok çeşitli tıbbi durumlarda ve psikiyatrik bozukluklarda ortaya çıkabilir. Bu nedenle, panik ataklarının görülmesi panik bozukluk tanısı için yetersizdir (Kocabaşoğlu, 2002). Tanı konulmadan önce tıbbi ve psikiyatrik hastaların ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Genel Tıbbi Durumlar ile Ayırıcı Tanı:

*Fiziksel Hastalıklar:* Bazı endokrin hastalıkları (hipertiroidi, hipoglisemi), kalp hastalıkları (taşikardi), göğüs hastalıkları (bronşiyal astma, akciğer hastalığı), nörolojik hastalıklar (migren) gibi fiziksel hastalıklar panik bozukluğu ile benzer belirtileri olduğundan ayırımı yapılmalıdır. Panik bozukluk tanısı organik bir etken tarafından başlatılmadığında konulmalıdır (Tükel, 2002).

*Madde Bağımlılığı:* Barbiturat gibi maddelerden yoksunluk; kafein, kokain ve amfetamin gibi maddelere bağlı entoksikasyon durumlarında panik atakları görülebilir. Bu tür durumlarda panik bozukluk tanısı konulamaz (Tükel, 2002).

Psikiyatrik Bozuklar ile Ayırıcı Tanı:

*Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriyazis:* Bedensel bir hastalık olduğu inancıyla birçok fiziksel yakınma getirildiğinden, panik bozukluk semptomlarıyla, somatizasyon bozukluğu ya da hipokondriyazisle ayırımı yapılmalıdır (Aysev ve Taner, 2007).

*Sosyal Fobi:* Panik bozukluğunda yaşanan panik ataklar sosyal ortamlarda olduğunda iki bozukluğu birbirinden ayırmak zor olabilir. Ancak panik bozukluğunda panik atak geçirmekle ilgili korku yaşanırken, sosyal fobideki korku sosyal ortamda yanlış bir şey yapmaktan duyulan korkudur (Aysev ve Taner, 2007; Tükel, 1997).

*Yaygın Anksiyete Bozukluğu:* Yaygın anksiyete bozukluğundaki korku çeşitli yaşam olayları ile ilgili streslerdir (Aysev ve Taner, 2007).

*Özgül Fobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk:* Her üç anksiyete bozukluğunda da panik atak yaşanabilir. Ancak panik bozukluktaki beklenmedik panik ataklarının varlığından duyulan korkudan farklı olarak özgül durumlarla ilişkilidir (Aysev ve Taner, 2007).

*Major Depresyon:* Bu hastalıkta da beklenmedik panik atakları görülebilir. Ayrıca panik bozukluk hastalarının yaklaşık üçte birinde, ikincil olarak major depresyon geliştiği bildirilmiştir (Tükel, 1997).

## **1.2. SOSYAL FOBİ**

### **1.2.1. Tarihçesi**

“Sosyal Fobi” kavramı ilk kez 1903 yılında Janet tarafından, konuşurken, piyano çalarken veya yazı yazarken başkaları tarafından gözlenme korkusunu tanımlamak amaçlı kullanılmıştır (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobi, 1966'da Marks ve Gelder tarafından diğer fobilerden ayrılmasına karşın ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 3. Baskısında (DSM-III) yer almıştır (Bayar ve ark. 1999; Dilbaz, 1997). 1969 yılında Marks, araştırmaları sonucu fobileri agorafobi, sosyal fobi, hayvan fobileri ve değişik özgül fobiler olmak üzere dörde ayırmanın daha uygun olacağını düşünmüştür. Çünkü Marks'a göre bu dört fobi alt tipi, birbirinden yalnızca klinik açıdan değil, seyir, başlangıç yaşı ve epidemiyolojik özellikler açısından da oldukça farklıdır.

Sosyal fobi, kişinin tüm hayatı boyunca en çok karşılaşabileceği fobik bozukluklardan biridir. Kişinin bununla karşılaşma olasılığı %13 civarındadır (Furmark, 2002; Westenberg ve Liebowits, 2004)

### **1.2.2. Tanısal Özellikler**

Sosyal fobi, kişinin sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda başkaları tarafından onaylanmayacağı düşüncesiyle; aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşecek biçimde davranacağından korkma durumu olarak tanımlanmıştır (Averill, 1982; Dilbaz, 1997; Köroğlu, 1996; Turan ve ark. 2000). Bu korku duyulan ortamlarda kişilerde kızarma, çarpıntı, terleme ve titreme gibi fizyolojik belirtiler meydana gelir (Dilbaz, 1997; Köroğlu, 1996; Turan ve ark. 2000). Kişi bu belirtilerin anlaşılacağı endişesiyle korktukları etkinliklerden kaçınmakta ve yaşamını sınırlamaktadır (Stein ve ark. 1994).

DSM-II'de (1968) tüm fobik bozukluklar "fobik nörozlar" başlığı altında toplanmışken DSM-III'de (1980) agorafobi (panik ataklı ve panik ataksız), sosyal fobi ve basit fobi gibi alt gruplar tanımlanmıştır. DSM-III-R'de sosyal fobi "başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan bir korku duyma ve bu durumdan kaçınma, utanç duyacağı ve rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma" olarak tanımlanmıştır (Dilbaz, 1997).

DSM-IV'de (1994) belirlenen tanı ölçütlerine bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması koşulu eklenmesiyle DSM-III-R'den farklılık göstermektedir. DSM-IV tanı sistemine sosyal fobi "kişinin yabancılarla veya diğer bireylerin incelemesiyle karşı karşıya kaldığı, sosyal veya performans durumlarında belirgin ve sürekli bir şekilde korku duyması" belirtileriyle tanımlanmaktadır. Buna

göre sosyal fobi tanısı konulabilmesi için terleme gibi anksiyete belirtileri, başkaları tarafından fark edilmesi korkusu gibi diğer ölçütleri de karşılaması gerekmektedir (Bayar ve ark. 1999; Dilbaz, 1997; Türkçapar, 1999).

Sosyal fobi ICD-10'da sınırlı ve yaygın; DSM-IV'de ise genelleşmiş ve genelleşmiş olmayan tip olmak üzere ikiye ayırmıştır. Bu iki tip dışında DSM-IV belirti olarak sosyal fobiyi karşılamayan normal kişilerde de görülebilen sosyal anksiyete durumlarını performans anksiyetesi olarak tanımlamıştır. Performans tipi, kişinin yalnız yaptığında anksiyeteye yol açmayıp bir veya daha fazla etkinlikte ortaya çıkan toplumsal performans kaygısıdır (Dilbaz, 1997; Türkçapar, 1999). Genelleşmiş sosyal fobisi olan kişiler pek çok farklı sosyal ortamlarda korku duyarlar. Genelleşmemiş tipte ise toplum önünde konuşma yapmak, yazı yazmak gibi özgül bir ortamda korku duyma söz konusudur (Sayar ve ark. 2000).

Sosyal Fobinin DSM-IV'e göre tanı ölçütleri:

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir). Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete yalnızca yetişkinlerle olan ilişkilerle değil, akranları ile olan ilişkilerle de ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur bu da duruma bağlı veya durumsal olarak yatkınlık gösteren bir Panik Atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk yapma, dona kalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.

C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla açıklanamaz. (örn. Agorafobi ile birlikte olan ya da olmayan Panik Bozukluğu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Yaygın Bir Gelişimsel Bozukluk ya da Şizoid Kişilik Bozukluğu)

H. Genel bir tıbbi durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, örn. Korku, kekemelik, parkinson hastalığındaki titreme ya da Anoreksia Nervoza ya da Bulimia Nervoza'daki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

Varsa Belirtiniz:

Yaygın: Korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa (örn. Söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme). Not: Çekingen Kişilik Bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz.

### **1.2.3. Epidemiyoloji**

Epidemiyolojik araştırmalar fobik bozuklukların toplumda en yaygın ruhsal bozuklardan biri olduğunu ortaya koymuştur (İzgiç ve ark. 2000; Özgen ve Birsöz, 2000). Sosyal fobi bir yıllık %7.9, yaşam boyu %13.3'lük yaygınlık oranı ile ABD'de en sık görülen ikinci ruhsal hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Fransa'da yürüttüğü bir epidemiyolojik araştırmada sosyal fobinin yaşam boyu %14.4 yaygınlık oranı ile en sık görülen üçüncü ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir (Türkçapar,



1999). ABD'deki Ulusal Komorbidite Araştırması'nda sosyal fobinin yaygınlığı %13.3 oranında bulunmuştur (Kessler ve ark. 1998). Bir başka çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığının %0.5-22.6 arasında olduğu bildirilmektedir (Bayar ve ark. 1999; İzgiç ve ark. 2000).

Sosyal fobi tipik olarak çocuklukta ya da ergenlikte başlar ve sıklıkla kronik bir gidiş sergiler (Flint, 1994). Sosyal fobinin başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir (Dilbaz, 1997; Turan ve ark. 2000). Yaygın olmayan alt tipte sosyal fobi başlangıç yaşı 22.6, çekingen kişilik bozukluğu ile birlikte yaygın tip sosyal fobide 16.0, çekingen kişilik bozukluğu olmaksızın yaygın tip sosyal fobide ise 10.9 olarak bildirilmiştir. Tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi veya kişiliklerinin bir parçası olarak görülmesi nedeniyle genellikle hastalığın başlamasından 15-20 yıl sonra, 30 yaşları civarında başvurulmaktadır (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobi oldukça yaygındır; yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde %11, kadınlarda ise %15'tir (Davidson ve Neale, 2004).

Epidemiyolojik verilere göre sosyal fobi bekarlarda daha sık görülmektedir. Sosyal fobisi olanların eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların aksi yönde sonuç bildiren çalışmalarda mevcuttur (Dilbaz, 1997; Turan ve ark. 2000).

