

TC.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUĞU VE OBSESİF
KOMPULSİF BOZUKLUK
HASTALARINDA BASKIN AFFEKTİF
MİZACIN VE MİZAÇ, KARAKTER
ÖZELLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

DR. GAMZE ERDOĞAN CANCA

Tez Danışmanı: DOÇ. DR. FİGEN KARADAĞ

İSTANBUL, 2009

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde kısa bir dönem de olsa bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, asistanı olmaktan büyük mutluluk duyduğum Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Peykan GÖKALP'e,

Eğitimim bir döneminde mesleki bilgi ve tecrübesinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Ertan TEZCAN'a,

Eğitimimde ve tezimin gerçekleştirilmesinde büyük katkıları olan tez danışmanım Doç. Dr. Figen KARADAĞ'a,

Eğitimime olan katkıları ve her konuda desteklerini esirgemeyen kliniğimiz uzmanı Uzm. Dr. Devran TAN'a,

Birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum asistan doktor arkadaşlarıma, kliniğimiz psikolog, hemşire ve yardımcı sağlık personeline,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum diğer tüm kliniklerdeki hocalarıma, uzman ve asistan doktorlara, hemşire ve yardımcı sağlık personeline;

Beni bu günlere ulaştıran anne ve babama; canım kardeşime,

Beni her zaman destekleyen ve yanımda olan sevgili eşime,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarımın saygı ve teşekkürlerini sunarım.

Dr. Gamze ERDOĞAN CANCA

İÇİNDEKİLER

1. GENEL BİLGİLER	1
1.1. PANİK BOZUKLUĞU	1
1.1.1. Tarihçe	1
1.1.2. Tanısal Özellikler	2
1.1.3. Epidemiyoloji	6
1.1.4. Etiyoloji	7
1.1.5. Komorbidite	11
1.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz	12
1.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	12
1.2.1. Tarihçe	12
1.2.2. Tanısal Özellikler	13
1.2.3. Epidemiyoloji	15
1.2.4. Etiyoloji	17
1.2.5. Komorbidite	19
1.2.6. Klinik Seyir ve Prognoz	20
1.3. MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK	20
2. AMAÇ VE HİPOTEZ	28
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	29
3.1 Deneklerin Seçimi	29
3.2 Veri Toplama Araçları	31
3.3 İstatistiksel İncelemeler	33
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ	67
7. ÖZET	68
8. SUMMARY	70
9. KAYNAKLAR	72
10. EKLER	83

1. GENEL BİLGİLER

Anksiyete; hemen her insan tarafından zaman zaman yaşanan, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Taşikardi, tansiyon değişiklikleri, takipne, tremor gibi artmış fiziksel bulgularla belirlidir ve bu bulgulara, endişe, korku, obsesyon gibi bilişsel belirtiler eşlik eder. Bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşam ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamasıyla, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir durum halini alır.

Anksiyete bozukluklarında belirtiler benzer olabilmesine karşın, normal korkulardan farklıdır. Anksiyete bozukluklarında korku, hem belirgin dış tehdit olmaması, hem de tehdit anında verilen cevabın aşırı olması ile karakterizedir. DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) (Ruhsal Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı – Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı) 'ye göre anksiyete bozuklukları: panik bozukluğu (agorafobi ile birlikte olan veya olmayan), panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi, özgül fobi (basit fobi), sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu), obsesif – kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu (çocukluğun aşırı anksiyete duyma bozukluğunu da kapsar), genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu olarak sınıflanmıştır (APA 2000).

1.1. PANİK BOZUKLUĞU (PB):

1.1.1. Tarihçe:

Panik bozukluğu (PB), adını Yunan mitolojisinde mağarada yaşayan ansızın ortaya çıkıp insanları korkutan bir Tanrının ismi olan "Pan"dan almaktadır. Aniden gelen ölüm korkusu, beraberindeki fiziksel belirtiler ve öleceği, aklını kaybedeceği, felç ya da kalp krizi geçirebileceği gibi düşünceler ile giden bir anksiyete bozukluğudur (Uğuz ve ark. 2006).

Bu bozukluğun belirtileri uzun zamandan beri bilinmesine karşın, 1980 yılından sonra ayrı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır. 1871 yılında Da Costa tarafından askerlerde sık rastlanılan ve yoğun bir göğüs ağrısı, şiddetli çarpıntı, terleme, titreme ve boğulma duygusunun eşlik ettiği ancak yapısal bozukluğun olmadığı kardiyak belirtilerle giden işlevsel bir sendrom olarak "irritabl kalp" adıyla tanımlanmıştır. 1894 yılında Freud, genel irritabilite, beklenti anksiyetesi, pareteziler, kardiyak spazmlar, terleme ve nefes alma güçlüğü gibi özelliklerini tanımladığı aynı tabloyu "anksiyete nevrozu" olarak

isimlendirmiştir. II. Dünya savaşını izleyen yıllarda fiziksel etkinlikte ortaya çıkışını vurgulamak amacıyla, “efor sendromu” terimi öne sürülmüş ve fiziksel yorgunluk ve işlevsel kardiyak belirtilerin anahtar özellikleri olarak “nörosirkulator asteni” olarak tanımlanmıştır (Alkın 2000).

Panik bozukluğunu anksiyete nevrozundan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi ise Klein (1964) olmuştur. Klein, daha sonradan “farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmış ve bu ayırmadan yola çıkarak panik bozukluğunu farklı bir anksiyete bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır. Daha sonra geliştirdiği yeni anksiyete bozukluğu kavramında, beklenti anksiyetesinin panik ataklarının ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiğini ortaya koymuş; panik atakları ve agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır (Klein 1981).

Panik bozukluğu resmi sınıflamalarda ilk kez 1980 yılında DSM-III’ ün yayınlanması ile yerini almıştır (APA 1980). Tanısal açıdan çeşitli değişiklikler geçirmiş ve DSM III-R’ de ilk kez “agorafobi olmaksızın panik bozukluğu” tanısı ayrı bir tanı olarak kabul edilmiştir (APA 1987).

DSM IV’ te “panik atağı” ayrı bir sendrom olarak ele alınmış, panik atağın bir bozukluk olmadığı ve PB dışında birçok bozuklukta da görülebileceği özellikle belirtilmiştir (APA 1994).

1.1.2. Tanısal Özellikler:

Panik ataklar, çarpıntı ve nefes alma güçlüğü gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği, ani beklenmedik biçimde ortaya çıkan yoğun anksiyete nöbetleridir. Tipik belirtiler nefes almada güçlük, çarpıntı, titreme, baş dönmesi, sıcak veya soğuk basması, göğüste rahatsızlık hissi, depersonalizasyon, derealizasyon ve ölüm korkusudur. Bu belirtilerin yanı sıra plan yapma, düşünme, usa vurma gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın diğer temel özellikleridir.

Tekrarlayan panik ataklar sonrasında en az bir ay boyunca, atakların tekrarlayabileceğine ya da olumsuz sonuçlarına ilişkin kaygı yaşanması ve kişinin yaşantısında buna uygun değişikliklerin olması panik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Panik atak geçiren bireyler o korkutucu anı tekrar yaşamak istemezler. Birkaç şiddetli ataktan sonra “beklenti anksiyetesi”, yani yeni bir atağı geçirme korkusu gelişir. Beklenti anksiyetesi, doğal olarak birçok yanlış çıkarsama ve inanca yol açar ve durumsal panik ataklarının ve agorafobik kaçınmanın çekirdeğini oluşturmaya başlar (Uğuz ve ark. 2006).

Beklenti anksiyetesinin üç ögesi mevcuttur (Alkın 2000):

- 1- Bir panik atağı geçirme ile ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşları,
- 2- Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak inancı ve beklentisi,
- 3- Süreğen bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkmak.

Agorafobi:

Panik bozukluğu hastalarının bir kısmı, panik atağı geçirmesi halinde kaçmasının ya da yardım almasının zor olabileceği durumlardan uzak durmaya başlar. Kişinin, yeni bir atak geçirme korkusuyla, tek başına ev dışında, kalabalıkta, köprü üzerinde olmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçındığı bu durum "agorafobi" olarak adlandırılır. Agorafobi terimi, Yunanca' da alışveriş merkezi, toplantı veya toplantı yeri anlamına gelen 'agora' kelimesinden türetilmiştir.

Klinik gözlemler, agorafobinin toplu bulunulan yerlerde olmaktan korku kadar, psikolojik güvenlik sağlayan alışık olunan çevre ve insanlardan uzak olmaktan korkuyu da kapsadığını ortaya koymaktadır. Gerçekten de, agorafobiklerin kolayca "güvenli bölgelere" (ev, alışık olunan çevre vb) çekilmelerinin mümkün olmadığı durumlardan korkma eğilimleri dikkat çekicidir (Tükel 2002) .

Panik atağının agorafobinin tanımlanmasında önemli olduğunu ileri süren araştırmacılar Goldstein ve Chambless (1978) ise, agorafobiyi "korkudan korkmak" kavramı üzerine temellendirmişlerdir. Panik atakları ile agorafobinin ilişkisi birçok araştırmacının ilgisini çekmiş, kaçınma davranışının gelişmesinde belirleyici rol oynayan etkenler ilginin en çok odaklandığı noktalardan birini oluşturmuştur.

Panik atağı agorafobi ilişkisini inceleyen bir çalışmada, agorafobinin, agorafobili panik bozukluğu hastalarının yaklaşık yarısında ilk panik atağının hemen ardından, %75'inde ilk bir yıl içinde başladığı gözlenmiştir (Tükel 1992). Panik bozukluğu hastalarında agorafobi, sıklıkla ilk panik atağının sonrasında birkaç günden birkaç yıla kadar değişen bir süre içinde gelişmektedir. Agorafobinin klinik gidişi, özellikle de panik ataklarıyla ilişkisi açısından değişkendir. Kimi olgularda panik ataklarının ortadan kalkmasıyla agorafobi düzelirken, kimisinde agorafobi panik ataklarının gidişinden bağımsız olarak süreğen bir gidiş gösterebilmektedir (Tükel 2002).

DSM IV-TR PANİK ATAĞI TANI ÖLÇÜTLERİ:

Not: Panik Atağı kodlanabilir bir bozukluk değildir. Panik Atağının ortaya çıktığı özgül tanı kodlanmalıdır.

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

- 1) Çarpıntı; kalp atımlarının 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) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11) Ölüm korkusu
- 12) Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları)
- 13) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

DSM IV-TR PANİK BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ:

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

- 1) Yineleyen beklenmedik Panik Atakları
- 2) Bu ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:
 - a) başka atakların da olacağına ilişkin sürekli kaygı
 - b) atağın yol açabileceği ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak üzüntü duyma
 - c) ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olması ‘Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu’; agorafobinin olmaması ‘Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu’ olarak kodlanmalıdır (DSM IV-TR’ de ayrıca, ‘Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi’ ayrı bir tanı olarak yer almaktadır).

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

D. Panik atakları, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif- Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Travma Sonrası 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 olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM IV-TR AGORAFOBİ TANI ÖLÇÜTLERİ:

Not: Agorafobi kodlanabilir bir bozukluk değildir. Agorafobinin ortaya çıktığı özgül bozukluk kodlanmalıdır.

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

Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durumla sınırlı ise Özgül Fobi tanısını, toplumsal durumlarla sınırlı ise Sosyal Fobi tanısını düşününüz.

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

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif- Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems- Tenth Revision) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması ise

panik bozukluğunu Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar ana başlığı altında, Başka Bunaltı Bozuklukları kategorisinde değerlendirmiştir. Aynı sınıflama agorafobi'yi ise aynı ana başlık altında, Fobik Bunaltı Bozuklukları tanı kategorisinde ayrıca sınıflamıştır (WHO 1992).

1.1.3. Epidemiyoloji:

İzole panik ataklar oldukça sıktır, yaşam boyu prevalans oranları % 7-9 gibi tahmin edilmektedir (Pelissolo ve Lepine 1998). Sonuç olarak toplumdaki sağlıklı insanların ortalama % 10'unun yaşamlarında en az bir kez panik atağı yaşayabileceği söylenebilir (Işık ve Işık Taner 2006).

Panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %1.2- %3.8 arasında değişen oranlarda verilmekte olup, ortalama yaklaşık %3 civarında kabul edilmektedir (Angst 1995). Panik bozukluğunun bir yıllık prevalans hızı ise % 1-2 olarak kabul edilmektedir.

Panik bozukluğu tanısı alan hastaların yaklaşık 1/3 ile 1/2 'si aynı zamanda agorafobi tanı ölçütlerini de karşılamaktadır. Agorafobi ile seyreden panik atağı prevalansı % 1.7-2.6 olarak verilirken, panik atağı olmaksızın görülen agorafobinin prevalansı % 1.4-6.6 arasında değişmektedir (Işık ve Işık Taner 2006).

Panik bozukluğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlara başvuran hastalar arasında da sık görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve ICD-10'a göre tanı konulan uluslararası bir çalışmada, panik bozukluğunun birinci basamak sağlık kurumlarında görülen hastalar arasındaki yaşam boyu prevalansı %3.4 bulunmuştur (Üstün ve Sartorius 1995).

Panik bozukluğu olan hastaların bir kısmında tipik somatik yakınmalar mevcuttur. Bunlar sıklıkla nörolojik (örn. baş ağrısı, baş dönmesi, %44), kardiyovasküler (örn. göğüs ağrısı, taşikardi, %33), gastrointestinal (örn. epigastrik rahatsızlık, irritabl barsak sendromu, %33) yakınmalarıdır.

Göğüs ağrısı ile başvuran fakat koroner arterleri normal bulunan hastaların %33-43'ünde, açıklanamayan baş dönmesi olan hastaların % 13'ünde panik bozukluğu saptanmıştır (Aldemir ve Gönül 2006).

Bozukluk genellikle geç ergenlik ile 30 yaş arasında başlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 25'tir ve tedavi için başvuranların çoğu 25-45 yaşlarındadır. Panik bozukluğu, daha düşük oranlarda olmakla birlikte, çocuklukta ya da 40 yaşın üzerinde de başlayabilmektedir. Yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde ise nadiren görülmektedir. Başlangıç yaşının, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15-34 yaş)

ve geç başlangıçlı (45-54 yaş) olarak bimodal yaş dağılımı gösterdiği saptanmıştır (Alkın 2000, Tükel 2002).

Başlangıç yaşı erken olan panik bozukluğu olguları, geç başlangıçlı olanlara göre panik atağı sırasında daha fazla oranda depersonalizasyon belirtisi göstermektedir. Yine fobik bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları erken başlangıçlı olgularda daha sık görülmektedir (Segui ve ark. 1999).

Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de panik bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık olarak yirmili yaşların başında, agorafobisiz panik bozukluğunun ise daha sık olarak yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir (Faravelli ve Paionni 1999).

Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla izlenen bir bozukluktur. Agorafobili hastalarda bu oran bir erkeğe karşı yaklaşık üç kadın, agorafobili olmayanlarda ise bir erkeğe karşı iki kadın kadardır. Ancak bu farkı, kadınların daha çok tedaviye başvurmaları ile ilişkilendirenler vardır (Işık ve Işık Taner 2006).

Evli olmayanlarda (dul, bekâr, ayrı yaşayanlar) panik bozukluğu riski evlilere göre iki kat artmaktadır (Alkın 2000). Ülkemizde ise tedaviye başvuran ya da diğer kliniklerden gönderilen hastaların çoğunluğunun (%80) evli olduğu izlenmiştir (Ateşçi ve ark. 2003).

Panik bozukluğu şehirde yaşayanlarda, kırsal kesimde yaşayanlara göre 1.5-2 kat daha fazla görülmektedir (Alkın 2000).