#### **1.2.4. Eştanı**

Sosyal fobiye ikincil gelişen psikiyatrik hastalık sıklığı yüksektir (Bayar ve ark. 1999; Dilbaz, 2000; Turan ve ark. 2000). Çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, sosyal fobi çoğunlukla başka bir anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ya da madde kötüye kullanımı ile birlikte görülmektedir (Aysev ve Taner, 2007; Barlow, 1994).

Sosyal fobi %77 oranında diğer psikiyatrik bozukluklardan önce gelişir (Dilbaz, 2000; Turan ve ark. 2000). Yapılan araştırmalara göre sosyal fobisi olan hastaların %59'unda basit fobi ve %44.9'unda ise agorafobinin komorbid durum teşkil ettiği bildirilmiştir. Ayrıca bu hastaların alkol kötüye kullanımı (%19) ve major depresyon (%17) komorbiditesi diğer sonuçlar arasındadır. Bu konuda yapılan alan

çalışmalarında komorbid durumlar konusunda değişik oranlar saptanmıştır (Turan ve ark. 2000).

*Diğer kaygı bozuklukları:* Sosyal fobisi olan hastaların %50'sinde yükseklik korkusu gibi basit fobi yakınmaları olduğu tahmin edilmektedir (Dilbaz, 2000).

*Alkol ve madde kötüye kullanımı:* Alkol ve madde kötüye kullanımı sıklıkla sosyal fobiye eşlik eder (Hoffman ve ark. 2009). Alkoliklerde yaşam boyu sosyal fobi görülme sıklığı alkolik olmayanlara göre iki misli fazladır. Yapılan 5 ayrı çalışmada yatan alkoliklerde sosyal fobi hızı %8-56 olarak bildirilmiştir. Tersine yapılan üç ayrı araştırmada ise sosyal fobisi olan hastalarda yüksek alkolizm hızı olduğu saptanmıştır (Dilbaz, 2000).

*Depresyon:* Sosyal fobisi olan hastaların yaklaşık %20'sinde major depresyon gözlenmektedir. Ulusal Komorbidite çalışmasına göre sosyal fobisi olanlarda olmayanlara göre major depresif bozukluk gelişme riski dört kez, panik bozukluk gelişme riski ise dokuz kez daha fazladır (Dilbaz, 2000).

*Çekingen kişilik bozukluğu:* Sosyal fobide eşlik eden kişilik bozukluklarının yaygın olduğu ve özellikle çekingen kişilik bozukluğunun Sosyal Fobiyle yaygın bir örtüşme gösterdiği bilinmektedir (Bayar ve ark. 1999; Solmaz ve ark. 2000). Eş tanımlı çekingen kişilik bozukluğu olan sosyal fobiklerde endişe düzeyi çok daha şiddetli, yeti kaybı daha fazla ve tek başına sosyal fobisi olanlara göre eş tanımlı hastalık riski daha yüksektir (Dilbaz, 2000).

Sosyal fobiye ek bir tanının olması sosyal fobi şiddetini artırır, tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilir. Kişi alkol ya da diğer psikoaktif maddeleri başa çıkma yöntemi olarak kullanabilir (Hoffmann ve ark. 2009; Marshall, 1994).

## **1.2.5. Etiyoloji**

### **1.2.5.1. Psikodinamik Kuram**

Psikodinamik akım genel olarak fobileri şu şekilde açıklar: cezalandırılma tehlikesi içeren cinsel veya saldırgan dürtüler bilince gelme tehlikesi doğduğunda uyarı anksiyetesi oluşur ve yer değiştirme, yansıtma ve kaçınma gibi savunma

mekanizmalarını aktive eder ve fobik rahatsızlık denilen durum ortaya çıkar. Bu savunma mekanizmaları yasaklanmış arzuyu bir kez daha bastırarak ortadan kaldırırsa da fobik nevroz oluşur. Aynı mekanizmayla psikanalitik yaklaşıma göre sosyal fobi belirtileri, kabul edilemez nitelikteki bilinçdışı arzu ve fantezilerle bunlara karşı gelişen savunmaların bir ürünü olarak kabul edilir. Sosyal fobide dinamik olarak üç temel etken üzerinde durulmaktadır: utanç yaşantıları, suçluluk duyguları ve ayrılma anksiyetesi (Türkçapar, 1999).

1. Utanç yaşantıları: Sosyal fobik hastalarda bilinçdışı olarak çevre tarafından onaylanma ve dikkat çekme isteği yoğundur. Bu arzu otomatik olarak bu isteği karşılamayan ebeveyn tarafından utandırılma veya eleştirilme duygusunu doğurmaktadır. Bu hayali aşağılanma ve utandırılmadan kaçınabilmek için başkaları tarafından onaylanamayacakları durum ve ortamlardan kaçınırlar.

2. Suçluluk duyguları: Sosyal fobisi olan bazı kişiler, tam ve mükemmel bir ilgi için bilinçdışı olarak diğerlerine saldırgan bir talepkarlık gösterirler. Bu istekle birlikte, ilgi beklediği kişileri korkutarak kaçırma veya yok etme arzusu taşır. Suçluluk duyguları sıklıkla bu rakiplerin yerini almak konusundaki yetersizlikten kaynaklanan utançla birbirine karışmış haldedir.

3. Ayrılma anksiyetesi: Sosyal fobisi olan birçok kişi, ebeveyn ve yakınlarının sevgisini kaybetmesine neden olacağı düşüncesiyle bağımsız olma ve yeni insanlarla yakın ilişki kurmaya korkar. Bu korku anne-bebek çalışmalarında gözlenmiştir. Annenin bebeği terk etmemesine rağmen bebekte terk edileceği korkusuyla anksiyete tepkileri görülmüştür. Mahler bunu “anneden ayrılma ve otonom olma arzusunun emosyonel olarak aynı zamanda annem beni terk etmek istiyor anlamına geldiği” şeklinde açıklamıştır. Bu araştırmalarda sıklıkla annesinde çocuğun otonomi eğiliminden rahatsız olduğu ve bu arayışa olumsuz tepki verdiği görülmüştür. Çocuk bu gelişimsel korkuları yaşarken ebeveyn veya temel bakıcıların gerçek aşırı reddedici tutumlarıyla daha da pekiştirilirse, çocuk her türlü her yeni otonomi girişiminin sonucunda terk edilme korkusuyla savaşıyor. Dış dünyadaki insanlarla ilişki kurmaktan uzak durarak reddedilmeye veya terk edilme sonucundan kaçınmaya çalışıyor.

Tüm bu süreçlere bakıldığında sosyal fobiklerdeki anne, baba, temel bakıcılarla ilişkilerle gelişen iç nesne temsilcileri, utandıran, eleştiren, aşağılayan, alay eden, terk eden nesnelere dir. Bu nesnelere kişinin hayatı boyunca kişiye yerleşir ve tetikleyici bir unsur olarak kişinin hayatında bulunur. Kişi bu tetikleyici unsurlarla karşılaşınca o çevreden ve insanlardan kaçınır. (Türkçapar, 1999).

### **1.2.5.2. Bilişsel Model**

Bu modele göre sosyal fobikler davranışlarının, kendisi ve başkaları tarafından değerlendirilmesine ilişkin işlevsel olmayan bazı düşünce ve inançlara sahiptirler. Sosyal yönden olumsuz değerlendirilme ile ilgili bazı otomatik düşünceler bu olumsuz düşünce ve inançlar tarafından tetiklenmekte ve bireyin sosyal performansını bozmaktadır. Sosyal performans bozuldukça sosyal fobinin şiddeti artmakta, sosyal fobinin şiddeti arttıkça sosyal performans daha da düşmekte ve kişi bir kısır döngünün içine girmektedir (Stopa ve Clark, 1993).

Sosyal fobinin kökeninde başkaları tarafından olumlu değerlendirilme isteğine karşın bunun oluşmayacağına dair belirgin bir güvensizlik vardır (Clark ve Wells, 1995; Dilbaz, 1997; Türkçapar, 1999). Sosyal fobik özellikleri olan kişiler, çevrelerindeki her şeyi çok dikkatli bir şekilde izlerler. (Eysenck, 1997; Rapee ve Heimberg, 1997; Williams ve ark. 1995). Korkulan sosyal durum ile karşı karşıya kalınca doğuştan yatkınlık ile önceki yaşantı ve deneyimlere ait olumsuz düşüncelerin etkileşimi sonucu sosyal fobiklerde söz konusu durumla ilgili tehlike algısı oluşturarak bir dizi kabullenme oluşur. Sosyal fobikler bu tür ortamlara girdiklerinde, (1)beceriksiz ve uygun olmayan biçimde davranacakları ve (2)bunun da reddedilme, değer ve sosyal mevki kaybına neden olacak bir felaketle sonuçlanacağına inanmaktadırlar. Böyle bir tehdit algılayan sosyal fobik refleks olarak “anksiyete programı” nı aktive eder. Sosyal fobik birey diğerleri tarafından olumsuz değerlendirilme tehlikesi içinde olduğunu düşündüğünde dikkati kendisini gözleme ve değerlendirmeye odaklanır. Sosyal fobiklerin olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin düşünce ve inançlarına kanıt bulmak için dikkatlerini seçici olarak olumsuz durumlara yoğunlaştırmaları da anksiyete durumunu arttırmaktadır (Dilbaz, 1997; Stopa ve Clark, 1993; Sungur, 2000; Türkçapar, 1999).

### **1.2.5.3. Savunma Emniyet Modeli**

Bu model temelde psikodinamik kuram ve bağlanma kuramına dayanır. Bu modele göre savunma sistemi, insanlardan gelen tehditleri saptama işlevi gören “tehlike var kendini koru” mesajını verirken, emniyet sistemi ise savunma sistemine karşı çalışarak “güvendesin rahatla” mesajını verir ve kişinin diğerlerinden gelen yardımlaşma ve arkadaşça tepkilerini saptayıp ilişki kurmasını sağlar (Türkçapar, 1999).

Bu modele göre sosyal anksiyetesi olan bireyde sorun savunma-emniyet sistemi arasındaki dengenin bozulmasıdır. Bu dengeyi bozan iki ebeveyn tutumu vardır. Birincisi, ebeveynin diğer insanlarla ilgili hissettikleri kendi tehdit duygularını çocuğa yansıtma davranışlarıdır. Bir diğer dengeyi bozan tutum ise ebeveynin çocuğa karşı aşırı kontrolcü, düşmanca ve reddedici davranışlarıdır. Ebeveyn rolünün disiplin yönelimli olması ve işbirliği yöneliminin zayıf olması çocukta savunma sisteminin aşırı etkinleşmesine, emniyet sisteminin ise zayıflamasına yol açarak sosyal fobi geliştirir (Dilbaz, 1997; Türkçapar, 1999).

### **1.2.5.4. Öğrenme Modeli**

Öğrenme teorisine dayanan modeller, koşullanma ve modelden öğrenmenin etkisine dikkat çekmektedirler. (Aysev ve Taner, 2007). Özgül fobilerde olduğu gibi ya da travmatik koşullandırıcı yaşantılar sonucu sosyal fobi gelişebileceği önemli bir varsayımdır. Sosyal fobikler, doğrudan travmatik koşullamada fobilere neden olan yaşantıları belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel koşullamada ise başkasının korkusunun gözlenmesi korku veya fobinin oluşmasına neden olabilir (Dilbaz, 1997).

### **1.2.5.5. Rasyonel Emotif(Duygusal) Model**

Albert Ellisin geliştirdiği bir diğer bilişsel model olan rasyonel emotif(duygusal) modele göre, sosyal fobiklerin “iyi performans göstermek zorunda oldukları” ve “performans esnasında rahatsızlık duymamak zorunda oldukları” gibi irrasyonel bir biçimde kendilerine komut vermeleri nedeniyle sosyal fobi belirtileri ortaya çıkar (Türkçapar, 1999).

#### **1.2.5.6. Kendilik Sunumu Modeli**

Sosyal anksiyetenin kendilik sunumu modeline göre kişi, diğer insanlar üzerinde iyi izlenim bırakma konusunda özellikle istekli ve bu isteğinin gerçekleşmesi konusunda şüphelidir. Kişi, bu iki durumun birlikteliğinde sosyal anksiyete yaşar (Dilbaz, 1997).

#### **1.2.5.7.Sosyal Beceri Modeli**

Bu modele göre sosyal anksiyete sosyal beceri eksikliği sonucunda oluşur (Davison ve Neale, 2004; Dilbaz, 1997). Bu görüşe göre kişi, başkalarına rahat hissedebileceği şekilde davranmayı öğrenmemiştir ya da sürekli pot kırmakta, sosyal olarak beceriksiz davranmakta ve tanıdıkları tarafından eleştirilmektedir (Davison ve Neale, 2004). Kişinin yaşadığı olumsuz değerlendirilme korkusu ve koşullanma dönemleri yaşanan korkuyu daha da yoğunlaştırır (Dilbaz, 1997). Sosyal kaygısı olan kişilerin gerçekten de sosyal beceriler açısından düşük olarak değerlendirilmeleri ve sosyal etkileşimdeki tepkilerinin zaman ve yer açısından uygunsuz olduğunu gösteren araştırma bulguları bu görüşü desteklemektedir (Davison ve Neale, 2004).

#### **1.2.5.8.Genetik**

DSM-III-R sosyal fobi tanısı almış hastalarla yapılan çalışmalarda, sosyal fobik hastaların ailelerinde, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ailelerinden daha sık oranda sosyal fobi saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, sosyal fobisi olan bireylerin yakınlarında sosyal fobi sıklığı (%6.6), panik bozukluğu olan bireylerin ailelerinde (%0.4), normal kontrol ailelerde %2.2 olarak bulunmuştur (Türkçapar, 1999).

Sosyal fobinin etiyolojisindeki genetik etmenlerin rolünü araştırmak amaçlı yapılan aile ve ikiz çalışmalarının sonuçlarında tüm olgularda genetik etmenlerin orta düzeyde bir etkisi olduğu bildirilmiştir. Sosyal fobi kalıtsal geçişin %30 oranında olduğu bildirilmiştir (Dilbaz, 1997).

#### **1.2.6. Klinik Gidiş ve Prognoz**

Sosyal fobi erken başlangıçlı ve kronik seyir izleyen bir hastalıktır (Özgen ve Birsöz, 2000). Sosyal fobi genellikle çocukluk döneminde başlar ve ergenlikte en yüksek düzeyde yaşanır. Bu dönem kişilerin yaşama aktif olarak katılmaları için sosyal becerilerini geliştirmesi gereken bir dönem olması nedeniyle bu bozukluk

kişinin gelişimini engeller. Klinik deneyimler sosyal fobinin belirli oranda işlev kaybı ile ilintili olduğunu göstermektedir (Dilbaz, 2000). Olguların %92'sinin mesleki işlevlerinde, %85'inin akademik performanslarında, %70'inin ise sosyal ilişkilerinde bozukluk oluşmaktadır (Dilbaz, 1997). Dilbaz ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları bir çalışmada, sosyal fobi tanısı alan hastaların iş, sosyal yaşam ve aile yaşamındaki yeti kaybının, kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Sosyal fobinin prognozu eşzamanlı bir hastalığın varlığından büyük ölçüde olumsuz yönde etkilenir. Normal popülasyona göre sosyal fobi hastalarında sağlık durumunun bozulması ve yaşam kalitesinin azalması söz konusudur (Dilbaz, 2000). Sosyal fobisi olanlar yaşadıkları zorluklarla baş etme yolu olarak yüksek oranda alkol, ilaç kötüye kullanımı gibi yöntemler geliştirirler (Aysev ve Taner, 2007; Dilbaz, 2000). Uzun vadede intihar davranışları görülebilir (Aysev ve Taner, 2007).

### **1.2.7. Ayırıcı Tanı**

Tıbbi durumlar: Kişinin utanç duyabileceği başka bir tıbbi ve psikiyatrik durumun varlığında (kekemelik, obezite, Parkinson hastalığı gibi) bu duruma ikincil olarak sosyal fobi belirtileri ortaya çıkmaktadır. (Dilbaz, 2000). Bazen de anksiyete hissi tiroid hastalıkları, hiperparatiroidi, hipoglisemik durumlar, epilepsi ve kalp hastalıkları gibi organik nedenlere bağlıdır. Bu tür durumlarda sosyal fobi tanısı dışlanmalıdır (Aysev ve Taner, 2007).

Panik Bozukluğu: Sosyal fobi ve panik atağın her iki sendromda da görülmesi nedeniyle ayırıcı tanı konusunda güçlük yaşanabilir. Sosyal fobinin, sosyal ortamlarda gelişmesi; utanma, aşağılanma, komik duruma düşme korkusuyla geri çekilmesi tanı aşamasında göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal fobide kızarma, terleme sıklıkla görülürken panik bozuklukta çarpıntı, göğüs ağrısı, soluk alamama, baş dönmesi, görme bulanıklığı ve baş ağrısı daha sıklıkla görülen yakınmalardır. Ayrıca sosyal fobiklerde sorun panik bozukluğundan daha erken yaşlarda başlamaktadır (Dilbaz, 1997).

Obsesif- kompulsif bozukluk: Sosyal fobisi olan kişiler çevredeki diğer insanların kendisini olumsuz değerlendireceğinden dolayı anksiyete yaşarken obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişiler obsesyonların içeriği nedeniyle anksiyete yaşarlar (Dilbaz, 1997).

**Yaygın Anksiyete Bozukluğu:** Yaygın kaygı bozukluğunda kişi sosyal olan ve olmayan tüm durumlarda kaygı ve endişe yaşadığı için bir ölçüde sosyal fobiyle örtüşmesine karşın, sınırları belirleyecek kesin ölçütler henüz belirlenmemiştir. Bu hastalara kıyasla sosyal fobisi olanlarda baş ağrısı, ölüm korkusu, terleme, kızarma ve soluma güçlüğü daha seyrek oluşmaktadır. Ayırıcı tanı için önemli olan ölçüt utanma ve aşağılanma korkusudur. Diğer kaygılarla birlikte bu korkularda mevcutsa iki tanı birlikte konulabilir (Dilbaz, 2000).

**Beden Dismorfik Bozukluğu:** Bu kişilerin görünüşlerindeki bozukluk ile aşırı ilgilenmeleri ve utanç duymaları nedeniyle sosyal ilişkilerden ve ortamlardan uzak durmaktadırlar. Beden dismorfik bozukluk ile sosyal fobi arasında ayırım yapılmalıdır (Dilbaz, 1997).

**Major Depresyon:** Major depresyon ve sosyal fobinin birlikte olduğu durumlarda, major depresyonun olmadığı önceki bir dönemde sosyal fobi varsa tanı sosyal fobi olarak konulmalıdır (Dilbaz, 1997).

**Yeme Bozuklukları:** Yapılan araştırmalarda bulimikler başta olmak üzere yeme bozukluğu olan kadınlarda sosyal fobinin eş tanı olduğu bildirilmiştir (Dilbaz, 1997).

**Madde kötüye kullanımı:** Sosyal fobi tanısı için, eş tanıli durumlarda sosyal fobi belirtilerinin madde kötüye kullanımından önce başlaması ve uzun yoksunluk dönemlerinde bile devam ediyor olması gerekmektedir (Dilbaz, 1997).