1.1.4. Etiyoloji:

Panik bozukluğunun oluşumunda rolü olan düzenekler (Işık ve Işık Taner 2006):

- 1- Diğer nevrotik bozuklukların oluşmasında da rol oynayan hastalığa özgü genetik yatkınlık (örn. nörotisizm),
- 2- Agorafobiye özgü genetik bir etkenin varlığı,
- 3- Hastalıkla ilgili özel biyolojik süreçler (örn. nörotransmitter değişiklikleri gibi),
- 4- İntroseptif algılara ve yaşananlara hatalı ya da katastrofik anlamlar verme gibi özel psikolojik ve bilişsel süreçler,
- 5- Stres yaratan durumlar gibi çevresel etkenler şeklinde özetlenebilir.

Genetik ve Nörobiyoloji:

Panik bozukluğunda ailesel yatkınlık söz konusudur. Panik bozukluğunun kalıtılabilirliği %44 olarak saptanmıştır. Panik bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında panik bozukluğu yaşam boyu prevalansı normallere oranla %7-20 daha yüksek oranlara ulaşmaktadır. Agorafobili hastaların akrabalarında da panik bozukluğu sıklıkla

bulunmaktadır. İkizler arasında yapılan konkordans çalışmalarında panik bozukluğu, monozigot ikizlerde (%31), dizigot ikizlere (%0) göre anlamlı derecede daha yüksek eş-hastalanma oranı göstermektedir. Panik bozukluğunun kalıtım biçimi kesin olarak bilinmemekle birlikte, 7., 9. (diğer anksiyete bozukluklarıyla da ilişkili), 16. ve 22. (COMT geni) şüpheli genler olarak düşünülmektedir (Alkın 2000, Işık ve Işık Taner 2006, Uğuz ve ark. 2006).

Panik bozukluğu için biyolojik bir marker olarak kabul edilen karbondioksit aşırı duyarlılığının, panik hastalarının birinci derece yakınlarında, sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda saptanması, bu duyarlılığın da kalıtılabilir nitelikte olduğunu göstermektedir (Alkın 2000).

İşlevsel nöroanatomisi açısından frontal lop işlevleri etkilenmiştir (agorafobi oluşumu) ve periaquaduktal gri cevher (panik atakları) ile amigdalanın santral çekirdeğinin (beklenti anksiyetesi) aşırı etkinliğinin etyopatogeneizde önemli olduğu anlaşılmıştır (Alkın ve ark. 2004).

Hastalıkta rol oynadığı düşünülen ana nörotransmitterler; noradrenalin, serotonin ve gama amino bütirik asit (GABA)'tır. Bu bireyler artmış sempatik tonus gösterirler. Uyarılara yoğun bir tepki verirler ve tekrarlayan uyarılara yavaş adapte olurlar.

Noradrenerjik nöronların köken aldığı beyin sapındaki locus seruleus, korku ve alarm tepkilerinden sorumlu tutulmaktadır. Yapılan çalışmalarda panik bozukluğu hastalarında noradrenalin fazlalığının olduğu, alfa-2 agonisti olan yohimbinin presinaptik noradrenalin reseptörünü etkileyerek noradrenalini arttırdığı ve bu yolla panik ataklara neden olduğu bildirilmektedir (Stahl 2000).

Beyindeki serotonerjik sistemler beyin sapındaki dorsal raphe nükleusundan köken almaktadır. Fenfluramin ve m-klorofenilpiperazin (m-CPP) gibi serotonin salınımını artıran maddelerin panik bozukluğu hastalarında anksiyete artışı ve panik atakları ortaya çıkarmaları ve panik bozukluğu tedavisinde serotonin geri alım inhibitörü ilaçların (SSRI) etkili bulunması, etiyolojide 5-HT (5-hidroksi triptamin)'nin rol alabileceğini düşündürmektedir (Alkın 2000, Topçuoğlu ve ark. 2005).

Hastaların yaşadığı beklenti anksiyetesinden limbik sistemin (özellikle cingulat ve parahipokampal korteksin) sorumlu olduğuna dair kanıtlar vardır. Bu beyin bölgesi kökenli beklenti anksiyetesinin oluşumunda GABA-benzodiazepin reseptör kompleksinin de rolü olabileceği öne sürülmektedir (Alkın 2000).

Benzodiazepinler, GABA'erişik işlevi artırmak suretiyle anksiyeteyi azaltırlar. GABA agonistlerinin sistemik uygulaması sonucu muhtemelen raphe nükleusundaki nöronların

aktivitelerinin inhibe olması ile serotonin sentezi ve serotonerjik işlev azalır. Sonuç olarak, benzodiazepinler merkezi sinir sisteminde serotonerjik işlevi dolaylı olarak azaltmak suretiyle anksiyolitik etkilerini göstermektedir (Bayraktar ve Atalay 1997).

Kortikotropin releasing hormon (CRH)'nın stres ve anksiyetede rolü, CRH ve kolesistokinin (CCK)' in anksiyeteyi modülasyon işlevi, CRH' ye ACTH yanıtında (panik olgularında) küntleşme, panik olgularında CRH'nin rolünü düşündürmektedir. Örneğin; CCK tetrapeptid (CCK-4) panik atağını %62.5 oranında provoke etmektedir. ACTH salgısı CCK-4'e bağlı panik gösterenlerde göstermeyenlere göre belirgin olarak yüksek bulunmaktadır. Bu gözlemler CRH ve CCK sisteminin anksiyetede rolüne ve bu iki sistemin bağlantısına işaret etmektedir (Yüksel 2002).

Panik bozukluğu olan hastalarda bazı kimyasal maddelerin panik atağını uyardıkları saptanmıştır. Bu maddeler içinde en çok çalışılmış olan sodyum laktat ve karbondioksitin özel bir önemi vardır.

Eldeki verilere göre laktat infüzyonu ya da CO₂ inhalasyonu periferik ve santral parsiyel CO₂ basıncını artırmakta (hiperkarbi) ve bu da solunumu uyarak hiperventilasyona neden olmaktadır. Beyinde CO₂ düzeyi artışı doğrudan ventral meduller kemoreseptörleri uyardığı gibi locus seruleus için de güçlü bir uyarıcı olmaktadır. Arteryel parsiyel CO₂ (paCO₂) artışları, yaklaşmakta olan asfiksini habercisi olarak paCO₂'ye duyarlı beyin sapı nöronlarını aktive ederek belirgin bir noradrenerjik uyarılmaya ya da "arousal"a yol açmaktadır. Beyin sapı reseptörlerindeki CO₂'e duyarlılık eşiğinin düşük olması, paCO₂' de asfiksi açısından anlamlı artışlar olmadan, bir çeşit "boğulma yanlış alarmı" vermektedir. Böylece panik atağı başlamaktadır. Hiperventilasyon ise paCO₂ basıncını azaltmaya yarayan bir düzeneştir. Hiperventilasyon kompensatuar amaçla ortaya çıktıysa da, serebral vazokonstriksiyona ve respiratuar alkalozu neden olarak baş dönmesi, sersemlik hissi ve derealizasyon gibi ek panik atağı belirtilerini oluşturmaktadır (Alkın 2000, Yüksel 2002).

CO₂ aşırı duyarlılığı normallerde ve diğer anksiyete bozuklukları başta olmak üzere hiçbir psikiyatrik bozuklukta saptanmadığından, bu duyarlılık panik bozukluğu için bir biyolojik marker olarak kabul edilmektedir (Alkın 2000).

Bilişsel Davranışçı Kuram:

Bu kurama göre, panik bozukluğu fiziksel ya da mental kökenli içsel duyumların yanlış olarak, katastrofik biçimde yorumlanmasına bağlıdır. Anksiyetenin anne ve babanın davranışlarını örneklemekten ya da klasik koşullanma sürecinden öğrenilmiş bir yanıt olduğu düşünülmektedir. Bir panik atağı yaşayan kişi atak sırasında oluşan belirtileri bedensel ya da ruhsal açıdan tehlikeli, zararlı ve hatta ölümcül olabileceği inancına kapılır. Bir anlamda

panik hastaları ‘‘korkudan korkmakta’’ ve dikkatlerini bu belirtilere yoğunlaştırmaktadırlar. Bu katastrofik inançlar yeniden anksiyeteye ve dolayısıyla daha fazla bedensel belirti ve duyuma neden olur. Bu durum bir kısır döngüye dönüşür. Anksiyetenin ve otonomik uyaranları arttırdığı belirtilerin algılanmasıyla yeni panik atakları oluşur. Sonuç olarak; koşullanmış uyaranlar (örn. çarpıntı), koşullanmış cevapları (panik atağı) meydana getirir.

Dahası, korkulan bu anksiyete duyumları agarofobi başta olmak üzere birçok kaçınma davranışına neden olmakta; koşullanmalar fobik durumların oluşumunda rol oynamaktadır (Alkın 2000, Uğuz ve ark. 2006).

Psikodinamik Kuram:

Çağdaş psikodinamik görüşler, psikolojik süreçler ile yeni biyolojik bulguları birleştirmeye çalışmaktadır. Nörobiyolojik araştırma sonuçları ışığında paniğin oluşumu, korku yanıtı eşiğinin düşük olduğu nörofizyolojik bir yetersizlikle ilişkilendirilmiştir. Bu kişilerde kısmen kalıtsal, kısmen de daha önce karşılaştığı stres yaratıcı yaşam olaylarıyla ilişkili olarak ‘‘anksiyete duyarlılığı’’ söz konusudur ve bunlar ‘‘uyarılma’’ ile ilgili duyulardan korkan kişilerdir. Ancak bu duyarlılığın anksiyete bozuklukları, fobiler gibi tüm nevrotik durumlarda etkili olduğu öne sürülmektedir (Işık ve Işık Taner 2006).

Doğuştan var olduğu düşünülen bu sistemde ayrılık anksiyetesi etiyolojik açıdan bir aracı rolü oynamaktadır. Freud, çocuklukta ortaya çıkan ayrılık anksiyetesinin annenin kaybolması ve terk edebileceği tehdidi yaşandığı zaman ortaya çıktığını bildirmiştir. ‘‘Ayrılık anksiyetesi’’ koruyan ve besleyen önemli bir kişi ile bağın kopacağı tehlikesine ilişkin yoğun korku olarak tanımlanır. Agorafobide, psikodinamik kuram çocuklukta ana-baba kaybı ve ayrılık anksiyetesi öyküsü üzerinde durmaktadır. Kalabalık yerlerde yalnız kalma, terk edilmeye ilgili duyguları yeniden canlandırır. Kullanılan savunma düzenekleri; bastırma, yer değiştirme, kaçınma ve sembolizasyondur. Panik hastalarının kontrollere göre daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kaldıkları, agorafobili hastaların yaklaşık %50’sinin geçmişte ayrılık anksiyetesi yaşadığı, panik ataklarının sıklıkla önemli bir kişinin kaybı ya da boşanma gibi bir ayrılıktan sonra ortaya çıktığı gösterilmiştir (Alkın 2000, Kaplan ve Sadock 2002, Uğuz ve ark. 2006). Agorafobi ile çocuklukta ayrılık yaşantıları arasında bir ilişki bulunmadığını bildiren araştırmacılar da mevcuttur (Rapee ve Murrell 1988).

Yapılan çalışmalar panik bozukluğu gelişimi öncesinde olguların büyük çoğunluğunda stresli yaşam olaylarının mevcut olduğuna dikkat çekmektedir (Uhde ve ark. 1985, Breier ve ark. 1986, Tükel 1992).

Erken dönemde cinsel ya da fiziksel kötü davranıma maruz kalma, panik bozukluğu hastalarında araştırılan bir diğer konudur. Bir araştırmada, panik bozukluğu olgularının

%8'inin cinsel, %12'sinin fiziksel kötü davranıma maruz kaldığı belirlenmiştir (Breier ve ark. 1986). Bir diğer araştırmada ise, 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel kötü davranıma maruz kalanlarda erişkin yaşamda en sık görülen psikiyatrik bozukluğun agorafobi olduğu bildirilmiştir (Saunders ve ark. 1992).

Panik bozukluğunun psikodinamik modeli, alışkın olunmayan durumlar karşısında bu hastalarda ‘aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışıyla beslenen’ ve ‘çözülmemiş bağımlılık-bağımsızlık çatışmaları’na yol açan, doğuştan gelen, bir korku yanıtının gözlenmesi varsayımına dayanmaktadır. Yalnız kalma, terk edilme ya da kapana kısılma, boğulma ile ilgili bilinçdışı fantezilerin sonucu, tehlikeli bir ayrılık ya da tuzağa düşme olarak yorumlanan psikolojik güçlüklerle karşı, öfke ya da suçluluk duygusuyla tepki verme eğilimi ortaya çıkar.

Sonuçta, altta yatan nörofizyolojik yatkınlıkla birlikte, gelişmemiş savunmaların denetlemede yetersiz kaldığı korku veren olumsuz bir duygulanımdan köken alan önemsiz fiziksel duyular kolayca paniği uyabilir (Alkın 2000).

1.1.5. Komorbidite:

Panik bozukluğu hastalarında mitral valv prolapsusu, hipertansiyon, kardiyomiyopatiler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), irritabl barsak sendromu ve migren eştanılarına önemli oranlarda rastlanmaktadır (Alkın ve ark. 2004).

Tiroid hastalıkları ve panik bozukluğu birlikteliğini araştıran daha önceki çalışmalarda panik bozukluğunda %6.5 gibi yüksek oranlarda tiroid disfonksiyonu saptanmıştır. Mevcut bilgiler, tüm panik bozukluğu hastalarının tiroid açısından sorgulanarak, daha önce yapılmamışsa yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu hastalarında serum tiroid hormon düzeylerine bakılması gerektiğini göstermektedir (Simon ve Fischmann 2005).

Yapılan çalışmalar ile birinci basamağa başvuran panik hastalarının en az %70'ine ek bir psikiyatrik tanı konulduğu, psikiyatri kliniklerinde görülen panik hastalarının 2/3'ünde eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu ya da duygulanım bozukluğunun görüldüğü bildirilmektedir. En sık karşılaşılan ruhsal bozukluk eştanısı major depresyondur. Depresyon, hastalarda %40-80 gibi değişen oranlarda eştanı olarak ya da belirti tablosunun herhangi bir yerinde komplikasyon olarak ortaya çıkabilmekte ve özkiyım gerçekleştirme açısından önemli bir risk oluşturmaktadır. İki uçlu bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu panik bozukluğu sıklığı %20-23 gibi yüksek oranlara ulaşmaktadır. Alkol ve diğer madde bağımlılıkları hastaların %20-40'ında ortaya çıkmaktadır (Kaplan ve Sadock 2002, Alkın ve ark. 2004).

Panik bozukluğu hastalarında en fazla görülen anksiyete bozuklukları; özgül (basit) fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğudur. Panik hastalarında saptanan eştanı oranları, yaygın anksiyete bozukluğu için %23-35, özgül fobi için %16-33, sosyal fobi için %10-40, obsesif-kompulsif bozukluk için %8-28, travma sonrası stres bozukluğu için %7-22 olarak bildirilmektedir (Hoffart ve ark. 1994, Vasile ve ark. 1997, Apfeldorf ve ark. 2000). Akut stres bozukluğunda ise %77 travma sırasında, %47'sinde travma sonrasında yineleyici panik atakları oluşmaktadır (Nixon ve Bryant 2003).

Panik bozukluğu hastalarında aynı zamanda II. eksen bozukluklarının %25-65 oranında bulunduğu tahmin edilmekte ve C kümesi kişilik bozukluklarının oldukça yaygın olduğu gösterilmektedir (Alkın ve ark. 2004).

1.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz:

Panik bozukluğu, yeti yitimlerine neden olan, genelde kronik seyirli ve seyri hem hastalar arasında, hem de tek bir hastada oldukça çeşitlilik gösteren, komorbiditesi yüksek olan bir hastalıktır (Kaplan ve Sadock 2002). Panik bozukluğu hastalarının 4-6 yıllık tedavi sonrası izleme çalışmasında, olguların %30'unun iyileştiği, %40-50'sinde belirtilerinin tam kaybolmadan düzeldiği, %20-30'unda ise belirtilerinin aynı kaldığı ya da daha kötüleştiği görülmüştür (Katschnig ve ark. 1996, Roy-Byrne ve Cowley 1995).