**Şizofreni Spektrumu Bozuklukları:** Bu hastalar insanlardan zarar görecekları sanırısı veya sosyal ilgi azlığı nedeniyle sosyal ortamlardan korkar ve kaçınırlar (Dilbaz, 1997).

**Çekingen Kişilik Bozukluğu:** DSM-III-R tanı ölçütleri incelendiğinde birçok ölçütün ortak olması nedeniyle iki tanıyı klinikte ayırt etmenin çoğunlukla güç olduğunu kabul edilmektedir (Sevinçok ve ark. 1998). Çekingen kişilik bozukluğu olan kişilerde eleştirilme korkusu ile kişiler arası ilişkilerden kaçınma, alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkiler kurmama, sosyal ortamlarda reddedileceğini düşünme ve yeni kişiler arası ortamlarda ketlenme, sosyal olarak tümüyle becerisiz olduğuna inanma, utanacağı korkusuyla yeni aktivitelerden kaçınma gözlenmektedir.



İki bozukluğun birbirine benzemesi nedeniyle DSM sistemine göre eksen I ve II tanıları koymak daha uygun olacağı düşünülmüştür (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobiklere göre çekingen kişilik bozukluğu olan kişilerin, anksiyete ve depresyon düzeyi ile başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme kaygısı daha yüksek ve işlevsel kaybı daha fazla olmaktadır (Dilbaz, 1997; Sevinçok ve ark. 1998). Çekingen kişilik bozukluğundaki yakın arkadaş olamaması ve günlük etkinliklerdeki riskleri abartma gibi özellikler sosyal fobili hastalarda daha nadir görülmektedir (Sevinçok ve ark. 1998).

Yapılan bir araştırmada genelleşmiş Sosyal Fobisi olan 23 hastada %61 oranında çekingen kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Herbert ve ark. 1992). Yapılan diğer çalışmalarda Sosyal Fobi ve çekingen kişilik bozukluğu arasındaki komorbidite oranı %60-100 arasında bulunmuştur (Sevinçok ve ark. 1998).

### **1.3. AMAÇ VE HİPOTEZ**

Bu çalışmanın hipotezine göre panik bozukluk tanısı almış hastalar ile panik bozukluk yakınmaları olmayan kontrol grubu arasında sosyal fobik özelliklerin görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu araştırmada klinik örneklem, kontrol grubuyla karşılaştırılacak ve ardından sadece klinik örneklem ile çalışılarak şu sorulara cevap aranacaktır:

1. Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobik özelliklerin görülme sıklığı cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
2. Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobik özelliklerin görülme sıklığı medeni duruma göre farklılaşmakta mıdır?
3. Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobik özelliklerin görülme sıklığı yaşa bağlı olarak farklılaşmakta mıdır?
4. Eğitim düzeyi, panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobik özelliklerin görülme sıklığında etkili midir?
5. Panik bozukluk tanısı almış hastaların sosyal fobi ölçeğinin kaygı ve kaçınma alt ölçeklerinden almış oldukları puanlar anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

#### **1.4. KAPSAM VE SINIRLILIKLAR**

1. Araştırma, Bursa'daki özel bir hastane ve İstanbul'daki özel psikiyatri kliniklerine başvurmuş panik bozukluk tanısı almış kişilerle sınırlıdır.
2. Araştırma örneklemini oluşturan katılımcılar 18-65 yaş arası kişilerle sınırlıdır.
3. Araştırmada klinik görüşme sonrası panik bozukluk tanısı almış kişilere uygulanan, güvenilirlik ve geçerliği yapılmış Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği ve demografik özellikleri içeren bilgi formundan elde edilen veriler kullanılmıştır. Elde edilen veriler ve sonuçlar bu ölçeklerle sınırlıdır.

#### **1.5. VARSAYIMLAR**

1. Örnekleme evreni temsil etmektedir.
2. Örnekleme oluşturan katılımcılar ölçme araçlarını doğru ve içten cevaplamışlardır.
3. Ölçme araçları ölçtükleri özellikler açısından güvenilir ve geçerlidirler.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM ve GEREÇLER

#### 2.1.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

##### 2.1.1. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmanın örneklemi, Bursa'daki özel bir hastaneye ve İstanbul'daki özel psikiyatri kliniklerine başvurmuş, psikiyatrik görüşme sonrasında DSM-IV Panik Bozukluk tanı ölçütlerini karşılayan 150 hasta ve Panik Bozukluk yakınmaları olmayan 150 sağlıklı kişiden (218 kadın 82 erkek) oluşmaktadır. Örneklemi oluşturan kadın ve erkek katılımcıların yaşları 18 ile 65 arasında değişmektedir.

##### 2.1.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada “Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği” ve araştırmacı tarafından geliştirilen Bireysel Bilgi Formu kullanılmıştır.

##### 2.1.2.1. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

Liebowitz'in 1987'de geliştirdiği ölçek, sosyal fobiklerin anksiyete ve kaçınma yaşadıkları sosyal durumları değerlendirmek üzere, klinisyen tarafından uygulanan, 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren 24 maddeden oluşmuş bir ölçektir. LSAS Sosyal Fobi için geçerliliği ve güvenilirliği olan ve tedavi için duyarlı bir ölçektir (Dilbaz, 2000). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ( $r=0.98$ ). Ölçekten, sosyal fobik korku ve sosyal fobik kaçınma toplam puanları elde edilmektedir. Ayrıca, “performans korkusu”, “performans kaçınması”, “sosyal korku” ve “sosyal kaçınma” alt ölçeklerine göre de puanlama yapılabilmektedir (Sayar ve ark. 2000).

##### 2.1.2.2. Bireysel Bilgi Formu

Araştırma örnekleminin sosyal fobi düzeylerinin bazı demografik değişkenlere göre farklılık gösterebileceğinden hareketle, bireysel bilgi formu oluşturulmuştur. Bireysel bilgi formunda; cinsiyet, eğitim durumu, yaş ve medeni durum ile ilgili sorular bulunmaktadır.

### **2.1.3. Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol**

Özel bir hastaneye ve özel psikiyatri kliniklerine başvuran psikiyatrik görüşme sonrasında DSM-IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluk tanısı almış klinik örnekleme oluşturan kişiler, araştırmacıyla önceden kararlaştırılan gün ve saatlerde hastaneye çağrılmıştır. Panik bozukluk tanısı almış hastalarla ve rastgele seçilmiş panik bozukluk yakınmaları olmayan sağlıklı gruptaki kişilerle yapılan birebir görüşmelerde önce bilgi formu, ardından da Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Uygulamalar ortalama 20-25 dk arasında sürmüştür.

### **2.1.4. Verilerin Analizi**

Örneklem grubundan elde edilen verilerin analizi; SPSS 11.5 pc. paket programı (Statistical Programme for Social Science/ Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı) ile yapılmıştır. Analizlerde; Tek Örneklem İçin T-Testi (One Sample Test), Bağılantısız Örneklem İçin T-Testi (Independent Sample Test), Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) kullanılmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır.

#### 3.1. Araştırmanın Örnekleme İlişkin Veriler

Araştırma örnekleminin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 3.1. Örneklemin Sosyo-Demografik Özellikleri**

|               |                       | Panik Bozukluk Grubu |      | Karşılaştırma Grubu |      |
|---------------|-----------------------|----------------------|------|---------------------|------|
|               |                       | Sayı (n=150)         | %    | Sayı (n=150)        | %    |
| Cinsiyet      | Kadın                 | 115                  | 76,7 | 103                 | 68,7 |
|               | Erkek                 | 35                   | 23,3 | 47                  | 31,3 |
| Eğitim Durumu | İlkokul veya ortaokul | 44                   | 29,3 | 14                  | 9,3  |
|               | Lise                  | 48                   | 32   | 48                  | 32   |
|               | Üniversite            | 48                   | 32   | 78                  | 52   |
|               | Lisansüstü            | 10                   | 6,7  | 10                  | 6,7  |
| Yaş           | 30 yaş altı           | 67                   | 44,7 | 108                 | 72   |
|               | 30-40 yaş arası       | 62                   | 41,3 | 33                  | 22   |
|               | 41-50 yaş             | 13                   | 8,7  | 9                   | 6    |
|               | 50 yaş üstü           | 8                    | 5,3  | 0                   | 0    |
| Medeni Durum  | Evli                  | 99                   | 66   | 62                  | 41,3 |
|               | Bekar                 | 40                   | 26,7 | 86                  | 57,3 |
|               | Dul                   | 2                    | 1,3  | 1                   | 0,7  |
|               | Boşanmış              | 9                    | 6    | 1                   | 0,7  |

Hasta grubunda örneklemin %76,7'sini kadınlar, %23,3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan panik bozukluk hastalarının % 29,3'ü ilkökul veya ortaokul, %32'si lise, %32'si üniversite, %6,7'si lisansüstü eğitimini tamamlamıştır. Panik bozukluk hastalarının %44,7'si 30 yaş altı, %41,3'ü 30-40 yaş, %8,7'si 41-50 yaş arası ve %5,3'ü ise 50 yaş üstü kişilerden oluşmaktadır. Hasta grubundaki katılımcıların %66'sı evli, %26,7'si bekar, %1,3'ü dul, %6'sı boşanmış durumdadır. Karşılaştırma grubunda ise örneklemin %68,7' sini kadınlar, %31,3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan sağlıklı kişilerin % 9,3'ü ilkökul veya ortaokul, %32'si lise, %52'si üniversite, %6,7'si lisansüstü eğitimini tamamlamıştır. Sağlıklı gruptaki katılımcıların %72'si 30 yaş altı, %22'si 30-40 yaş, %6'sı 41-50 yaş arası kişilerden oluşmaktadır. Panik bozukluk yakınmaları olmayan kişilerin %41,3'ü evli, %57,3'ü bekar, %0,7'si dul, %0,7'si boşanmış durumdadır.

### 3.2. Panik Bozukluk Hastaları ile Kontrol Grubunun Sosyal Fobi Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Araştırmada panik bozukluk hastalarının sosyal fobi puan ortalamaları ile panik bozukluk yakınmaları olmayan kontrol grubunun sosyal fobi puan ortalamaları karşılaştırılmış, iki grubun puanları Bağılantısız Örneklem İçin T-Testi (Independent Sample Test) ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 3.2'de sunulmuştur.

**Tablo 3.2.** Panik Bozukluk Hastaları ile Kontrol Grubunun Sosyal Fobi Düzeyleri için Sonuçlar

|                   | Panik Bozukluk Hastaları (n= 150) | Kontrol Grubu (n= 150)    | t     | P       |
|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------|---------|
| Sosyal Fobi Puanı | Ort.= 55, 89<br>SS= 28, 59        | Ort.= 35,62<br>SS= 20, 41 | 7, 07 | ,000*** |

\*\*\*P<.001

Panik bozukluk tanısı almış olan hasta grubun sosyal fobi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile panik bozukluk yakınmaları olmayan sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubunun sosyal fobi ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Buna göre panik bozukluk hastalarının sosyal fobi puan ortalamasının ( $\bar{X}=55,89$   $s=28,59$ ), sağlıklı kişilerden oluşan gruba göre ( $\bar{X}=35,62$   $s=20,41$ ) daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır ( $t(298)=7,07$ ;  $p=,000$ ).

### 3.3. Panik Bozukluk Hastalarının Sosyal Fobi Puan Ortalamasının Demografik Değişkenlerle İlişkisi

#### 3.3.1. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Cinsiyet ile İlişkisi

Panik bozukluk hastası olan kadın ve erkeklerin sosyal fobi puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı Bağılantısız Örneklemeler için T Testi (Independent Sample Test) ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 3.3’de sunulmuştur.

**Tablo 3.3.** *Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan Ortalamalarının Cinsiyetle İlişkisi için Sonuçlar*

|                   | Panik Bozukluğu Olan Kadın (n= 115) | Panik Bozukluğu Olan Erkek (n= 35) | t     | P     |
|-------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------|-------|
| Sosyal Fobi Puanı | Ort.= 58, 44<br>SS= 27, 90          | Ort.= 47, 51<br>SS= 29, 61         | 1,937 | ,047* |

\*P<.05

Tablo 3.3.'ten de takip edilebileceği gibi panik bozukluk hastalarında sosyal fobi görülme sıklığı cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kadınların sosyal fobi puan ortalamaları ( $\bar{X}=58,44$ ;  $s=27,90$ ) ile erkeklerin sosyal fobi puan ortalamaları ( $\bar{X}=47,51$ ;  $s=29,61$ ) arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu saptanmıştır ( $t(148)=2,000$ ;  $p<,05$ ). Buna göre kadınların erkeklere göre sosyal fobi puanlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

### 3.3.2. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Medeni Durum ile İlişkisi

Panik bozukluk tanısı almış hastaların sosyal fobi puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) ile araştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.4'te sunulmuştur.

**Tablo 3.4.** *Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan Ortalamalarının Medeni Durum ile İlişkisi için Sonuçlar*

|                   | Evli<br>(n= 99)        | Bekar<br>(n= 40)        | Dul<br>(n= 2)          | Boşanmış<br>(n= 9)      | F    | P    |
|-------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------|------|
| Sosyal Fobi Puanı | Ort.=59,95<br>SS=26,85 | Ort.=53,85<br>SS= 31,79 | Ort.=52,50<br>SS= 2,12 | Ort.=54,11<br>SS= 37,74 | ,132 | ,941 |

Panik bozukluk tanısı almış hastalardan evli olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=59,95$ ;  $s=26,85$ ), bekar olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=53,85$ ;  $s=31,79$ ), dul olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=52,50$ ;  $s=2,12$ ) ve boşanmış olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=54,11$ ;  $s=37,74$ ) arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ( $F(3,150)=,132$ ;  $p=,941$ ).



### 3.3.3. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Yaş ile İlişkisi

Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi puanlarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) ile araştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.5'te sunulmuştur.

**Tablo 3.5.** *Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan Ortalamalarının Yaş ile İlişkisi için Sonuçlar*

|                         | 30 yaş altı<br>(n= 66)  | 30-40 yaş<br>(n= 62)    | 41-50 yaş<br>(n= 14)    | 50 yaş üstü<br>(n= 8)   | F      | P     |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|-------|
| Sosyal<br>Fobi<br>Puanı | Ort.=59,50<br>SS= 26,12 | Ort.=51,16<br>SS= 30,74 | Ort.=56,79<br>SS= 26,73 | Ort.=61,25<br>SS= 33,83 | 1, 015 | , 388 |

Sonuçlara göre, panik bozukluk tanısı almış hastalardan 30 yaş altı olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=59,50$ ;  $s=26,12$ ), 30-40 yaş arası olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=51,16$ ;  $s=30,74$ ), 41-50 yaş arası olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=56,79$ ;  $s=26,73$ ) ve 50 yaş üstü olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=61,25$ ;  $s=33,83$ ) arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma bulunmamıştır ( $F(3,150)=1,015$ ;  $p=,338$ ).

### 3.3.4. Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Görülme Sıklığının Eğitim Durumu ile İlişkisi

Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi puan ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) ile araştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.6'da sunulmuştur.

**Tablo 3.6.** *Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan Ortalamalarının Eğitim Durum ile İlişkisi için Sonuçlar*

|                         | İlkokul<br>veya<br>ortaokul<br>(n=44) | Lise<br>(n=48)          | Üniversite<br>(n=55)    | Lisansüstü<br>(n=3)     | F     | p       |
|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|---------|
| Sosyal<br>Fobi<br>Puanı | Ort.=70,61<br>SS= 28,14               | Ort.=55,56<br>SS= 24,87 | Ort.=45,84<br>SS= 27,65 | Ort.=29,67<br>SS= 10,26 | 7,986 | ,000*** |

\*\*\*P<,001

Panik bozukluk tanısı almış hastalardan ilkokul veya ortaokul mezunu olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=70,61$ ;  $s=28,14$ ), lise mezunu olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=55,56$ ;  $s=24,87$ ), üniversite eğitimi olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=45,84$ ;  $s=27,65$ ) ve lisansüstü eğitimi olanların puan ortalaması ( $\bar{X}=29,67$ ;  $s=10,26$ ) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ( $F(3, 46)= 7,986$ ;  $p<,001$ ).

Hangi gruplar arasında fark olduğunu analiz etmek için Hochberg's Post Hoc Testi kullanılmıştır. Buna göre, ilkokul veya ortaokul mezunu olan kişilerin sosyal fobi puan ortalamalarının lise mezunu olan kişilerden (Ort. Fark= 15,05;  $p=,046$ ) ve üniversite mezunu olan kişilerden (Ort. Fark= 24,78;  $p= ,000$ ) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak ilkokul veya ortaokul mezunu olan kişiler ile lisansüstü eğitimi olan kişiler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ort. Fark= 40,95;  $p= ,066$ ). Benzer şekilde, lise mezunu olan kişiler ile üniversite mezunu olan kişiler (Ort. Fark= 9,73;  $p= ,341$ ) ve lisansüstü eğitimi olan kişiler (Ort. Fark= 25,90;  $p= ,486$ ) arasında da sosyal fobi puan ortalamaları açısından anlamlı düzeyde bir fark olmadığı görülmüştür. Ayrıca, üniversite mezunu olan kişiler ile lisansüstü eğitimi olan kişilerin (Ort. Fark= 16,17;  $p= ,889$ ) sosyal fobi puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı bulgulanmıştır. Sonuçlar Tablo 3.7' de sunulmuştur.

**Tablo 3.7.** *Panik Bozukluk Hastalarında Sosyal Fobi Puan Ortalamalarının Eğitim Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

| Eğitim Grupları       |             | Ortalama Farklar | P     |
|-----------------------|-------------|------------------|-------|
| İlkokul veya Ortaokul | Lise        | 15,05            | ,046* |
|                       | Üniversite  | 24,78            | ,000* |
|                       | Lisans Üstü | 40,95            | ,066  |
| Lise                  | Üniversite  | 9,73             | ,341  |
|                       | Lisans Üstü | 25,90            | ,486  |
| Üniversite            | Lisans Üstü | 16,17            | ,889  |

\*P<,05

### 3.4.Panik Bozukluk Hastalarının Sosyal Fobi Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Panik bozukluk hastalarının sosyal fobi alt ölçeklerinden (kaygı ve kaçınma) aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tek Örneklemli T Testi (One Sample Test) ile analiz edilmiştir. Sonuçlar Tablo 3.8’de sunulmuştur.

**Tablo 3.8.** *Panik Bozukluk Hastalarının Kaygı ve Kaçınma Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları için Sonuçlar*

| Sosyal Fobi Alt Ölçekleri | Ort.  | SS    | t     | P    |
|---------------------------|-------|-------|-------|------|
| Kaygı Puanı               | 29,15 | 14,77 | -1,93 | ,056 |
| Kaçınma Puanı             | 26,81 | 14,91 |       |      |

Panik bozukluk hastalarının kaygı alt ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X}=29,15$ ;  $s=14,77$ ) ile kaçınma alt ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X}=26,81$ ;  $s=14,91$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t(149)=-1,93$ ;  $p=,056$ ).