Premorbid işlevselliği iyi olan ve belirtileri kısa süreli olan panik bozukluğu hastaları iyi prognozlu olma eğilimindedirler (Kaplan ve Sadock 2002). Hastada eşlik eden diğer anksiyete bozuklukları, depresyon, alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları varsa prognoz daha kötü olmaktadır (Alkın 2000).

1.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB):

1.2.1. Tarihçe:

Orta çağda, obsesyon ve kompulsiyonları olan kişileri şeytanın ele geçirdiğine inanılmıştır. Shakespeare, ünlü eserindeki Lady Macbeth kimliğinde suçluluk duygusundan köken alan obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarının ebedi örneklerini vermiştir (Bayraktar 1997).

Obsesyon ve kompulsiyonlar ilk kez 1838'de Esquirol tarafından melankolinin bir belirtisi olarak tanımlanmıştır. Obsesyon terimini ilk olarak 1860'da Morel kullanmıştır (Aslan ve Ünal 1995).

Yirminci yüzyılın başlarında Pierre Janet fobi, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan tabloyu "psikastenî" olarak tanımlamıştır. Janet'e göre psikastenî bireyde irade zayıflaması

sonucu ortaya çıkmaktaydı. Freud ise, fobilerdeki ruhsal neden ve düzeneklerin, obsesif kompulsif nevrozdaki ruhsal nedenlerden ve psikodinamik düzeneklerden farklı olduğunu görerek, fobik nevroz ve obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiştir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

OKB, Freud'dan günümüze kadar tanı ölçütleri çok az değişikliğe uğramış az sayıdaki psikiyatrik bozukluktan biridir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar 2006) .

DSM III tanı ölçütlerinde kompulsiyonlar yalnızca bir davranış olarak tanımlanmıştır (APA 1980). DSM IV tanı ölçütlerinde ise kompulsiyonların obsesyonları etkisizleştirmek için kullanılan düşünceler şeklinde de olabileceği belirtilmektedir (APA 1994).

Ayrıca, DSM IV ile birlikte hastalık epizodu sırasında kişinin obsesyonlarının ve/veya kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirmedeği durumda “içgörüsü az olan” alt tip sınıflandırmaya girmiştir.

Obsesif-kompulsif bozukluk, DSM III (APA 1980) ve DSM III-R (APA 1987)'de “obsesif-kompulsif nevroz” terimleri ile adlandırılırken DSM IV (APA 1994) ve DSM IV-TR (APA 2000)'de “obsesif-kompulsif bozukluk” terimi kullanıma girmiş ve OKB, anksiyete bozuklukları içinde yer almıştır.

1.2.2. Tanısal Özellikler:

Obsesyon, uygunsuz ve belirgin anksiyeteye sebep olan, davetsiz (intrusive), egodistonik, ısrarlı fikir, düşünce, dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyon ise, bir obsesyona tepki olarak tekrarlayıcı, amaca yönelik, belirli kuralları olan, stereotipik hareketlerdir. Zarardan kaçınma ve riski azaltma davranışları vardır. İyi bir içgörü (belirtilerin saçma, anlamsız görülmesi) olabileceği gibi, içgörünün zayıf olduğu bir alt tip de tanımlanmıştır. OKB hastalarında, düşünmeye, hissetmeye eyleme geçmeye yönelik zorlanma (direnc) yaşanır. Kompulsiyonlar anksiyete ve gerginliğin azaltılmasına yönelik olup, haz alma yaşanmaz (Tükel 2000, Karamustafalıoğlu ve Akpınar 2006).

OKB tablosunda üç önemli öge vardır. Birincisi kişide tekrarlayıcı ve zorlayıcı nitelikte düşünce, imaj ve dürtü bulunmasıdır. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin bilişsel ve davranışsal olarak kontrol edilme çabası olmasıdır. Bazen kişi bunlar ile ustalıkla baş edebilir. Bazen de kontrol çabası yalnızca geçmişte kalmıştır, bugün artık kişi bunlara bütünüyle teslim olmuştur. Üçüncü olarak kişi obsesyonların kendinden kaynaklandığını ve içsel orijinli olduğunu bilir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar 2006).

OKB'nin en sık görülen formu; yıkama ya da kontamine olduğu düşünülen nesneden kaçınma kompulsiyonlarının eşlik ettiği kontaminasyon obsesyonlarıdır. İkinci en sık görülen

form; sıklıkla kontrol etme kompulsiyonlarının eşlik ettiği, şüphe obsesyonlarıdır. Hastalar, bir şeyi unutma ya da yapma nedeniyle kendilerini suçlu hissetmektedirler. Üçüncü en sık görülen form; kompulsiyonu olmayan zorlayıcı düşünceler şeklinde, özellikle hastaya ayıp gelen saldırgan veya cinsel içerikli tekrarlayan düşünce obsesyonlarıdır. Dördüncü en sık form ise; simetri veya düzen ihtiyacıdır ve hastalarda kompulsiyonel yavaşlama olmaktadır. Hastaların, en azından %75'ini hem obsesyon, hem de kompulsiyonları olanlar oluşturmaktadır (Kaplan ve Sadock 2002). Ayrıca, OKB hastalarının büyük bir kısmında çoğul obsesyon ve kompulsiyonlar bulunmaktadır (Tükel 2000).

Rasmussen ve Tsuang (1986) yaptıkları bir çalışmada, hastaların %83'ünde yıkama, %80'inde kontrol etme, %21'inde sayma kompulsiyonları, ayrıca %42'sinde birden fazla kompulsiyon, %59'unda birden fazla obsesyon saptanmışlardır. Hastaların sadece %4.5'inde obsesyonlar tek başınadır; %2-6'sında ise kompulsiyonlar tek başına görülmektedir. Ayrıca semptomlar zaman içinde değişkenlik gösterebilmekte, mesela kontrol etme kompulsiyonları aşırı el yıkama ile yer değiştirebilmektedir (Kolada ve ark. 1994).

DSM IV-TR OBSESİF - KOMPULSİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ:

A-Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır:

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler*
- 2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir*
- 3) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır*
- 4) Kişi obsesyon düşünceleri, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir)*

Kompulsiyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır:

- 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)*
- 2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu*

davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleşmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. *Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.*

Not: *Bu çocuklar için geçerli değildir.*

C. *Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.*

D. *Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Major Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).*

E. *Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.*

Varsa Belirtiniz:

İç görüsü az olan: *O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa*

Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems- Tenth Revision) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması ise OKB'yi Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar ana başlığı altında, Obsesif-Kompulsif Bozukluk olarak sınıflandırmıştır (WHO 1992).

1.2.3. Epidemiyoloji:

Toplum tarama verilerine dayanan çalışmalara göre OKB'nin altı aylık prevalansı %1.5 (0.7-2.1), yaşam boyu prevalansı %2.5 (1.9-3.3) olarak saptanmıştır (Robins ve ark. 1984). Yaşam boyu prevalansı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. En düşük oranlar Tayvan'da (%0.5- %0.9) ve Hindistan'da (%0.6) gözlenmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa' da bu oran %2.6 ve %3.2 arasında bulunmuştur. Güncel epidemiyolojik çalışma bulgularında

OKB; fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olarak yer almaktadır. Toplumda görülme sıklığı aşağı yukarı astım ve diabetes mellitus'un görülme sıklığı kadardır (Stoll ve ark. 1992, Bayar ve Yavuz 2008).

Tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç, olguların 2/3'ünde 25 yaş altındadır ve başlangıç yaşının ortalama 20 olduğu bildirilmiştir. %15'ten az bir grupta başlangıç, 35 yaş üzerindedir. OKB çocukluk çağında da başlayabilmektedir. Olguların yaklaşık 1/3'ünde belirtilerin ilk görüldüğü dönem 5-15 yaş arasındadır. Belirtilerin ilk kez görülmesiyle psikiyatriste başvuru arasında uzunca bir süre (ortalama 7 yıl) geçebilmektedir. Erişkinlerde cinsiyet farkı hemen hemen görülmezken, ergenler arasında erkek hastalar biraz daha fazladır (Tükel 2000).

Rasmussen ve Eisen (1998)'nın 250 kişilik örneklem grubuyla yaptığı bir çalışmada OKB başlangıç yaşı ortalamasını tüm grupta 20.9, erkek hastalarda 19.5, kadın hastalarda 22.0 bulmuşlardır. Sonuç olarak, bu çalışmada erkek hastalarda OKB başlangıç yaşı ortalaması kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde erken bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğu, OKB gelişmeden önce iş gücü kaybına neden olmayan obsesif kompulsif semptomların var olduğunu belirtmişlerdir.

OKB bulguları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kirlilik obsesyonları ve temizlik kompulsiyonu kadınlarda, saldırganlık, cinsel, düzenlilik ve simetri obsesyonları ve kontrol kompulsiyonu erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Rasmussen ve Eisen 1992a).

Pauls ve arkadaşlarının (1995) OKB'si olan 100 hasta ile yaptığı çalışmada, 82'sinde hastalığın 18 yaşından önce başlamış olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada hastalık başlangıç yaşı 18'den küçük olan OKB'li kişilerin akrabaları arasında OKB ve obsesif kompulsif semptom bulunma oranı, 18 yaşından sonra OKB gelişen kişilerin akrabalarından iki kat daha yüksek bulunmuştur. Sonuçta; erken yaşta başlangıcın erkeklerde daha sık olarak görüldüğü, tik bozukluğu ve trikotillomaninin sıklığının daha fazla olduğu, aile yüklülüğünün arttığı, farmakolojik tedaviye yanıtın kötü olduğu ve simetri obsesyonları ile düzenleme kompulsiyonunun sıklığının arttığı saptanmıştır (Karno ve ark. 1988, Rasmussen ve Eisen 1992b, Abramowitz ve ark. 2001).

Bekâr kişilerde evlilere göre OKB daha sık görülmekle birlikte; bu bulgu muhtemelen bozukluğu olan kişilerin ilişkiyi sürdürmedeki güçlüğü yansıtmaktadır (Kaplan ve Sadock 2002).

Yapılan bir çalışmada ise OKB tanısı konmuş olan 250 kişi medeni durumları yönünden incelenmiş; sonuçta %43'nün evlenmediği, %52'sinin evli olduğu ve %5'inin de boşanmış olduğu görülmüştür (Rasmussen ve Eisen 1991).

Birçok takip çalışmasında medeni durum, hastalık gidişinin belirleyicisi olarak bulunmamış olsa da, Steketee ve arkadaşlarının (1999) 107 OKB hastası ile yaptığı çalışmada, evlenmiş olmanın kısmi iyileşme (remisyon) olasılığını belirgin bir şekilde artırdığı bildirilmiştir.

ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasına göre; OKB ile ırk, etnik grup, eğitim, medeni durum, meslek, kültür, ekonomik durum gibi sosyodemografik faktörler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Nelson ve Rice 1997).

1.2.4. Etiyoloji:

Genetik ve Nörobiyoloji:

Genetik faktörlerin OKB oluşumuna katkıya bulunduğu dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bu kanıtlar ikiz çalışmaları ve OKB hastalarının birinci derece akrabalarının araştırmalarından kaynaklanmaktadır. OKB için ikiz çalışmalarında, monozigotik ikizlerde (%90), dizigotik ikizlere (%47) göre anlamlı olarak yüksek konkordans oranı saptanmıştır (Carrey ve Gottesman 1981). Aile çalışmalarında, OKB hastalarının 1. derece akrabalarının % 35'inin bu bozukluktan etkilendiği bulunmuştur (Pauls 1992).

Birçok araştırma OKB oluşumunda serotonin disregulasyonunun rolü olduğunu göstermiştir. Ayrıca serotonerjik ilaçların diğer nörotransmitter sistemleri üzerinden çalışan ilaçlardan daha etkili olduğu gösterilmiştir. OKB' de, serotonin metaboliti olan 5-hidroksi triptamin (5-HIAA)'in beyin-omurilik sıvısı (BOS)'nda yüksek düzeyde saptanması ve klomipramin tedavisiyle bu düzeyin normale döndüğünün gösterilmesi serotonin hipotezini desteklemektedir. Öte yandan, serotonin reseptör agonisti olan metaklorofenilpiperazin (m-CPP) OKB'li hastalara verildiğinde belirtileri alevlendirdiği saptanmıştır. OKB'deki patolojinin, reseptör düzeyinde aşırı duyarlılığın gelişmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Tükel 2000). Bununla birlikte bazı araştırmacılar kolinerjik ve dopaminerjik sistemlerinde OKB etyopatogenezinde rol oynadığını belirtmişlerdir (Bayar ve Yavuz 2008).

OKB hastalarındaki beyin görüntüleme çalışmaları, orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasındaki nöronal bağlantılarda aktivite değişiklikleri göstermiştir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi çeşitli görüntüleme çalışmalarında, OKB hastalarının frontal loblarında, bazal ganglionlarında (özellikle kaudat nükleusta) ve singulumlarında artmış metabolizma ve kan akımı saptanmıştır. Bilgisayarlı tomografi (BT)

ve manyetik rezonans (MRI) çalışmalarında, OKB hastalarında kaudat nükleus çaplarının bilateral azaldığı bulunmuştur (Kaplan ve Sadock 2002).

Bilişsel Davranışçı Kuram:

Mowrer'ın, fobik bozukluklarda korkunun oluşumu açıklayan “iki evre kuramı” obsesif kompulsif bozukluğu açıklamak için kullanılmıştır (Barlow 2000). Bu kuram uyarınca nötral nesne ya da düşünceler ilk evrede anksiyete ile eşleştirilmekte ve koşullu bir uyaran (obsesyon) oluşmaktadır. İkinci evrede ise; kişide anksiyete oluşturan bu obsesyonel düşünceler, anksiyeteyi ortadan kaldırmak üzere kaçınma davranışları (kompulsiyon) meydana getirmektedir. Anksiyetenin azaltılması da bu yanıtları pekiştirmektedir. Başka bir ifadeyle; bu kuramda, obsesyonlar anksiyete uyandıran koşullu edimler, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi etkisizleştirmek için öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş davranışlar bütünüdür (Salkovskis ve Kirk 1989).

Psikodinamik Kuram:

Ondokuzuncu yüzyılın sonlarında Freud, OKB hakkında ilk bilimsel hipotezleri ortaya atan kişi olmuştur. Freud'a göre obsesyonel nöroz histeriye benzer şekilde ödipal istekler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Obsesif kompulsif hastanın, ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine “anal sadistik döneme” gerilediği kabul edilmektedir (Freud 1913). Kişi, anal sadistik evrede libidinal dürtü nesnesine karşı hem sevgi hem de nefreti birlikte taşımakta; bu durum “ambivalans” olarak adlandırılmaktadır.