## TARTIŞMA

Bu araştırmada panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi görülme sıklığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada ilk olarak, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerden oluşan karşılaştırma grubu ile panik bozukluk tanısı almış kişilerden oluşan klinik grup, sosyal fobi leğinden almış oldukları puanlar bakımından karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analiz sonuçlarına göre, panik bozukluk tanısı almış gruptaki kişilerin sosyal fobi puanları ( $\bar{X}=55,89$ ) ile sağlıklı kişilerin sosyal fobi puanları ( $\bar{X}=35,62$ ) arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma olduğu grlmştir ( $p=,000$ ). Buna göre, panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi görülme sıklığının, sağlıklı kişilere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun, panik bozukluk hastalarının panik atak geçirdiği sırada toplumda görüleceği, mahcup ve rezil olacağı korkusuyla toplumdan uzak durmaları ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada panik bozukluk hastalarındaki sosyal fobi sıklığı cinsiyet açısından karşılaştırıldığında ise, kadınların ( $\bar{X}=58,44$ ) ve erkeklerin ( $\bar{X}=47,51$ ) sosyal fobi puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığını grlmştir ( $p<,05$ ). Buna göre, sosyal fobinin kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuç, kadınlarla erkeklerin içinde buldukları duruma uyumda farklı stratejiler kullanmalarıyla ilgili olabilir. Örneğin, erkekler sosyal fobileriyle baş etmede alkol kullanımına daha çok başvuruyor ve yapılan çalışmalarda klinik verilere dahil olamayabiliyorlar. Bu durum sosyal fobinin kadınlarda daha sık görüldüğünü dşndrebilir. Ayrıca sosyal fobinin panik bozuklukla birlikte görülmesi, kişileri daha çok yardım arayışına iten bir durum olduğundan, tedavi için başvuran kadınların oranını arttırabilir.

Literatürde panik bozukluk tanısı almış kişilerde sosyal fobi görülme sıklığının cinsiyete göre karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, panik bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğüne işaret eden birçok araştırma bulgusu olduğu dikkat çekmiştir (Davidson ve Neale, 2004; Fyer ve ark. 1995; Gökler, 2005; Raj ve ark. 1993; Scott ve ark. 2000; Uhde ve ark. 1991).

Sosyal fobinin görülme sıklığının cinsiyete göre karşılaştırıldığı araştırmalarda ise, çelişkili bulgulara rastlanmıştır. Özellikle alan araştırmaları sonuçlarına göre sosyal fobi kadınlarda daha sık görülürken (Schneier ve ark. 1992; Stein ve ark. 1994), klinik araştırmalarda ise erkek oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dilbaz, 2000).

Araştırmada panik bozukluk tanısı almış kişilerdeki sosyal fobi sıklığı medeni durum açısından incelendiğinde, panik bozukluk tanısı almış bekar, evli, dul ve boşanmış kişilerin sosyal fobi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı saptanmıştır. Başka bir ifadeyle, medeni durumun panik bozukluk tanısı almış kişilerdeki sosyal fobi sıklığı üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bu durumun, araştırmadaki örneklemin sosyo-kültürel özellikleri, aile kurumunun bu kültürel yapı içindeki anlamı ve örneklemin büyük bölümünü oluşturan bayan olguların sosyal statülerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Konu ile ilgili literatürde panik bozukluk tanısı almış kişilerde sosyal fobi görülme sıklığının medeni duruma göre karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, yapılan bazı araştırmaların sonuçları, sosyal fobinin genelde bekar kişilerde daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (Schneier ve ark. 1992). Örneğin, Güz ve Dilbaz'ın (2003) panik bozukluğun ve sosyal fobinin medeni durum açısından karşılaştırıldığı araştırmalarında, sosyal fobi hastalarında, panik bozukluk grubuna göre bekar olanların yüzdesinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda yaşın panik bozukluk tanısı almış kişilerdeki sosyal fobi sıklığı üzerindeki etkisi incelendiğinde; panik bozukluk hastası olan 30 yaş altı, 30-40 yaş arası, 41-50 yaş arası ve 50 yaş üstü kişilerde sosyal fobi görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır. Yani, 18 yaş ile 65 yaş arasındaki panik bozukluk tanısı almış kişilerde sosyal fobi görülme sıklığı yaşa bağlı olarak değişmemektedir.

Literatürde panik bozukluk tanısı almış kişilerin sosyal fobi özellikleri bakımından yaşa göre karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmazken; sosyal fobinin, panik bozukluğuna göre daha erken yaşlarda başladığını ortaya koyan araştırma sonuçları bulunmaktadır (Güz ve Dilbaz, 2000). Sosyal fobinin sıklıkla görüldüğü çocukluk ve ergenlik döneminde ebeveynleriyle yaşamış olmaları, sosyal ortamlarda

yaşanan bu sıkıntının fark edilmemesine yol açmış olabilir. Sosyal fobiyle birlikte yaşanan panik bozukluğun genellikle ergenlikte görülmesi durumu da, bu örneklem grubunda yaşın, panik bozukluk hastalarında sosyal fobi görülme sıklığı açısından bir belirleyici olmadığını düşündürmüştür.

Araştırmada son olarak, eğitim düzeyinin panik bozukluk tanısı almış kişilerdeki sosyal fobi görülme sıklığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Analiz sonuçları, eğitim düzeyinin sosyal fobi görülme sıklığı üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Buna göre, ilkokul veya ortaokul mezunu olan panik bozukluk hastalarının lise, üniversite veya lisansüstü eğitimi olan panik bozukluk hastalarına göre sosyal fobi puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, panik bozukluk tanısı almış kişilerde sosyal fobi görülme sıklığının eğitim durumuna göre karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak literatürde, sosyal fobinin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kişilerde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların aksi yönde sonuç bildiren çalışmalar mevcuttur (Dilbaz, 1997; Turan ve ark. 2000). Bu çalışmalarda, panik bozukluk hastası olan eğitim düzeyleri düşük olan kişilerde, eğitim düzeyi yüksek olan kişilere göre daha sık sosyal fobi görülmesi, sosyal fobinin okul başarısını etkilemesi ile açıklanmaktadır.

Araştırmanın klinik örnekleminde yer alan panik bozukluk tanısı almış hastaların sosyal fobik özelliklerinin kaygı ve kaçınma semptomları açısından incelenmesi sonucunda ise, katılımcıların sosyal fobi ölçeğinin kaygı ve kaçınma alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir.

Özetle, bu tez çalışmasında elde edilen sonuçlar, panik bozukluk hastalarındaki sosyal fobi görülme sıklığının sağlıklı kişilere göre daha yüksek olduğunu ve sosyal fobi görülme sıklığının cinsiyete ve eğitim düzeyine göre değiştiğini ancak medeni duruma ve yaşa göre değişmediğini göstermiştir. Ayrıca, panik bozukluk hastalarında görülebilen kaygı ve kaçınma semptomları arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çeşitli araştırmalardan elde edilen bulgular, panik bozukluk ve sosyal fobiye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların görülme oranlarının farklılaştığını göstermektedir (Kocabaşoğlu, 2002). Panik bozukluk için tanı ölçütleri net olarak belirlenmekle birlikte; son yıllarda bu alanda yapılan çalışmalarda panik bozukluğun çeşitlilik gösteren bir klinik görünümü olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca, bu bozuklukta yüksek düzeyde eşanı oranları olduğu da saptanmıştır (Goodwin ve ark. 2002). Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, panik bozukluğa % 50-90 oranında en az bir eksen I bozukluğu eşlik etmektedir (Dick ve ark. 1994; Kaufman ve Charney, 2000; Onur ve ark. 2004; Sevinçok ve Akoğlu, 2001). Örneğin, literatürde panik bozukluk ve sosyal fobinin seyrek olmayan bir oranda birlikte görüldüğüne işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Goisman ve ark. 1995; Onur ve ark. 2004; Tükel, 1997). Birçok araştırmada, panik bozukluk hastalarında sosyal fobinin %5-58 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Horwath ve ark. 1995; Kocabaşoğlu, 2002; Özkan ve ark. 2005).

Yapılan araştırmaların çoğu, sosyal fobinin kadınlarda daha sık görüldüğüne; ortalama başlangıç yaşının ise 13-24 arasında değişmekte olduğuna dair bulgular ortaya koymaktadır (Davidson ve ark. 1993; Dilbaz, 2000; Stein ve ark. 1994). Bununla birlikte, epidemiyolojik veriler, bekar olan kişilerde sosyal fobi görülme oranının daha fazla olduğunu göstermektedir (Dilbaz, 1997; Turan ve ark. 2000). Sosyal fobi tanısı alanların sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarının incelendiği araştırmalar ise, sosyal fobi tanısı alan hastaların sosyo-ekonomik ve eğitim düzeylerinin genellikle daha düşük olduğunu göstermektedir. Ancak, sosyal fobi tanısı alan hastalar ile sağlıklı kişiler arasında farklılık bulunmadığını gösteren araştırmaların sayısı da azımsanmayacak kadar çoktur (Dilbaz, 2000).

Literatürde panik bozukluk ve sosyal fobinin eşanı oranlarıyla ilgili farklı sonuçlar olmakla birlikte; bu iki anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkinin cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim düzeyine bağlı olarak incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu tez çalışmasının konu ile ilgili literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Ayrıca, eştanının sosyal fobinin şiddetini arttırabildiği, tedaviye yanıtı azaltabildiği, alkol ya da diğer psikoaktif maddeler ile kişiye zarar veren “başa çıkma yolları” ortaya çıkabildiği (Hoffmann ve ark. 2009; Marshall, 1994) dikkate alındığında, panik bozukluk ile birlikte görülebilen sosyal fobinin cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim gibi demografik özellikler açısından incelenmesinin önemi artmaktadır.

Literatürde, yaygın bir şekilde görülen, insan davranışlarını kısıtlayan, tedavi edilmediği takdirde kronik hale gelebilen sosyal ve mesleki yetersizliklere yol açan sosyal fobide (McManus ve ark. 2009) eştanının, diğer psikiyatrik bozuklukların gelişmesi için iyi bir zemin olduğu (Schneier ve ark. 1992) ve özkıyım (intihar) oranlarını da arttırabildiği de belirtilmektedir (Cox ve ark. 1996). Bu nedenle, bu araştırmadan elde edilen sonuçların gerek teşhis ve tedavide gerekse risk gruplarına uygulanabilecek önleyici müdahalelerin planlanmasında kullanılabileceği düşünülmektedir.