Obsesif kompulsif kişi, anal erotik ve saldırgan dürtülerini yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma savunma düzeneklerinin yardımı ile bilinç dışında tutmaya çalışmaktadır. Freud, bu savunma düzeneklerini obsesyonel nörozun tipik savunmaları olarak tanımlamıştır (Freud 1926). Karşıt tepki oluşturmada; çatışan iki dürtüden biri diğerini baskı altında tutmak için aşırı derecede yoğunlaşmakta; diğeri ise bastırılarak kaybolmaktadır. Görünürde olan, bastırılmış olanın tam zıttıdır. Obsesyonel nörozda karşıt tepki oluşturma düzeneğinin yardımı ile ileri derecede güçlü olan öfke bastırılmaya ve bilinç dışında tutulmaya çalışılmakta; karşıtını bastırılmış olarak tutmak için bilinçli olan sevgi çok büyük bir yoğunluk kazanmaktadır. Böylelikle, obsesif kompulsif kişi ilişkilerinde oldukça kibar ve nazik olmayı başarmaktadır. Yalıtma; bazı düşüncelerin veya davranışların diğer düşüncelerden veya yaşantının geri kalan kısımlarından savunma amacıyla ayrı tutulmasıdır. Düşünce duygudan ayrılmakta, çağrışım bağlantıları baskılanmakta veya kesintiye uğratılmakta; düşünce bilinçte zayıflamış, etkinliğini kaybetmiş, olağan düşünce süreci sonucu oluşmamış gibi kalmaktadır. Bir anlamda, yalıtma ile zihindeki bazı düşüncelere sanki

“dokunulmamaya” çalışılmaktadır. Yapma - bozmada ise; bir eylem bir diğeri tarafından iptal edilmektedir. İki evreli ve ikincisinin, birincisini yansıztırdığı kompulsif eylemler obsesyonel nöroz için tipiktir. Bu iki evreli eylemler birbirine zıt iki dürtü arasındaki çatışmayı ifade etmektedir. OKB’ de sıkça görülen tekrarlamalar bir yapma - bozmadır. Buradaki temel amaç, bir eylemin iptal edilmesi ve farklı bir niyetle tekrarlanmasıdır. Eskiden dürtüsel olarak yapılmış olanın yerine, şimdi süperegonun yaptırdığı geçirilmektedir. Yıkama kompulsiyonları da daha önce gerçekleştiği varsayılan bir kirlenmeyi bozma amacını taşımaktadır (Topçuoğlu 2003).

Freud, bu hastalıkta ayrıca süperegonun da gerilemeye uğradığından ve katı, acımasız bir yapıya büründüğünden söz etmektedir (Freud 1923). Ego saldırganlığın dışa yöneltilmesinden ne kadar kendini alıkoyarsa süperegonun sadizmi de o kadar artarak; nesnelere yöneltilmeyen saldırganlık süperegonun egoya saldırganlığı şeklinde içe dönmektedir. Ego sadistik süperegonun isteklerine karşı bazen boyun eğmekte; bazen baş kaldırmakta, bazen de hem boyun eğmekte, hem de baş kaldırmaktadır.

Freud’dan sonraki dönemde OKB ile ilgili çalışmalar başlangıçta onun görüşlerinin bir miktar genişletilmesinden öteye gitmemiştir. Leib (2001), OKB hastalarının analizinde anne-çocuk ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu ve bu hastaların çoğunda omnipotan, despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını tespit etmiştir.

1.2.5. Komorbidite:

OKB’ de eş zamanlı komorbidite oranları; %46.5 özgül fobi, %31.7 major depresyon, %13.8 panik bozukluğu,%24.1 alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı %12.2 şizofreni, %1.3 şizofreniform bozukluk, %17.6 diğeri ilaç kullanımı ya da bağımlılığı olarak tespit edilmiştir. OKB ile major depresyonun yaşam boyu birlikteliği %65, eş zamanlı birlikteliği ise %30 olarak saptanmıştır. Depresyon genellikle OKB’ye ikincil olarak gelişmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar 2006) .

Komorbid eksen I bozukluğunun bulunduğu OKB hastalarında, OKB belirti puanları, bulunmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu hastalarda azalmış içgöründen bahsedilmektedir (Tükel ve ark 2002).

ABD’de yapılan çok merkezli ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışma sonuçlarına göre alkol alımında ve ilaç kötüye kullanımında artış birlikteliğine dikkat çekilmiştir (Karno ve ark. 1988).

Eksen II kişilik bozukluklarının da OKB ile sıkça birliktelik gösterdiği izlenmektedir. Bazı yayınlarda, özellikle bağımlı ya da çekingen gibi C kümesi kişilik bozukluklarında %80'lere varan yüksek oranlar bildirilmektedir (Black ve ark. 1993).

1.2.6. Klinik Seyir ve Prognoz:

OKB'si olan hastaların yarısından fazlasında belirtiler aniden başlamaktadır. Hastaların %50-70' inde belirtiler gebelik, cinsel sorun ya da bir yakının ölümü gibi stresli bir olay sonrasında başlayabilmektedir. Birçok hasta belirtilerini gizleyebildiğinden, psikiyatriste başvurma 5-10 yıl gecikebilmektedir (Kaplan ve Sadock 2002). OKB, kronik, progresif gidişli ya da dalgalı seyirli olabilmektedir. Hastalık tedavi edilmeden de bulguların şiddeti artıp azalabilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar 2006).

Belirtiler; hastaların %20-30'unda önemli ölçüde düzelmekte, %40-50'sinde orta derecede düzelmekte, %20-40'ında aynı kalmakta ya da kötüleşmektedir.

OKB hastalarında 1/3-2/3 oranında major depresyon birlikteliği bulunmakta ve intihar tüm OKB hastaları için risk oluşturmaktadır. Kötü prognoz göstergeleri; kompulsiyonlara direnme yerine boyun eğme, çocukluk çağında başlangıç, bizar kompulsiyonlar, hastaneye yatış gereksinimi, eşlik eden major depresyon, sanrısız inanışlar, fazla önem verilmiş düşüncelerin varlığı (obsesyon ve kompulsiyonların bir derecede kabullenilmiş olması) ve bir kişilik bozukluğunun varlığıdır. İyi prognoz göstergeleri ise; iyi sosyal ve mesleki uyum, başlatıcı ya da alevlendirici bir olayın varlığı ve belirtileri epizodik olmasıdır. Obsesyonun içeriği prognoz ile bağlantılı görünmemektedir (Kaplan ve Sadock 2002).

1.3. MİZAÇ, KARAKTER VE KİŞİLİK:

Mizaç (huy) (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizacın karşılığı olan "temperament", "karışım" anlamına gelen "temperare" sözcüğünden türetilmiştir (Kesebir ve ark. 2005). Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır; dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; yapısal kurama göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş karakterin zekâ ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (Akiskal ve ark. 1983).

İnsanoğlunun farklı mizaç özelliklerinin olduğu Hipokrat zamanından bu yana bilinmektedir. Eski Yunanda Hipokrat'ın dört sıvı kuramı ile (kara safra (melankolik), kan

(kolerik, öfkeli), sarı safra (plegmatic, sakin-soğukkanlı), lenf (sanguinik, umut dolu) kişilik ve mizaç tipleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Geçtiğimiz yüzyıla gelindiği zaman Kraepelin (1909–1915) “kişisel görüntü” (Almanca: personliche veranlagung, çağdaş anlamda: hastalık öncesi kişilik) ve bu kavramla bağlantılı “temel durumlar”ı (Almanca: grundzustande, İngilizce: fundamental states) tanımlamıştır (Akdeniz ve ark. 2004). Bu kişisel yapının, kişinin hastalık olmaksızın ömür boyu taşıdığı özellikler olduğunu öne sürmüştür. O’na göre 4 temel duygulanım görünümü (mizaç) mevcuttur: depresif tip, hipertimik ya da manik tip, iritabl tip ve siklotimik tip. Bu kişisel yapı (mizaç), duygudurum bozuklukları için bir zemin hazırlayabilmekte (kişisel yatkınlık) (personal disposition), temelde silik ruhsal hastalık özellikleri olarak gözlenebilmekte ya da yaşam boyu bir duygulanım bozukluğu olmaksızın kişiliğin bir özelliği olabilmektedir (Von Zerssen ve Akiskal 1998) .

Schneider 1958 yılında Kraepelin’in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçlar tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin’in aksine bu iki duygulanım mizacının duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur (Akiskal ve ark. 1983, Von Zerssen ve Akiskal 1998).

Kraepelinden sonra Cloninger ve Akiskal da mizacı ele almışlardır. Cloninger mizaç ve karakter ikilisini incelemiş, Akiskal ise “affektif mizaç” (affective temperament) tanımlamasını yapmıştır.

Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel afektif mizacı tanımlamıştır: depresif, siklotimik, hipertimik (terimi Schneider’den ödünç almıştır ve bu, Kraepelin’in manik tipine karşılık gelir), sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) mizaç (Akiskal ve Mallya 1987). Akiskal’a göre duygulanım mizaçları:

Hipertimik Mizaç:

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
3. Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dâhil)
4. Yadsımanın (inkâr) çok fazla kullanılması
5. Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri:
 - İritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
 - Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli
 - Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturan
 - Aşırı konuşkan

- Sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük
- Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
- Baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

Eşikaltı Distimik Mizaç:

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon
3. Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün)
4. Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)
5. Schneiderian depresif kişilik özellikleri:
 - Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen
 - Sessiz, pasif ve kararsız
 - Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikâyet eden
 - Derin derin düşünen ve endişelenen
 - Vicdanlı, kendi kendini disipline eden
 - Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten
 - Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

İrritabl Mizaç:

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabl ve çabuk kızan olma)
3. Derin düşüncelere dalmaya meyil
4. Aşırı eleştiren ve şikâyet eden
5. Aksi şakalar yapan
6. İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren
7. Disforik yerinde duramama
8. Dürtüsellik
9. Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

Siklotimik Mizaç:

1. Erken başlangıç (<21 yaş)
2. Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler
3. Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümde ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık

4. Öznel görünümeler:

- Letarji ya da ötoni
- Kötümserlik ya da iyimserlik
- Zihinsel konfüzyon ya da keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
- Düşük kendine güven ya da aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı

5. Davranışsal görünümeler:

- Azalmış sözel dışavurum ya da çok konuşma
- Hipersomnia ya da uyku ihtiyacının artması
- Nedensiz sulu gözlülük ya da aşırı şakacılık
- İçedönük kendini soyutlama ya da sınırsız insan arama
- Üretkenlikte belirgin değişkenlik

DSM IV-TR'ye göre duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan distimik ve siklotimik bozukluğun birinci eksen mi yoksa ikinci eksen bir mizaç ya da kişilik özelliği olarak mı yer alması gerektiği tartışmaları günümüzde halen sürmektedir (Sayın ve Aslan 2005).

Günümüzdeki kullanımında siklotimik bozukluk teriminin, iki uçluluğun alt eşiği olan bir kişilik özelliği ya da mizaçla sınırlı olduğu belirtilmektedir (Akiskal 2001). Siklotimik özelliklerin, bipolar II bozukluğu görülmesi yönünden genetik-ailesel yatkınlık oluşturacağı bildirilmektedir (Hantouche ve Akiskal 2008). Yapılan çalışmalar, siklotimi ve bipolar II bozukluğun bir süreklilik gösterdiğini düşündürmektedir (Perugi ve Akiskal 2002, Akiskal ve ark. 2003, Hantouche ve ark. 2003, Chiaroni ve ark. 2005).

Perugi ve Akiskal (2002) bipolar II spektruma eşlik eden endişeli, siklotimik ve duygusal mizacın duygudurum bozuklukları dışında, anksiyete ve dürtü kontrol bozuklukları da dâhil olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğa yol açabileceğini söylemişlerdir. Bipolar II bozukluk yelpazesinin kaynağı siklotimik-endişeli-duyarlı mizaçların karışımından oluşan bir kaynaktır. Bu temel, yaş, cinsiyet ve çevresel etkenler sonucunda bipolar II bozukluk yelpazesine dönüşmektedir. En son tanımlanmış haliyle “silik ikiuçluluk (bipolarite)” yelpazesi: 1) Duygudurum olarak; kronik hipomani, hipertimik mizaç, siklotimik mizaç, kısa süreli hipomani, antidepresana bağlı hipomani; 2) Endişeli-duyarlı mizaç olarak; panik-ayrılık anksiyetesi, kişiler arası hassasiyet, obsesif-kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk, sosyal fobik inhibisyon; 3) Dürtü kontrolsüzlüğü olarak; uyum bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımına dönüşebilmektedir (Perugi ve Akiskal 2002).

Duygulanım mizaçlarını değerlendirmek için ise Akiskal ve arkadaşları TEMPS-A ölçeğini (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) geliştirmiştir (Akiskal ve ark. 1998, Placidi ve ark. 1998). Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır.

Mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biri de kuşkusuz Cloninger'dir. Cloninger somatik bozukluğu olan hastalarda impulsif-agresif, yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda ise obsesif-kompulsif özelliklerin sıklığına dikkat çekmiştir. Nörotisizm ve dışadönüklük kişiliğin fenotipik yapısı olarak bilinmektedir. Eysenck'in normal ve anormal kişiliklere uygulanabilecek modelini temel almakla birlikte, Cloninger, kişilik modeli oluşturmada fenotip ve genotipik kişilik boyutlarının ele alınmasını savunmuş ve fenotipik ve genetik yapıların aynı olduğunu savunan Eysenck modelini bir kişilik modeli için eksik olarak nitelendirmiştir (Cloninger 1986).

Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunlarla ilgili genlerin spesifik mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Cloninger'e göre bir kişinin tehlikelere, yeni gelişmelere ve ödüllendirilmelere otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri ile doğuştan gelmektedir. Bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşmekte ve yaşam boyu değişmeden kalmaktadır. Mizaç özellikleri sırasıyla korku, öfke, bağlanma ve hükmetme şeklindeki temel emosyonlarla ilişkilidir. Mizaç emosyon ve öğrenme sisteminde ön özellikler oluşturmakta, bu durum da sonuçta emosyonlara dayanan otomatik davranışları yani alışkanlıkları üretmektedir. Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır (Cloninger 1987). Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking) (yenilik ve ödül ile cezanın sonlanması gibi sinyallere karşı davranış aktivasyonu) dopaminerjik, zarardan kaçınma (harm avoidance) (ceza veya ödüsüzlüğe karşı davranış inhibisyonu) serotonerjik, ödül bağımlılığı (reward dependence) (önceden ödüllendirilen davranışların yeniden güçlendirme olmadan bir süre devam etmesi davranışı) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir.

Cloninger, başlangıçta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi (persistence), daha sonra ödül bağımlılığının diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Cloninger'e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Mizaç özelliği olarak tanımlanan yenilik arayışı puanları yaşla birlikte yeni uyaranlara ilginin azalmasıyla her on yılda 1 puan azalmaktadır (Cloninger ve ark. 1991).

Cloninger ‘‘kişilik’’ tanımlaması yerine bu kavramın psikodinamik formülasyonlarda sıkça kullanılan şeklini, yani ‘‘karakter’’i ele almıştır. Karakterin, mizacın aksine kalıtsal yönü daha azdır. Belirgin biçimde sosyal öğrenme, kültür ve bireye özgü yaşam olaylarından etkilenmekte, yaşla birlikte olgunlaşmaktadır. Olgun kişiliği tanımlayacak olan üç karakter özelliği kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma olarak tanımlanmaktadır. Bu karakter özellikleri yaşla birlikte artış göstermekte, kişisel ve sosyal etkinliği belirlemekte; zorluklarla dolu bir yaşam olayı karşısında kişiyi güçlü kılmaktadır. Bu özelliği düşük olan bireyler ise materyalist başarılar için uygun kişiliklerdir.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemlemiştir; aynı mizaca sahip bireylerin farklı davranışlar sergileyebildiği bulgusundan yola çıkarak, ölçeğe üç karakter boyutu (kendi kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) eklemiş ve ismini ‘‘Mizaç ve Karakter Envanteri’’ (Temperament and Character Inventory; TCI) olarak değiştirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (Cloninger 1986). Yüksek zarardan kaçınma puanlarına sahip kişiler, gelecek problemleri ile ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, kesin olmayana karşı korku, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte ve ‘‘anksiyeteli kişilik’’, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk karakteristikleri geliştirebilmektedirler (Cloninger ve ark. 1993).

Panik bozukluğu hastalarının mizaç özelliklerini araştıran birçok çalışmada kontrol grubuna göre yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanları saptanmıştır (Saviotti ve ark. 1991, Ampollini ve ark. 1997, Battaglia ve ark. 1998, Ampollini ve ark. 1999, Kennedy ve ark. 2001, Wiborg ve ark. 2005, Wachleski ve ark. 2008). Bazı yazarlar, akut hastalık dönemindeki PB hastalarının yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanlarının, anksiyete durumunun şiddeti ZK puanlarını değiştirdiği için, semptomatoloji şiddetiyle ilişkili olabileceğini önermektedir (Brown ve ark. 1992, Svrakic ve ark. 1993). Bu görüşün tersi olarak, diğer yazarlar yüksek ZK karakter boyutunun panik bozukluğunun incinebilirliğiyle (vulnerability) ilişkili olduğunu varsaymaktadırlar (Cloninger 1987b, Saviotti ve ark. 1991).

Bu tartışmanın tedavi öncesi ve sonrası kişilik boyutlarını değerlendiren uzunlamasına çalışmalarla çözümlenebileceği düşünülmektedir.

Bir yüzyıl önce Janet ve Freud tarafından kararsızlık ya da düzenlilik gibi kişilik faktörlerinin obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde ana rol oynadığı varsayılmasına rağmen, kişilik ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişki için hemfikir olan görüş, bu ilişkinin anlaşılmasının zor olduğudur. Boyutsal bir perspektif, kişilik işlevinin tanımlanmasında daha yararlı bir yaklaşım olabilmekte ve belki de kişilik ve obsesif kompulsif bozukluk arasında anlamlı ilişkileri daha iyi ortaya çıkarabilmektedir (Alonso ve ark. 2008).

Şimdiye kadar obsesif kompulsif bozukluk hastalarında Cloninger'in kişiliğin biyogenetik teorisini ilgilendiren az sayıda çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmaların hepsinde sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılan obsesif deneklerde zarardan kaçınma (ZK) boyutunda daha yüksek puanlar rapor edilmiştir (Pfohl ve ark. 1990, Richter ve ark. 1996, Bejerot ve ark. 1998, Kusunoki ve ark. 2000, Lyoo ve ark. 2001, Cruz-Fuentes ve ark. 2004). Diğer bildirilen mizaç sapmaları düşük yenilik arayışı (YA) (Kusunoki ve ark. 2000, Lyoo ve ark. 2001) ve yüksek ödül bağımlılığını (ÖB) (Pfohl ve ark. 1990) kapsamaktadır. Karakter modelleri dikkate alındığında, kendini yönetme (KY) (Bejerot ve ark. 1998, Kusunoki ve ark. 2000, Lyoo ve ark. 2001, Cruz-Fuentes ve ark. 2004) ve işbirliği yapma boyutunda (İY) (Bejerot ve ark. 1998, Kusunoki ve ark. 2000) düşük puanlar gözlemlenmiştir.

Cloninger'in 7 boyutlu kişilik modelinin yanı sıra Eysenck tarafından "kişiliğin üç boyutlu modeli" ve Costa ve McCrae'nin "beş faktör modeli" de kişilik modelleri olarak tanımlanmıştır.

Eysenck'in kuramı kişilik ile ilgili üç temel boyuttan bahsetmektedir: nevrotizm, içe dönüklük ya da dışa dönüklük ve psikotizm. Bu kuramda kişilik "bireyin çevreye, kendine özgü bir tarzda uyumunu tayin eden karakter, mizaç, zekâ ve beden yapısının dengeli ve kalıcı bir örgütü" olarak tanımlanmıştır (Eysenck 1967). Otonomik sinir sistemi aşırı aktif olanların nevrotizme, şartlandırılmış cevaplar vermeye eğilimli olanların ise psikotizme yatkın olduğunu söylemiştir (Eysenck 1991, Millon ve Davis 1996).

Costa ve McCrae kişilik kavramına boyutsal yaklaşım getiren günümüz kuramcılarındandır. 1978'de geliştirdikleri kişilik modeli "nevrotizm", "dışa dönüklük" (extroversion) ve "deneyime açıklık" (openness) kavramlarını kapsarken, daha sonra bu kavramlara, "uzlaşabilirlik" (agreeableness) ve "sorumluluk" (conscientiousness) kavramlarını da eklemiştir. Model kişilik özelliklerinin genetik ve çevresel nedenler ve içeriklerle oluştuğunu öne sürmektedir. Bu model üzerinde çalışmalar sürmektedir (McCrae 1991, Costa ve McCrae 1997).

Kişiliğin oluşumunda biyolojik ve yapısal yatkınlığın önemini vurgulayan önemli kuramcılardan Thomas ve Chess, çocukların “aktivite biçimleri” ve “uyum yetenekleri”nin ilerdeki pek çok kişilik özelliklerinin gelişiminde temel teşkil ettiğini ileri sürmüşlerdir. Daha sonra bu gözlemlerini genç erişkin döneme de taşıyarak kişiliğin hayat boyu gelişim sürecine ışık tutmaya çalışmışlardır (Chess ve Thomas 1990). Rothbart, mizacı; kişinin biyolojik olarak doğuştan getirdiği, zamanla kalıtım, olgunlaşma ve deneyim gibi etkenlerden etkilenecek şekilde şekillenebilen bir yapı olarak tanımlamıştır (Rothbart ve ark. 2000). Çocukların Davranış Ölçeği’ni (Children’s Behaviour Questionnaire; CBQ) geliştirerek, duygusal tepkisellik ve kendini düzenleyici mekanizmaları değerlendirmeye çalışmıştır (Rothbart ve ark. 2001).

2. AMAÇ VE HİPOTEZ

Panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk anksiyete bozuklukları içerisinde yoğun araştırma yapılan, psikiyatri içerisinde önemli işlevsellik kaybına ve maliyete neden olan hastalıklardır. Bu çalışmada, panik bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalar sosyodemografik ve klinik özellikleri, baskın affektif mizaç ve mizaç, karakter özellikleri yönünden değerlendirilerek, her iki grubun birbiriyle ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastaların baskın affektif mizaç ve mizaç, karakter özelliklerinin sağlıklı kontrol grubundan farklı olacağı, her iki hastalık grubu birbirleriyle karşılaştırıldığında da baskın affektif mizaç ve mizaç, karakter özelliklerinde farklılıklar bulunabileceği hipotez edilmektedir. Bu konuda yapılmış az sayıda çalışma bulunmakta ve Türkiye'deki panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk hasta gruplarında yapılmış mizaç, karakter özelliklerini değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Bu hastalarda saptanan kişilik özelliklerinin, hastalıklarının klinik seyrini, remisyon sürelerini ve tedavi stratejilerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Deneklerin Seçimi:

Çalışmaya, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Kliniği'nde Şubat 2009-Mayıs 2009 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmekte olan rastgele yöntemle seçilmiş, DSM IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş ve halen remisyonda olan 20 panik bozukluğu, 20 obsesif kompulsif bozukluk hastası ile kontrol grubunu oluşturan 20 sağlıklı kişi olmak üzere, toplam 60 kişi dâhil edilmiştir. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kişiler çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilerek, projenin etik kurul başvuru dosyasında bir örneği bulunan “bilgilendirilmiş onam formu” imzalatılmıştır.

Panik Bozukluğu Remisyon Ölçütleri:

“Depresyon ve Anksiyete Uzlaşısı Kurulu” (International Consensus Group on Depression and Anxiety)’ na göre beş belirti alanında: 1) Panik atakları, 2) Beklenti anksiyetesi, 3) Panik atağıyla ilişkili fobiler (agorafobi ve beden duyumlarıyla ilgili fobiler dâhil), 4) İyilik hali ya da hastalığın genel şiddeti, 5) Ailesel, mesleki ya da toplumsal yeti yitimi alanlarında “hemen hemen tam düzelme” olması ve bu durumun en az 3 aylık bir dönemde sürdürülmesi “remisyon” (tam düzelme) olarak kabul edilmektedir (Ballenger ve ark. 1998). Yüksek eşanlık oranları göz önünde tutularak panik bozukluğuna eşlik eden depresyonun da düzelmesi remisyonun hedefleri arasında sayılmaktadır (Ballenger 1999, Doyle ve Pollack 2003).

Çalışmaya, HAM-A puanları 10’un altında, HAM-D puanları 7’nin altında, PAÖ puanları 9’un altında olan ve en az son 3 aylık dönemlerinde yukarıda sayılan beş belirti alanında en az hemen hemen tam düzelme tanımlayan panik bozukluğu hastaları alınmıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk Remisyon Ölçütleri:

OKB hastalarında remisyon; ard arda gelen en az 8 hafta süresince obsesyon ve kompulsyonların nadiren görülmesi ya da hiç görülmemesi, YBOCS puanlarının 8’in altında olması şeklinde tanımlanmaktadır (Eisen ve Rasmussen 2002).

Çalışmaya, HAM-A puanları 10’un altında, HAM-D puanları 7’nin altında, YBOCS puanları 8’in altında olan ve en az 8 hafta süresince obsesyon ve kompulsyonlarının nadiren olduğu ya da hiç olmadığı OKB hastaları alınmıştır.

Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 1- 18-65 yaş arasında olmak
- 2- DSM IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu ya da obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olmak ve halen remisyonda bulunmak
- 3- Okur-yazar olmak
- 4- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

Hasta Grubunda Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- 1- Eşlik eden şizofreni veya benzer psikotik hastalığın bulunması
- 2- Alkol/madde bağımlılığının bulunması
- 3- Görüşmeyi engelleyecek diğer ağır mental ya da fiziksel hastalığın bulunması
- 4- Fizyolojik etkileriyle panik bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk oluşturacak genel tıbbi bir durumun bulunması

Kontrol Grubunda Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 1- 18-65 yaş arasında olmak
- 2- DSM IV tanı ölçütlerine göre bilinen bir major psikiyatrik bozukluğun bulunmaması
- 3- Okur-yazar olmak
- 4- Alkol/madde bağımlılığının bulunmaması
- 5- Görüşmeyi engelleyecek ağır mental ya da fiziksel hastalığın bulunması
- 6- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Panik bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı DSM IV tanı ölçütlerine göre koyulmuştur. Çalışmaya alınan kişilerin tümüne sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Anket formunda sosyodemografik bilgiler, aile öyküsü ve hasta grupları için şimdiki psikiyatrik hastalık öyküsü yer almaktadır.

Psikiyatrik tanının doğrulanması açısından hasta gruplarına SCID-I/CV (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version) ve ruhsal açıdan sağlıklı olduklarının doğrulanması amacıyla kontrol grubuna SCID-I/NP versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders, nonpatient version) uygulanmıştır.

Depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddetinin değerlendirilmesi için her iki hasta grubuna da Hamilton depresyon (HAM-D) ve Hamilton anksiyete (HAM-A) ölçekleri uygulanmıştır.

Panik bozukluğu hastalarına Panik Agorafobi ölçeği (PAÖ) uygulanmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarına Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçeği (Y-BOCS) uygulanarak semptomların şiddeti ve içeriği değerlendirilmiştir.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne baskın affektif mizacın değerlendirilmesi için TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire), mizaç karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla da TCI (Temperament and Character Inventory) uygulanmıştır.

Çalışma, üniversitemiz etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.2 Veri Toplama Araçları:

SCID-I/Klinik Versiyonu (The Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders, clinical version- SCID-I/CV):

Major DSM IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1996). Toplam 38 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlamakta ve mizaç bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsamaktadır. Modüler yapısı sayesinde, gerektiğinde tek bir tanıya ait bölümü de kullanılabilmektedir. SCID-I'in 18 yaşından büyük bireylere uygulanması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Ortalama uygulama süresi 45-90 dakikadır. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçiminde olduğundan, görüşmeci ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. SCID-I, distimik bozukluk dışında I. Eksen tanısının yaşam boyu ve şu anda varlığını ya da yokluğunu saptamaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

SCID-I/Nonpatient Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders, nonpatient version – SCID-I/NP):

DSM III-R'de belirtilen psikiyatrik bozuklukları dışlamak amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir (Spitzer ve ark. 1990). Türkçe uyarlaması Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Skalası (HAM-D):

Hamilton gözetiminde Williams (1978) tarafından geliştirilmiştir. En sık 17 soruluk formu kullanılmaktadır. Her soru için 0-4 arası puan verilmektedir. En yüksek 53 puan alınır.

Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Skalası (HAM-A):

Hamilton (1959) tarafından geliştirilmiştir. 14 sorudan oluşmaktadır. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değişmektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Panik Agorafobi ölçeği (PAÖ):

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

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS):

Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Y-BOCS, bozukluğun şiddetini ölçen iki bölümden oluşur. Ayrıca ölçeğin yanında belirti kontrol listesi bulunmaktadır. Y-BOCS' un puanlandırılmasında obsesyon ve kompulsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 çok şiddetli. İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama ve patolojik kuşku, 1-4 arasında puanlanmakta, ancak toplam puana katılmamaktadır. Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire):

TEMPS-A baskın affektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Akiskal ve ark. 1998, Placidi ve ark. 1998). Anket depresif, hipertimik, sinirli (irritabl), siklotimik ve endişeli (anksiyöz) mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri "doğru" ya da "yanlış" olarak cevaplandırır. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sinirli (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18

puandır. Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır.

TCI (Temperament and Character Inventory) (Mizaç Karakter Envanteri):

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği TCI, dört mizaç: yenilik arayışı (novelty seeking), zarardan kaçınma (harm avoidance), ödül bağımlılığı (reward dependence), sebat etme (persistence) ve üç karakter: (kendi kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) boyutu olan 7-faktörlü, 240 maddeden oluşan "doğru" ya da "yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Zaman sınırlaması yoktur. TCI içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. TCI'nin 125 maddeli kısa formu, 140 maddeli formu ve en yaygın olarak kullanılan 240 maddeli formu mevcuttur (Cloninger et al. 1994). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

Mizaç bölümü; yenilik arayışı (toplam 40 madde): YA1- keşfetmekten heyecan duyma (11 madde), YA2- dürtüsellik (10 madde), YA3- savurganlık (9 madde), YA4- düzensizlik (10 madde); zarardan kaçınma (toplam 35 madde): ZK1- beklenti endişesi ve karamsarlık (11 madde), ZK2- belirsizlik korkusu (7 madde), ZK3- yabancılardan çekinme (8 madde), ZK4- çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde); ödül bağımlılığı (toplam 24 madde): ÖB1- duygusallık (10 madde), ÖB2- bağlanma (8 madde), ÖB3- bağımlılık (6 madde) ve sebat etme (8 madde) olarak ayrılmaktadır.

Karakter bölümü ise; kendini yönetme (toplam 44 madde): KY1- sorumluluk alma (8 madde), KY2- amaçlılık (8 madde), KY3- beceriklilik (5 madde), KY4- kendini kabullenme (11 madde), KY5- uyumlu ikincil huylar (12 madde); işbirliği yapma (toplam 42 madde): İY1- sosyal onaylama (8 madde), İY2- empati duyma (7 madde), İY3- yardımseverlik (8 madde), İY4- acıma (10 madde), İY5- erdemlilik, vicdanlılık (9 madde); kendini aşma (toplam 33 madde): KA1- kendilik kaybı (11 madde), KA2- kişiler arası özdeşim (9 madde), KA3- manevi kabullenme (13 madde) olarak ayrılmaktadır.