Özellikle ilgili literatürle çelişkili olan bulguların, ilerde sosyal fobik kişiler ile uzun süreli ve kontrollü takip çalışmalarının yapılması durumunda netlik kazanacağı düşünülmektedir. Öte yandan, ilerde yapılacak araştırmalarda benzer özelliklere sahip olan panik bozukluk ile sosyal fobi gibi eş tanı olabilecek durumların nedensellik ilişkilerinin netleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Nitekim, eştanılar klinik görünümü ağırlaştırmakta, işlevselliği daha fazla bozmakta, yeti yitimini derinleştirmekte, hızlı ve tam iyileşme oranlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, psikiyatrik bozukluklarda eş tanılar ve eş tanıya yakınlık oluşturan etkenler nedensellik çerçevesinde incelenmeli; kişisel tedavi planlamaları yapılarak hastaların yaşam kalitesi arttırılmalıdır.



## KAYNAKLAR

Abramowitz JS, Foa EB (1998) Worries and obsessions in individuals with obsessivecompulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 36: 695–700

Alessi NE ve ark. (1987) Panic and depressive disorders among psychiatri-cally hospitalized adolescents. Psychiat Res 20: 275-283

Alkın T (2002) Birinci Basamakta Panik Bozukluğu Tedavisi. Klinik Psikiyatri, 3: 22-31

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) Washington DC, (Çev. Ed.: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1995

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Washington DC, (Çev. Ed.: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001

Amering M, Katschnig H (1990) Panic attacks and panic disorder in cross-cultural perspective. Psychiatr Ann, 511-516

Angelosante AG ve ark. (2009) Implementation of an intensive treatment protocol for adolescents with panic disorder and agoraphobia. Cognitive and Behavioral Practice, 16(3): 345-357

Averill JK (1982) Anger and aggression: An essay on emotion. New york: Springer

Aysev A, Taner Y (2007) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Gohnson&Gohnson, Cilt 1

Barlow DH (1994) Comorbidity in social phobia: implications for cognitive-behavioral treatment. *Bull Menninger Clin*, 58: 43-57

Barlow DH ve ark. (1994) Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: implication for research. *J Abnorm Psychol*, 103: 553-564

Bayar R ve ark. (1999) Sosyal Fobiyle Komorbid Kişilik Bozuklukları. *Yeni Symposium*, 37 (1-2): 3-5

Berrios, GE (1996) The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century. United Kingdom. Cambridge University Press.

Birmaher B ve ark. (2002) Is bipolar disorder specifically associated with panic disorder in youths? , *J Clin Psychiatry*, 63(5): 414-9

Birmaher B, Ollendick TH (2004) Childhood-onset panic disorder. In: Ollendick TH, March JS (eds) *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Oxford University Press, New York, 306–333

Boscarino JA ve Adams RE (2009) Peritraumatic panic attacks and health outcomes two years after psychological trauma: Implications for intervention and research. *Psychiatry Res*, 167(1-2): 139-50

Bossini L ve ark. (2005) Panic-agoraphobic spectrum and light sensitivity in a general population sample in Italy. *Can J Psychiatry*, 50(1): 39-45

Breier A ve ark. (1986) Agoraphobia with panic attacks. Development Diagnostic Stability and Course of Illness. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 1029-36

Brown TA ve ark. (1993) Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 24, 227–240

Ceylan ME, Yazan B (2000) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Birinci Baskı, (3. cilt): 77-112

Chen YW, Dilsaver SC (1995) Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. Am J Psychiatry, 152 (2): 280-2

Clark, DM (1986) A cognitive approach to panic. Behaviour Research Therapy 24: 461-470

Clark DM, Wells A (1995) A cognitive model of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. Heimberg, Liebowitz, Hope ve ark. (Eds) The Guilford Press, New York, 69-93

Crino RD, Andrews G (1996) Obsessive compulsive disorder and axis I comorbidity. J Anxiety Disord, 10: 37-46

Cox BJ (1996) The nature and assessment of catastrophic thoughts in panic disorder. Behavior Research and Therapy, 34(4): 363-374

Çetin M (1995) Panik Bozuklukta Uzun Süreli Takip Sonuçları. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 5: 1-4

Davidson G, Neale J (2004) Anormal Psikolojisi, (Çev.Ed.: İ Dağ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara

Davidson JRT ve ark. (1993) Magnetic resonance spectroscopy in social phobia: preliminary findings. J Clin Psychiatry, 54 (Suppl): 19-54

Deorfler LA ve ark. (2007) Panic disorder in clinically referred children and adolescents. Child Psychiatry Hum Dev, 38: 57-71

Dick CL ve ark. (1994) Panic disorder. Acta Psychiatrica Scand, 376(Suppl): 45-53

Dilbaz N (1997) Sosyal Fobi. Psikiyatri Dünyası; 1: 18-24

Dilbaz N (2000) Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri, 2: 3- 21

Eaton WW ve ark. (1994) Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry, 151 (3): 413-420

Eaton WW ve ark. (1991) Panic and Phobia. In Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study (eds.) Robins LN, Reiger DA, The Free Press, New York, 155-179

Erdoğan S (2007) Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 10(Ek- 4): 3- 13

Ersoy F ve ark. (2003) Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. Sted,12(8): 286-288

Essau CA ve ark. (1999) Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents. Depress Anxiety, 9:19–26

Etik Ç ve ark (2007) Panik bozukluğu: Solunumsal alt tipler, yakın ve geçmiş yaşam olaylarının rolü. Yeni Symposium, 45(3): 128-133

Eysenck MW (1997) Anxiety and Cognition: A united theory. Hove. UK: Psychlogy Press

Faravelli C, Pallanti S (1989) Recent life events and panic disorder. Am J Psychiatry, 146: 622-626.

Feske U, de Beurs E (1997) The panic appraisal inventory: Psychometric properties. Behaviour Research and Therapy, 35: 875–882

Flint A J (1994) Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am J Psychiatry, 151: 640- 649

Freidman S ve ark. (1994) African-American and white patients with panic disorder and agoraphobia. Hospital and Community Psychiatry, 45: 798-803

Furmark T (2002) Social Phobia: Overview of community surveys. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105: 83-93

Fyer AJ ve ark. (1995) Panic disorders and agoraphobia, In Comprehensive Textbook of Psychiatry (Eds: Kaplan HI, Sadock BJ) Williams and Wilkins, Baltimore, 6(1): 1191-1204

Goisman RM ve ark. (1995) DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. Am J Psychiatry, 152(10): 1438-1443

Goodwin R ve ark. (2004) Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. Am J Psychiatry, 161: 12

Gökler I (2005) Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu tartışmasında farklı bir boyut: Bilgi işleme yaklaşımı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 12(2): 83-91

Greenberg PE ve ark. (1999) The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry, 60: 427–435

Güleç C, Köroğlu E (1997) Temel Psikiyatri Kitabı, 1.Cilt, Ankara: Hekimler Yayın Birliği

Güz H, Dilbaz N (2003) Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, 6: 32-38

Herbert JD ve ark. (1992) Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 101: 332-339

Hettema JM ve ark. (2001) A review and metaanalysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 158: 1568–1578

Hoffman SG ve ark. (1998) Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depress Anxiety*, 8: 14-20

Hoffman SG ve ark. (2009) Anxiety disorders moderate the association between externalizing problems and substance use disorders: Data from the National Comorbidity Survey-Revised. *J Anxiety Disord*, 23(4): 529-534

Horwath E ve ark. (1995) Social phobia diagnostic subtypes and the relationship between social phobia and panic disorder/agoraphobia. *DSM-IV source*, A Frances, H Pincus, TA Widger (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press

İzgiç F ve ark (2000) Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1 (4): 207-214

Kaplan HI, Sadock BJ (2004) *Klinik Psikiyatri*. Çev. Ed. Abay, E. Nobel Tıp Kitapevleri: 189-219

Kaplan HI, Sadock BJ (1998) *Synopsis of Pschiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. Baltimore, 594-602

Karabekiroğlu A ve ark. (2007) Panik bozukluğunda beyin görüntüleme çalışmaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 224- 230

Kaufman J, Charney D (2000) Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12: 69-76

Kaya N (2007) *Sorularla panik atak*. Sistem Yayıncılık, İzmir

Kearney CA, Silverman K (1992) Let's not push the "panic button": a critical analysis of panic and panic disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*, 12: 293-305

Kessler RC ve ark. (1998) Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 155: 613-619

Kessler RC ve ark. (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US national comorbidity survey. *Psychol Med*, 27: 1101-1119

Klein DF, Fink M (1962) Psychiatric reaction patterns to Imipramin. *Am J Psychiatry*, 119: 432-438

Klerman GL ve ark. (1991) Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assoc*, 265(6): 742-746

Kocabaşoğlu N (2002) Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. *Yeni Symposium* 40(2): 68-75

Köroğlu E (1996) Sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu). *Psychol Med*, 2: 13-19

Köroğlu E (2006) Panik bozukluğu. *Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Hekimler Birliği Yayıncılık, Ankara*

Lenze ve ark. (2000) Comorbid anxiety disorder in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry*, 157: 722-728

Lin EH ve ark. (1998) Frustrating patients: Exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic physician and patient perspectives among distressed high users disorder. *Am J Psychiatry*, 155 (5): 603-9

Marshall JR (1994) The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bull Menninger Clin*, 58: 59-65

Massion AO ve ark. (2002) Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder. Arch Gen Psychiatry, 59: 434-440

McManus F ve ark. (2009) A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. J Anxiety Disord, 23(4): 496-503