3.3 İstatistiksel İncelemeler:

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve dağılımı normal olmayan

maddelerde ortalamalar için Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

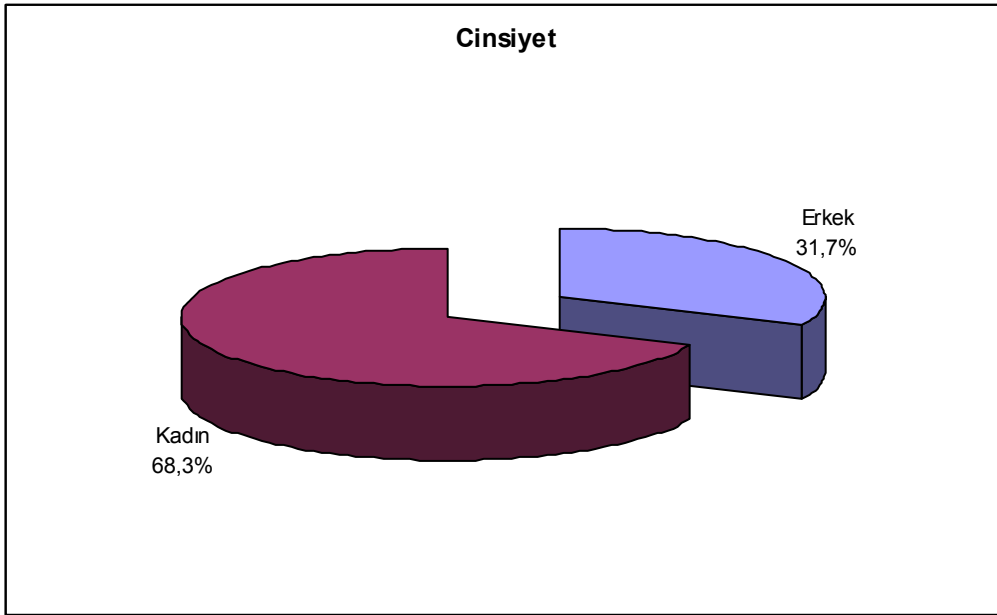
4. BULGULAR

Çalışma, Şubat 2009-Mart 2009 tarihleri arasında, yaşları 18 ile 56 arasında değişmekte olan, 41'i (%68.3) kadın ve 19'u (%31.7) erkek olmak üzere toplam 60 olgu üzerinde yapılmıştır. Olgular “Panik Bozukluğu” (n=20), “Obsesif Kompulsif Bozukluk” (n=20) ve “Kontrol” (n=20) olmak üzere üç grup altında incelenmiştir. Olguların ortalama yaşları 32.95 ± 8.78 'dir. PB olgularının ortalama yaşları 34.6 ± 7.55 (21-50 yaş), OKB olgularının ortalama yaşları 31.40 ± 10.40 (18-56 yaş), kontrol grubunun ortalama yaşları 32.85 ± 8.29 (22-54 yaş) olup, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($F=0.658$, $p=0.522$). Tüm çalışma örnekleminin sosyodemografik verileri Tablo 1 ve Şekil 1, 2, 3 ve 4'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı

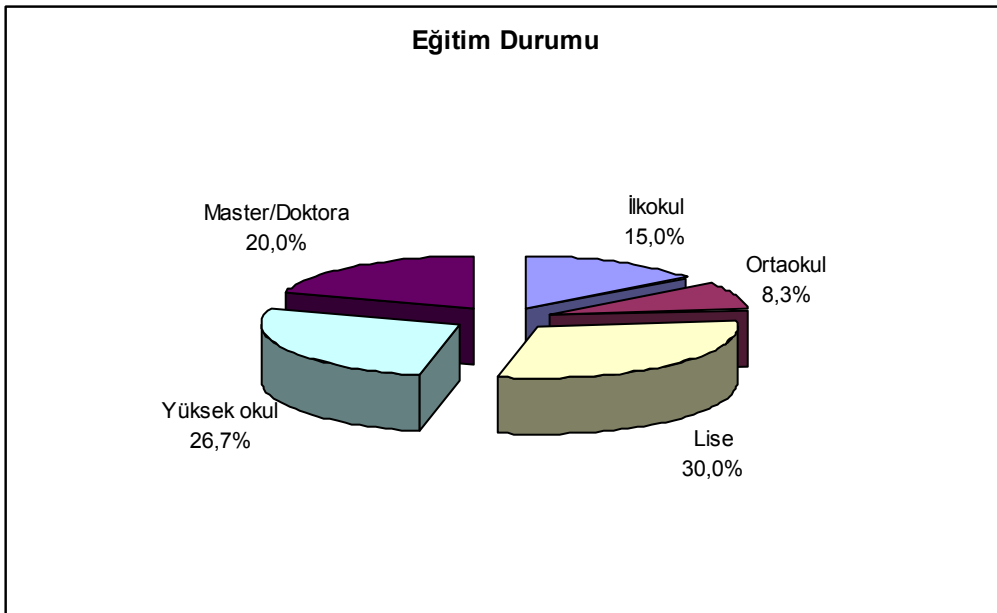
		N	%
Cinsiyet	Kadın	41	68.3
	Erkek	19	31.7
Eğitim Durumu	İlkokul	9	15.0
	Ortaokul	5	8.3
	Lise	18	30.0
	Yüksek okul	16	26.7
	Master/Doktora	12	20.0
Medeni Durum	Bekâr	25	41.7
	Evli	35	58.3
İş Durumu	Çalışıyor	34	56.7
	Çalışmıyor	8	13.3
	Öğrenci	9	15.0
	Emekli	3	5.0
	Ev hanımı	6	10.0

Olguların 41'i (%68.3) kadın, 19'u (%31.7) erkektir (Tablo 1, Şekil 1).



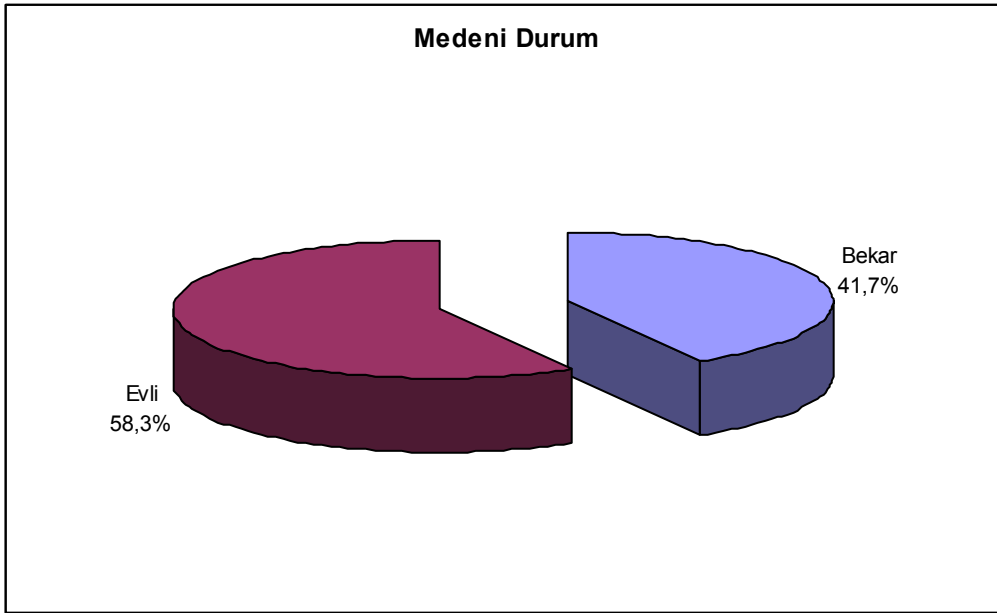
Şekil 1: Cinsiyet Dağılımı

Olguların 9'u (%15.0) ilkokul, 5'i (%8.3) ortaokul, 18'i (%30.0) lise, 16'sı (%26.7) yüksek okul ve 12'si (%20.0) master/doktora mezunudur. Eğitim süreleri 5 yıl ile 23 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 12.51 ± 4.40 yıldır (Tablo 1, Şekil 2).



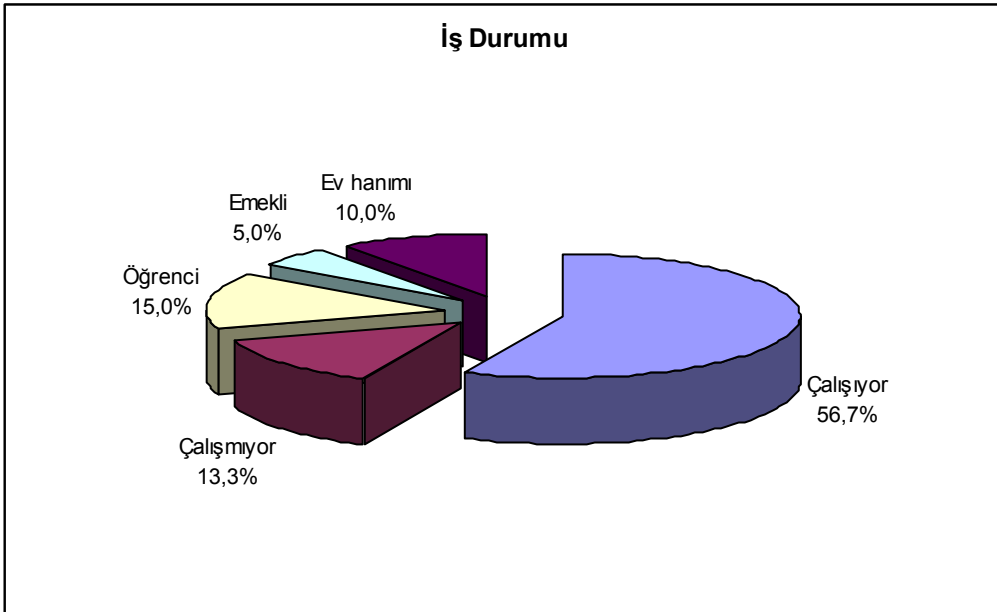
Şekil 2: Eğitim Durumu Dağılımı

Olguların 25'i (%41.7) bekâr iken, 35'i (%58.3) evlidir (Tablo 1, Şekil 3).



Şekil 3: Medeni Durum Dağılımı

Olguların 34'ü (%56.7) çalışıyor iken, 8'i (%13.3) çalışmıyor, 9'u (%15) öğrenci, 3'ü (%5) emekli ve 6'sı (%10) ev hanımıdır (Tablo 1, Şekil 4).



Şekil 4: İş Durumu Dağılımı

Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 2 ve Şekil 5'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Demografik Özelliklere Göre Grupların Değerlendirilmesi

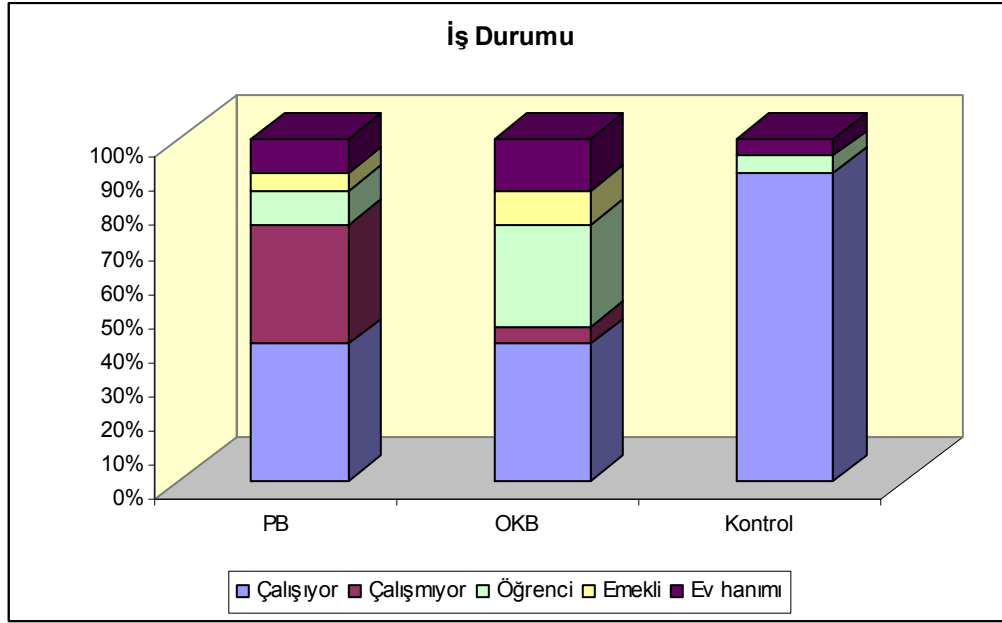
		PB	OKB	Kontrol	χ^2	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	13	16	12	2.003	0.367
		(%65.0)	(%80.0)	(%60.0)		
	Erkek	7	4	8		
		(%35.0)	(%20.0)	(%40.0)		
Eğitim Durumu	İlkokul	3	3	3	5.475	0.706
		(%15.0)	(%15.0)	(%15.0)		
	Ortaokul	3	1	1		
		(%15.0)	(%5.0)	(%5.0)		
	Lise	6	6	6		
		(%30.0)	(%30.0)	(%30.0)		
	Yüksek okul	13	16	12		
		(%65.0)	(%80.0)	(%60.0)		
	Master/Doktora	7	4	8		
		(%35.0)	(%20.0)	(%40.0)		
Medeni Durum	Bekâr	7	12	6	6.771	0.119
		(%35.0)	(%60.0)	(%30.0)		
	Evli	13	8	14		
		(%65.0)	(%40.0)	(%70.0)		
İş Durumu	Çalışıyor	8	8	18	24.299	0.002**
		(%40.0)	(%40.0)	(%90.0)		
	Çalışmıyor	7	1	0		
		(%35.0)	(%5.0)	(%0)		
	Öğrenci	2	6	1		
		(%10.0)	(%30.0)	(%5.0)		
	Emekli	1	2	0		
		(%5.0)	(%10.0)	(%0)		
	Ev hanımı	2	3	1		
		(%10.0)	(%15.0)	(%5.0)		

Ki-kare test kullanıldı

**** $p < 0.01$**

Gruplara göre olguların cinsiyet dağılımları, eğitim düzeyleri ve medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 2).

Gruplara göre olguların iş durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. PB ve OKB hasta gruplarında çalışanlar, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azdır (Tablo 2, Şekil 5).



Şekil 5: Gruplara Göre İş Durumu Dağılımı

Tablo 3: Hasta Grubunun Hastalık Başlangıç Yaşı, Doktora Başvurma Yaşı ve Doktora Başvurma Süresi Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri

	Min-Max	Ort±SD
Hastalık başlangıç yaşı	8-44	22.87±9.34
Doktora başvurma yaşı	11-55	28.97±9.38
Doktora başvurma süresi (yıl)	0-35	6.10±8.05

PB ve OKB görülen olguların hastalık başlangıç yaşları 8 ile 44 arasında değişmekte olup; ortalama hastalık başlangıç yaşı 22.87±9.34'tür.

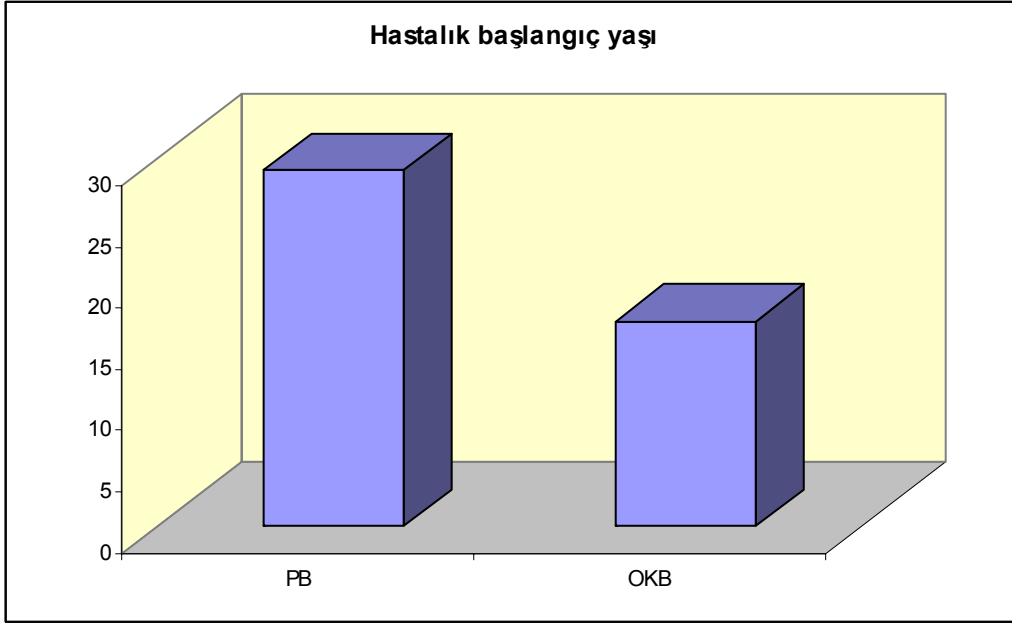
Olguların doktora başvurma yaşları 11 ile 55 arasında değişmekte olup; ortalama doktora başvurma yaşı 28.97±9.38'dir.

Olguların hastalığın başlangıcından doktora başvurmalarına kadar geçen süre 0 ile 35 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 6.10 ± 8.05 yıl, medyanı 3 yıldır (Tablo 3).

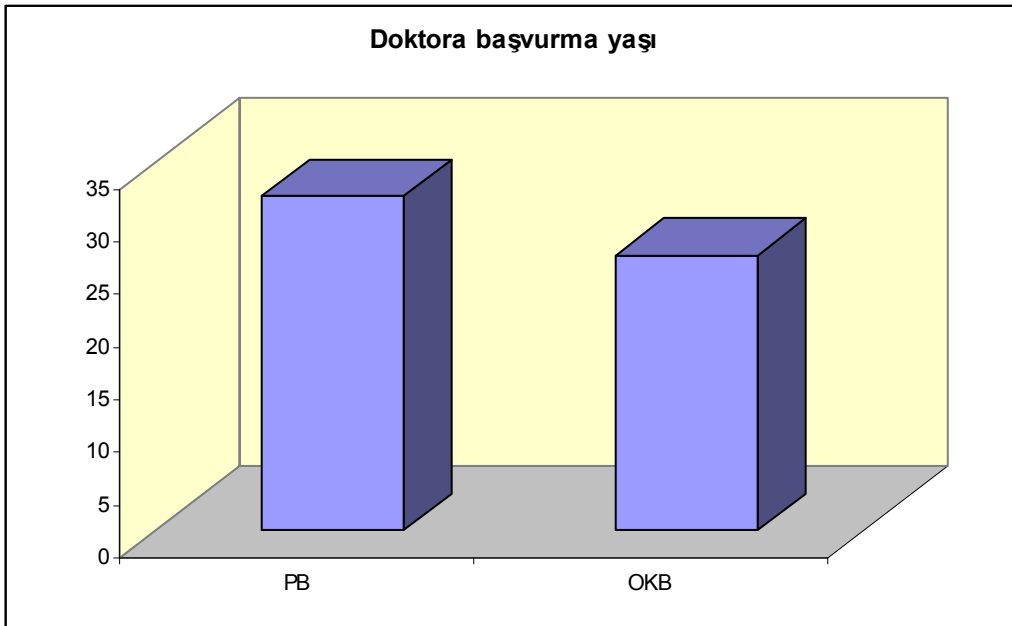
Tablo 4: Gruplara Göre Hastalık Başlangıç Yaşı, Doktora Başvurma Yaşı Ve Doktora Başvurma Süresi Değerlendirilmesi

	PB	OKB	t yada z değeri	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
⁺ Hastalık başlangıç yaşı	29.05 $\pm$ 8.43	16.70 $\pm$ 5.27	t:5.554	0.001**
⁺ Doktora başvurma yaşı	31.80 $\pm$ 7.17	26.15 $\pm$ 10.60	t:1.974	0.046*
⁺⁺ Doktora başvurma süresi (yıl) (Medyan)	2.75 $\pm$ 4.70 (1)	9.45 $\pm$ 9.34 (7)	Z:-2.962	0.003**
⁺ Student t test		⁺⁺ Mann Whitney U Test		
* p<0.05		** p<0.01		

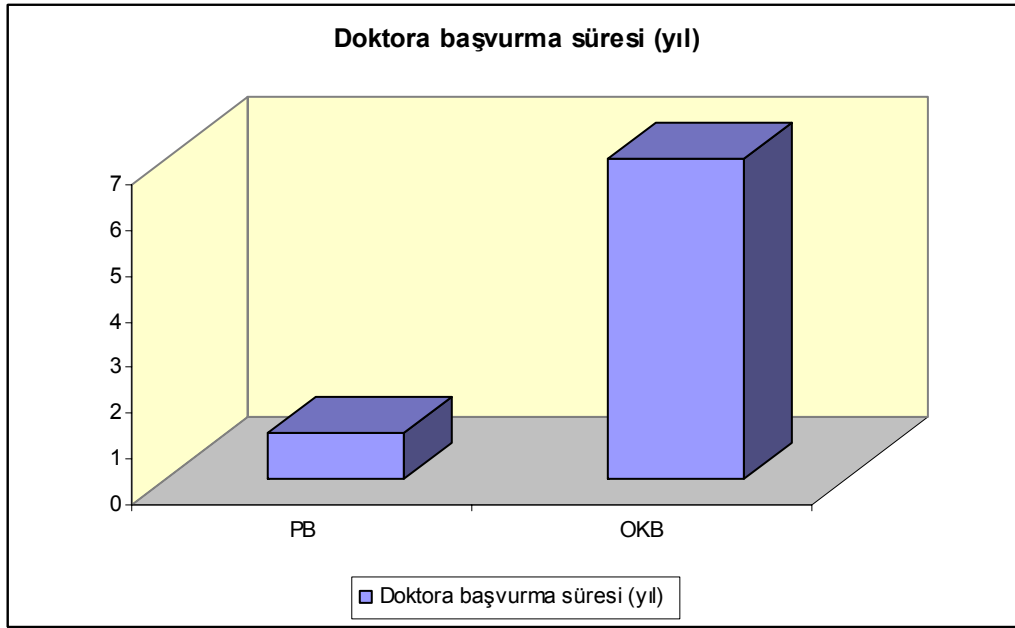
OKB olan hastalar daha erken yaşta hastalanmışlardı ve daha erken yaşta tedaviye başlamışlardı ve PB’u olanlar anlamlı ölçüde daha erken doktora başvurmuşlardı (Tablo 4, Şekil 6, 7, 8).



Şekil 6: Gruplara Göre Hastalık Başlangıç Yaşı Dağılımı



Şekil 7: Gruplara Göre Doktora Başvurma Yaşı Dağılımı

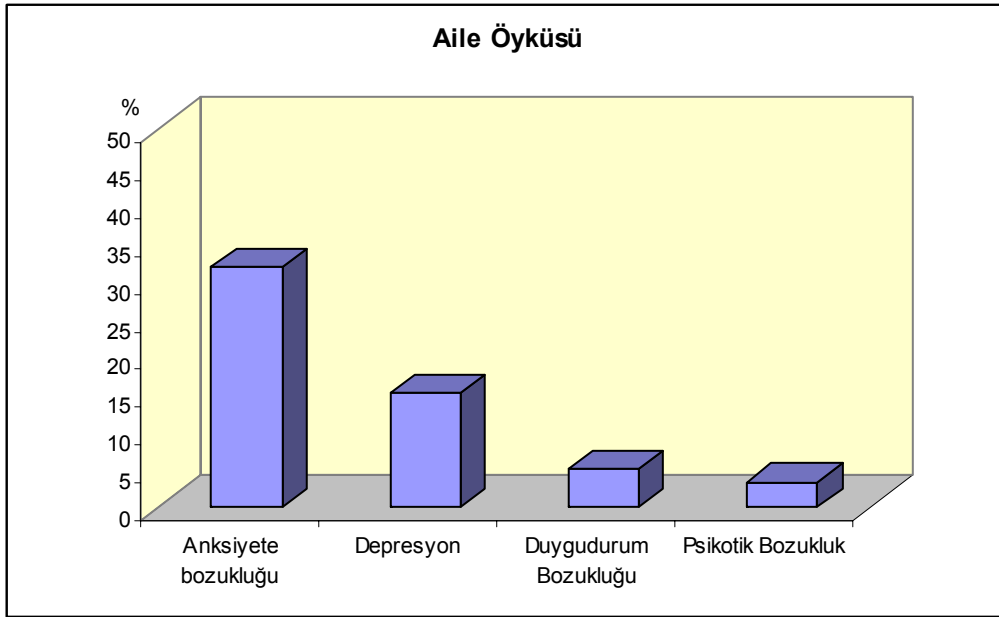


Şekil 8: Gruplara Göre Doktora Başvurma Süresi Dağılımı

Tablo 5: Aile Öyküsü Dağılımı

	N	%
Aile Öyküsü	Anksiyete bozukluğu	19
	Depresyon	9
	Duygudurum Bozukluğu	3
	Psikotik Bozukluk	2

Tüm olguların 19'unun (%31.7) ailesinde anksiyete bozukluğu görülürken, 9'unda (%15) depresyon, 3'ünde (%5) duygudurum bozukluğu ve 2'sinde (%3.3) psikotik bozukluk öyküsü vardır (Tablo 5, Şekil 9).



Şekil 9: Aile Öyküsü Dağılımı

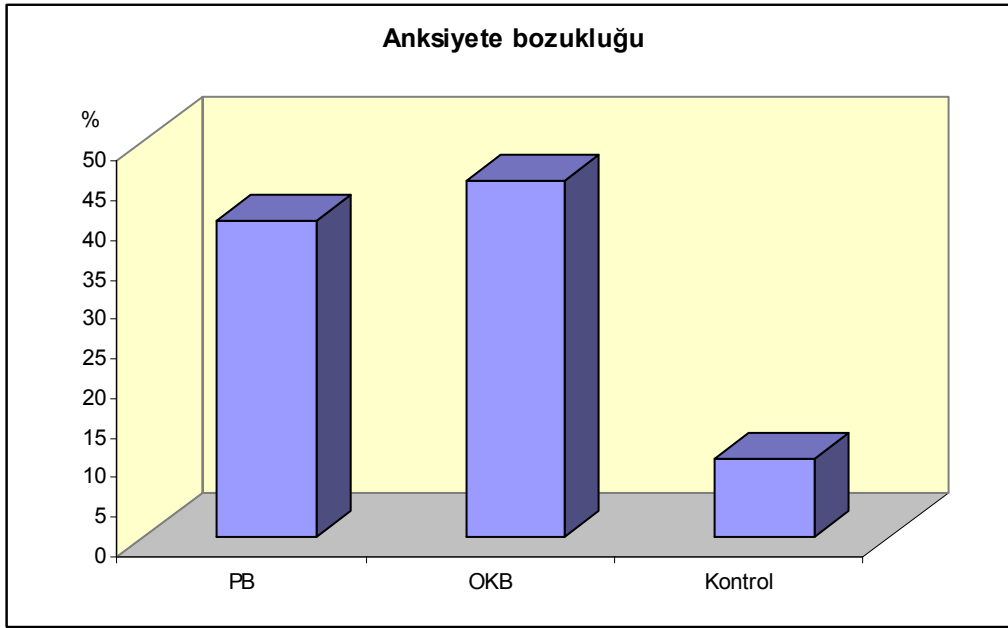
Tablo 6: Aile Öyküsüne Göre Grupların Değerlendirilmesi

Aile Öyküsü	PB	OKB	Kontrol	χ^2	<i>p</i>
	n (%)	N (%)	n (%)		
Anksiyete bozukluğu	8 (%40.0)	9 (%45.0)	2 (%10.0)	6.624	0.036*
Depresyon	1 (%5.0)	2 (%10.0)	6 (%30.0)	5.490	0.064
Duygudurum Bozukluğu	2 (%10.0)	0 (%0)	1 (%5.0)	2.105	0.349
Psikotik Bozukluk	2 (%10.0)	0 (%0)	0 (%0)	4.138	0.126

Ki-kare test kullanıldı

* $p < 0.05$

Kontrol grubu olgularının ailelerinde anksiyete bozukluğu görülme oranı (%10), PB (%40) ve OKB (%45) görülen olguların ailelerinde anksiyete bozukluğu görülme oranlarından anlamlı şekilde düşüktü (Tablo 6, Şekil 10).



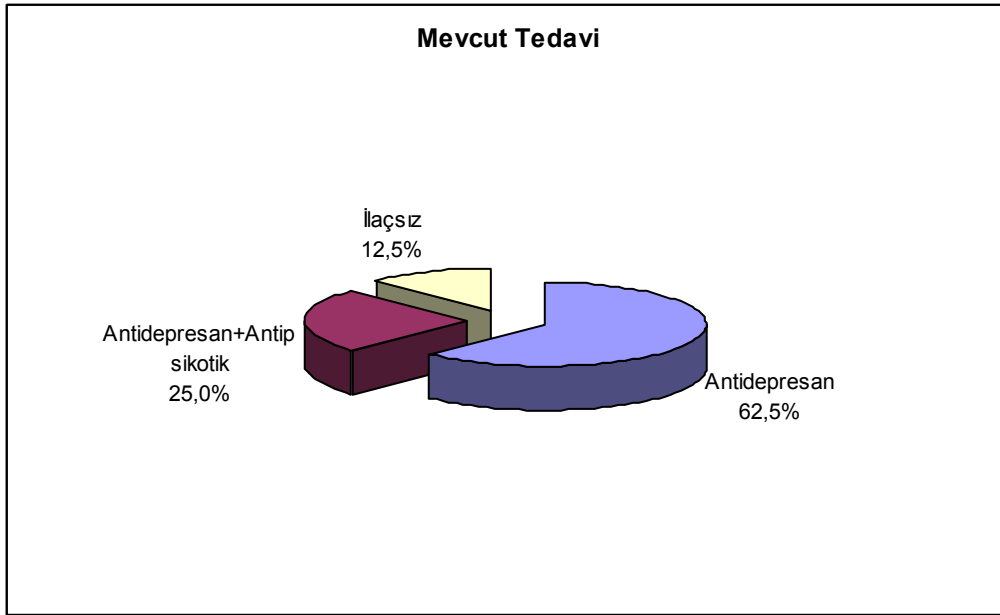
Şekil 10: Gruplara Göre Anksiyete Bozukluğu Dağılımı

Gruplara göre ailelerde depresyon, duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluk görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 6, Şekil 10).

Tablo 7: Hasta Grubunun Tedavi Dağılımı

		N	%
Mevcut Tedavi	Antidepresan	25	62.5
	Antidepresan+Antipsikotik	10	25.0
	İlaçsız	5	12.5

PB ve OKB olgularının 25'i (%62.5) antidepresan, 10'u (%25) antidepresan ve antipsikotik ilacı birlikte kullanıyorken, 5'i (%12.5) ilaçsızdı (Tablo 7, Şekil 11).