Michael HE ve ark. (2003) Current psikiyatri tanı ve tedavi. Güneş Kitapevi, 328-340

Neal AM, Turner SM (1991) Anxiety disorders research with African-Americans: Current status. Psychological Bulletin, 109: 400-410

Nutt DJ, Lawson C. (1992) Panic attacks: a neurochemical overview of model and mekanism. Br J Psychiatry, 160: 165-178

Ollendick TH, Mattis SG, King NJ (1994) Panic in children and adolescents: a review. J Child Psychol Psychiat, 35: 113-134

Oltmanns T ve ark. (2003) Anormal davranışlar psikolojisinde vaka çalışmaları (Çev. Ed.: İhsan Dağ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara

Onur E ve ark. (2004) Panik- agorafobi spektrumu kavramı. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(3): 215- 223

Onur E ve ark. (2006) Yaşam boyu panik-agorafobik spektrum ölçeği öz bildirim formunun (PASÖ-ÖB) Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. New Symposium Journal, 44(2): 81-91

Özer Ş (1999) Panik bozukluğu. Okyanus yayınevi, İstanbul

Özgen A, Birsöz S (2000) Sosyal anksiyete bozukluğunun farmakolojik tedavisi. Klinik Psikiyatri, 2: 22-26



Özkan M ve ark. (2005) Panik bozukluğuna komorbid eksen-1 bozukluklarının oluşumunda travmatik yaşam olaylarının rolü. Klinik Psikiyatri, 8: 53-59

Pichot P (1994) Nosological Models in Psychiatry. Br J Psychiatry, 164: 232-240

Raj BA ve ark. (1993) The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: A retrospective study. J Clin Psychiatry, 54: 150-155

Rapee RM, Heimberg RG (1997) A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behaviour Research and Therapy, 35(8): 741-756

Roy-Byrne P ve ark. (1999) Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization and treatment. J Clin Psychiatry, 60: 492-499

Roy-Byrne P ve ark. (2000) Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry, 176: 229-235

Sayar K ve ark. (2000) Yaygın sosyal fobi hastalarında çekingen kişilik bozukluğu ve psikopatolojiye etkileri. Klinik Psikiyatri, 3(3): 163-169

Savino M ve ark. (1993) Affective comorbidity in panic disorder: Is there a bipolar connection? J Affect Disord, 28: 155-163

Schmidt NB, Telch MJ (1997) Non-psychiatric medical comorbidity, health perceptions and treatment outcome in patients with panic disorder. Health Psychology, 16: 114-122

Schneier FR ve ark. (1992) Social phobia: Comorbidity and morbidity in epidemiologic sample. Arch Gen Psychiatry, 49: 282-288

Scott EL ve ark. (2000) Anxiety sensitivity in social phobia: comparison between social phobics with and without panic attacks. Depress Anxiety, 12: 189-192

Sergui J ve ark. (2000) Differential clinical features of late-onset panic disorder. *J Affect Disord*, 57(1): 115-124

Sevinçok L, Akoğlu A (2001) Panik ve depresyon: Etiyoloji, tanı ve eştanı sorunları. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1(5): 215-227

Sevinçok L ve ark. (1998) Çekingen kişilik bozukluğunun klinik özellikleri ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 1(1): 22-26

Shear MK ve ark. (2002) The panic-agoraphobic spectrum: Development, description, and clinical significance. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4): 739-756

Sheikh JI ve ark. (2002) Gender differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 159(1): 55-8

Silove D ve ark. (1995) Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychol Med*, 25(2): 405-411

Simon NM, Fischmann D (2005) The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66(Suppl. 4): 8-15

Skre I ve ark. (1993) A twin study of DSM-III-R anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 88 (2): 85-92

Smoller JW ve ark. (2008) Influence of RGS2 on anxiety-related temperament, personality, and brain function. *Arch Gen Psychiatry*, 65(3): 298-308

Stein ve ark. (1998) A direkt-interview family study of generalized social phobia. *Am J Psychiatry*, 155: 1

Stein MB, Uhde TW (1988) Panic disorder and major depression: A tale of two syndromes. *Psychiatr Clin North Am*, 11: 441-461

Stein MB ve ark. (1994) Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry*, 151: 408-412

Stopa L, Clark DM (1993) Cognitive processes in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 31(3): 255-267

Sungur M (2000) Bilişsel davranışçı yaklaşımlar ve sosyal fobi. *Klinik Psikiyatri*, 3(EK2): 27-32

Sungur M (1997) Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 5-11.

Telch MJ ve ark. (1989). Role of cognitive appraisal in panic-related avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27(4): 373-383

Tunçer Ö (1995) Psikosomatik açıdan panik bozukluk. *Kriz Dergisi*, 3: 1-2

Turan M ve ark (2000) Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. *Klinik Psikiyatri*, 3: 170-175

Türkçapar H (1999) Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri*, 2(4): 247-253

Tükel R (2002) Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 5(Ek3): 5-13

Tükel R (1997) Panik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1):12-17

Tweed JL ve ark. (1989) The effects of childhood parental death and divorce on the six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* . 154:823-28

Uhde TW ve ark. (1991) Phenomenology and neurobiology of social phobia: comparison with panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 52(Suppl 11): 31-40

Yüksel N (2002) Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 5(EK3): 14-21

Weismann MM ve ark. (1997) The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry, 54: 305

Westerners HG, Liebowitz MR (2004) Overview of panic and social anxiety disorders. J Clin Psychiatry, 65(suppl 14): 22-26

Whitaker A ve ark. (1990) Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. Arch Gen Psychiatry, 47: 487-496

Wittchen HU, Essau CA. (1993): Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. J Psychiatry Res, 27(suppl 1): 47-68

Williams J ve ark (1995) Cognitive psychology and emotional disorders. Chichester. UK: Wiley

## EK I: LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın. Teşekkürler.

| <b>Kaygı</b>           | <b>Kaçınma</b>                 |
|------------------------|--------------------------------|
| 1: Yok ya da çok hafif | 1: Kaçınma yok ya da çok ender |
| 2: Hafif               | 2: Zaman zaman kaçınıyorum     |
| 3: Orta derecede       | 3: Çoğunlukla kaçınıyorum      |
| 4: Şiddetli            | 4: Her zaman kaçınıyorum       |

| <b>Kaygı</b>   | <b>Puan</b> | <b>Kaçınma</b>   | <b>Puan</b> |
|--|-------------|--|-------------|
| 1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak                       |             | 1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak                       |             |
| 2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak                          |             | 2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapma                           |             |
| 3. Dikkatleri üzerinde toplamak  |             | 3. Dikkatleri üzerinde toplamak  |             |
| 4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak  |             | 4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak  |             |
| 5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak                              |             | 5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak                              |             |
| 6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek   |             | 6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek   |             |
| 7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak                                     |             | 7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak                                     |             |
| 8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek     |             | 8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek     |             |
| 9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi |             | 9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi |             |
| 10. Gözlendiği sırada çalışmak   |             | 10. Gözlendiği sırada çalışmak   |             |
| 11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak                             |             | 11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak                             |             |
| 12. Bir eğlenceye gitmek   |             | 12. Bir eğlenceye gitmek   |             |
| 13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak                |             | 13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak                |             |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>14.</b> Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması      |  | <b>14.</b> Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması      |  |
| <b>15.</b> Gözlendiği sırada yazı yazmak                 |  | <b>15.</b> Gözlendiği sırada yazı yazmak                 |  |
| <b>19.</b> Küçük bir grup faaliyetine katılmak           |  | <b>19.</b> Küçük bir grup faaliyetine katılmak           |  |
| <b>20.</b> Umumi yerlerde bir şeyler içmek               |  | <b>20.</b> Umumi yerlerde bir şeyler içmek               |  |
| <b>21.</b> Umumi telefonları kullanmak                   |  | <b>21.</b> Umumi telefonları kullanmak                   |  |
| <b>22.</b> Yabancılarla konuşmak                         |  | <b>22.</b> Yabancılarla konuşmak                         |  |
| <b>23.</b> Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak |  | <b>23.</b> Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak |  |
| <b>24.</b> Umumi tuvalette idrar yapmak                  |  | <b>24.</b> Umumi tuvalette idrar yapmak                  |  |

## EK II: BİREYSEL BİLGİ FORMU

| <b>CİNSİYET</b> |   |
|-----------------|---|
| KADIN           | 1 |
| ERKEK           | 2 |

| <b>EĞİTİM DURUMUNUZ</b> |   |
|-------------------------|---|
| İLKOKUL VEYA ORTAOKUL   | 1 |
| LİSE                    | 2 |
| ÜNİVERSİTE              | 3 |
| LİSANS ÜSTÜ             | 4 |

| <b>YAŞINIZ</b> |   |
|----------------|---|
| 30 yaş altı    | 1 |
| 30-40 yaş      | 2 |
| 41-50 yaş      | 3 |
| 50 yaş üstü    | 4 |

| <b>MEDENİ DURUMUNUZ</b> |   |
|-------------------------|---|
| EVLİ                    | 1 |
| BEKAR                   | 2 |
| DUL                     | 3 |
| BOŞANMIŞ                | 4 |

| <b>HASTALIĞIN BAŞLAMA YAŞI</b> |   |
|--------------------------------|---|
| 30 yaş altı                    | 1 |
| 30-40 yaş                      | 2 |
| 41-50 yaş                      | 3 |
| 50 yaş üstü                    | 4 |

## **ÖZGEÇMİŞ**

1983 yılında Yunanistan'da doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Bursa'da tamamladım. 2007 yılında Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümünden mezun olduktan sonra aynı yıl, Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimime başladım. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra bir yıl boyunca yarı zamanlı olarak özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde ve özel bir hastanede psikolog olarak çalıştım. Halen Bursa'da özel bir hastanede psikolog olarak görevimi sürdürmekteyim.