Şekil 11: Mevcut Tedavi Dağılımı

Tablo 8: Hasta Gruplarının Aldıkları Tedavilere Göre Değerlendirilmesi

		PB	OKB	χ^2	<i>p</i>
		n (%)	n (%)		
Mevcut Tedavi	Antidepresan	14(%70.0)	11(%55.0)	2.160	0.340
	Antidepresan+Antipsikotik	3 (%15.0)	7 (%35.0)		
	İlaçsız	3 (%15.0)	2 (%10.0)		

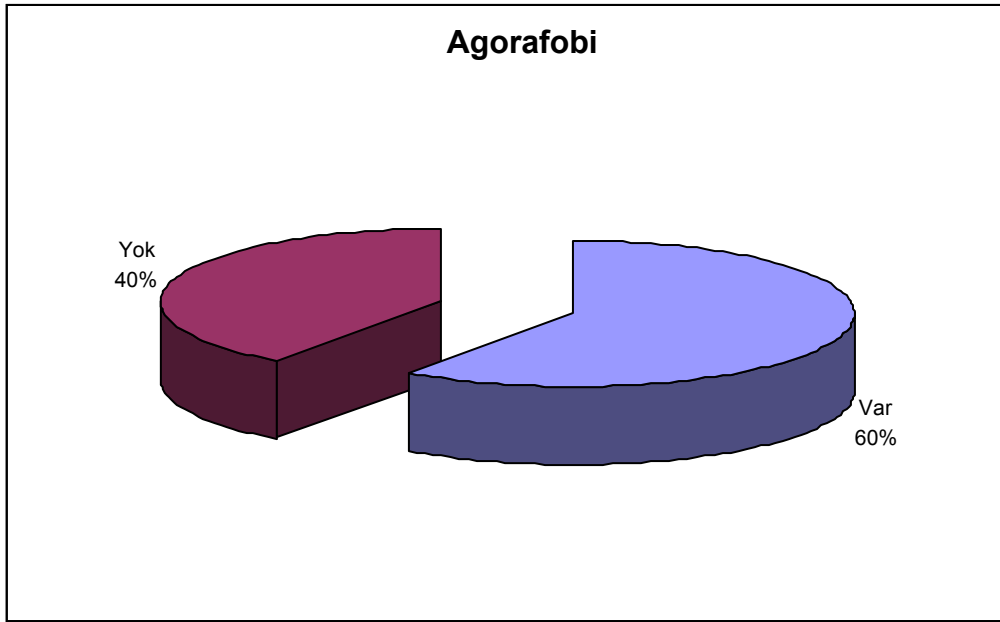
Ki-kare test kullanıldı

PB ve OKB olgularının ilaç tedavileri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 8).

Tablo 9: Agorafobi Dağılımı

		n	%
Agorafobi	Var	12	60.0
	Yok	8	40.0

PB görülen olguların 12'sinde (%60) agorafobi görülmüştür (Tablo 9, Şekil 12).



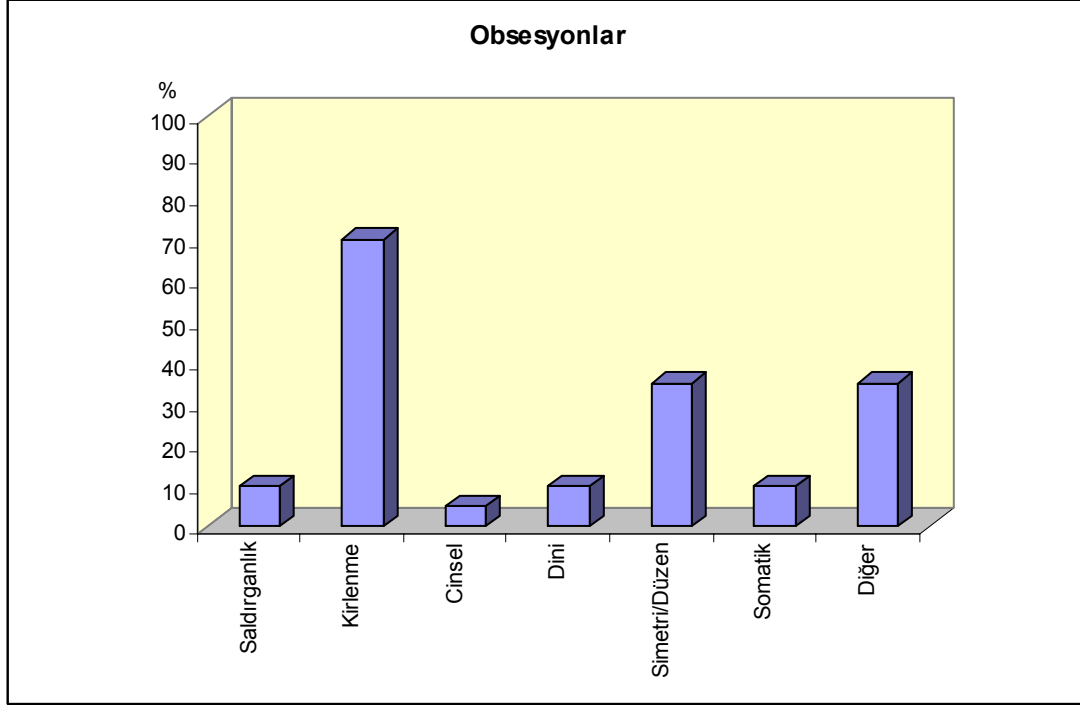
Şekil 12: Agorafobi Dağılımı

Tablo 10: Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Obsesif-Kompulsif Semptomların Dağılımı

		n	%
Obsesyonlar	Saldırganlık	2	10.0
	Kirlenme	14	70.0
	Cinsel	1	5.0
	Biriktirme/Saklama	-	-
	Dini	2	10.0
	Simetri/Düzen	7	35.0
	Somatik	2	10.0
	Diğer	7	35.0
Kompulsiyonlar	Temizleme/Yıkama	16	80.0
	Kontrol etme	10	50.0
	Tekrarlayıcı/Törensel Davranışlar	-	-
	Sayma	2	10.0
	Sıralama/Düzenleme	7	35.0
	Biriktirme/Toplama	-	-
	Diğer	3	15.0

OKB görülen olgulardaki obsesyonların dağılımına bakıldığında;

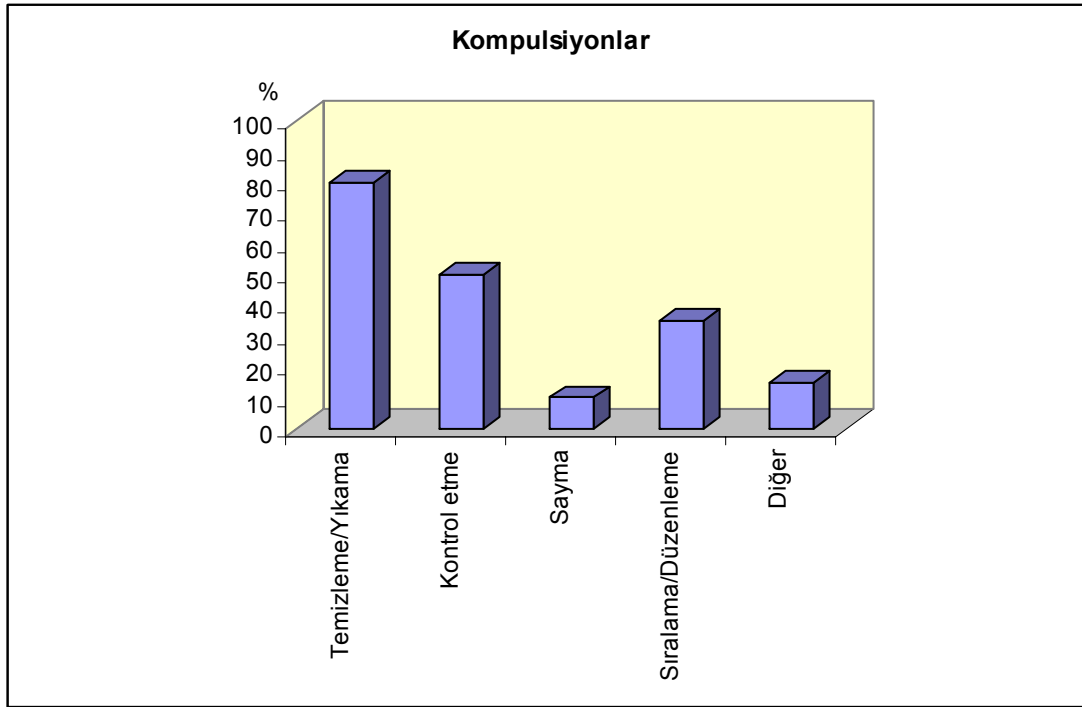
20 kişinin 14'ünde (%70) kirlenme, 7'sinde (%35) simetri/düzen, 7'sinde (%35) diğer obsesyonlar, 2'sinde (%10) saldırganlık, dini ve somatik bozukluklar ve 1'inde (%5) cinsel obsesyon görülmüştür (Tablo 10, Şekil 13).



Şekil 13: Obsesyon Dağılımı

Kompulsiyonları dağılımına bakıldığında;

20 kişinin 16'sında (%80) temizlenme/yıkama, 10'unda (%50) kontrol etme, 7'sinde (%35) sıralama/düzenleme, 3'ünde (%15) diğer kompulsiyonlar ve 2'sinde (%10) sayma kompulsiyonu görülmüştür (Tablo 10, Şekil 14).



Şekil 14: Kompulsiyon Dağılımı

Tablo 11: TEMPS-A Puanlarının Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri

TEMPS-A	n (%)	Min-Max	Ort±SD
Depresif	3 (%7,5)	0-16	5.85±3.75
Siklotimik	2 (%5,0)	0-18	8.06±5.23
Hipertimik	-	2-19	10.25±4.08
İrritabl	-	0-10	3.55±2.76
Anksiyöz	4 (%10)	0-19	7.40±5.66

40 olgudan (PB+OKB), 3 (%7.5) olgunun depresif puanları kesme puanı üzerinde kalmıştır. Olguların depresif puanları 0 ile 16 puan arasında değişmekte olup; ortalaması 5.85±3.75'tir.

2 (%5) olgunun siklotimik puanları kesme puanı üzerinde kalmıştır. Olguların siklotimik puanları 0 ile 18 puan arasında değişmekte olup; ortalaması 8.06±5.23'tür.

Hiçbir olgunun hipertimik puanı kesme puanı üzerinde olmamıştır. Olguların hipertimik puanları 2 ile 19 puan arasında değişmekte olup; ortalaması 10.25±4.08'dir.

Hiçbir olgunun irritabl puanı kesme puanı üzerinde olmamıştır. Olguların irritabl puanları 0 ile 10 puan arasında değişmekte olup; ortalaması 3.55 ± 2.76 'dır.

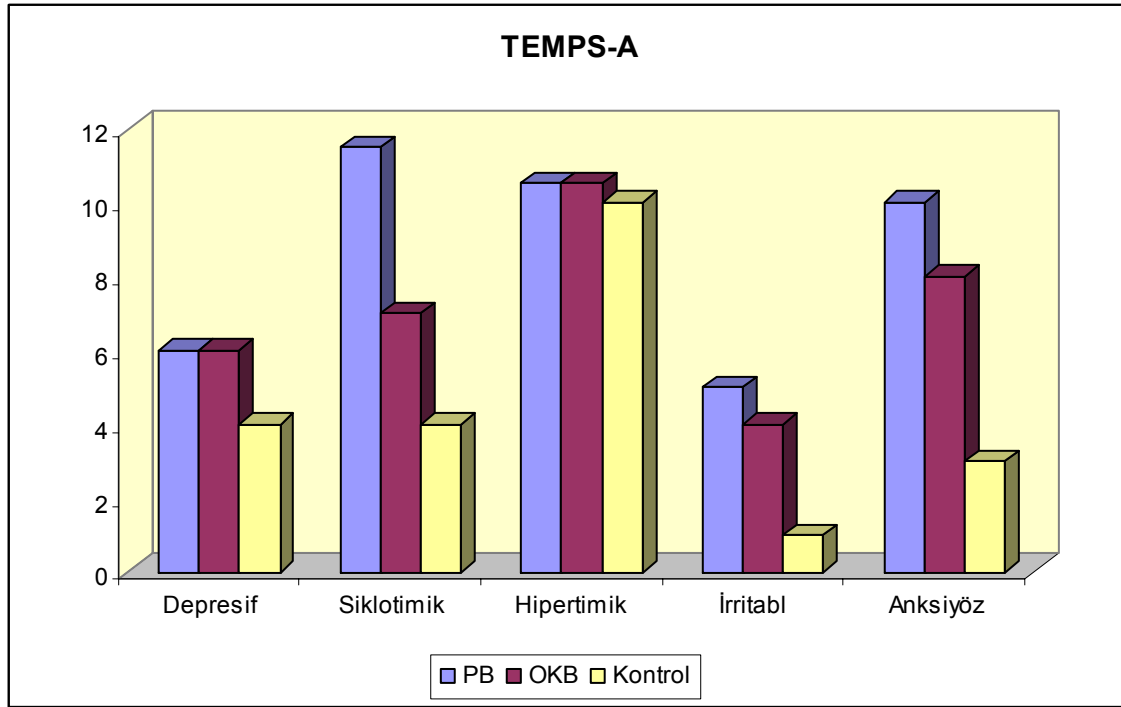
4 (%10) olgunun anksiyöz puanları kesme puanı üzerinde kalmıştır. Olguların anksiyöz puanları 0 ile 19 puan arasında değişmekte olup; ortalaması 7.40 ± 5.66 'dır (Tablo 11).

PB hasta grubunda 1 kişide depresif ve anksiyöz, 1 kişide anksiyöz; OKB hasta grubunda 1 kişide depresif, siklotimik ve anksiyöz, 1 kişide depresif ve siklotimik, 1 kişide de anksiyöz mizaç puanları kesme puanlarının üzerinde kalmıştır. Kontrol grubunda hiçbir olgunun depresif, siklotimik, irritabl ya da anksiyöz puanları kesme puanlarının üzerine çıkmamıştır.

Tablo 12: Gruplara Göre TEMPS-A Puanlarının Değerlendirilmesi

TEMPS-A	PB	OKB	Kontrol	KW	p	Mann Whitney U Test
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)			
Depresif	6.85±3.82 (6)	6.70±4.14 (6)	4.00±2.55 (4)	7.066	0.029*	K<PB, OKB
Siklotimik	10.25±4.36 (11.5)	9.00±5.54 (7)	4.95±4.38 (4)	11.327	0.003**	K<PB, OKB
Hipertimik	10.60±4.84 (10.5)	10.35±2.87 (10.5)	9.80±4.43 (10)	0.358	0.836	-
İrritabl	4.65±2.58 (5)	4.05±2.96 (4)	1.95±2.01 (1)	11.358	0.003**	K<PB, OKB
Anksiyöz	9.85±5.56 (10)	8.40±5.38 (8)	3.95±4.44 (3)	14.046	0.001**	K<PB, OKB
Kruskal Wallis Test kullanıldı						
		*p<0.05	**p<0.01			

PB ve OKB'si olan hastaların depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları kontrol grubundan anlamlı ölçüde daha yüksekti. Hipertimik mizaç puanları arasında bir fark saptanmadı. PB ve OKB gruplarında anlamlı bir fark yoktu, ancak her iki grup kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksek puan almışlardı (Tablo 12, Şekil 15).



Şekil 15: Gruplara Göre TEMPS-A Puanlarının Dağılımı

Tablo 13: Mizaç ve Karakter Envanterinin Mizaç Özelliklerinin Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri

Mizaç Özellikleri	Min-Max	Ort±SD
Yenilik Arayışı (YA)		
YA1	1-10	5.78±2.27
YA2	0-8	3.85±2.26
YA3	0-9	4.73±1.99
YA4	0-8	3.85±1.80
YA Toplam	6-34	18.21±5.85
Zarardan Kaçınma (ZK)		
ZK1	1-11	5.86±2.55
ZK2	0-7	4.68±1.76
ZK3	0-8	3.40±2.33
ZK4	0-8	4.01±2.33
ZK Toplam	2-30	17.96±6.82
Ödül Bağımlılığı (ÖB)		
ÖB1	3-10	7.00±1.63
ÖB2	1-8	4.66±1.68
ÖB3	0-5	2.76±1.25
ÖB Toplam	7-22	14.43±2.68
Sebat Etme	1-8	5.81±1.80

Olguların yenilik arayışı toplam puanları 6 ile 34 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 18.21±5.85'tir.

Zarardan kaçınma toplam puanları 2 ile 30 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 17.96±6.82'dir.

Ödül bağımlılığı toplam puanları 7 ile 22 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 14.43±2.68'dir.

Sebat etme puanları 1 ile 8 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 5.81±1.80'dir (Tablo 13).

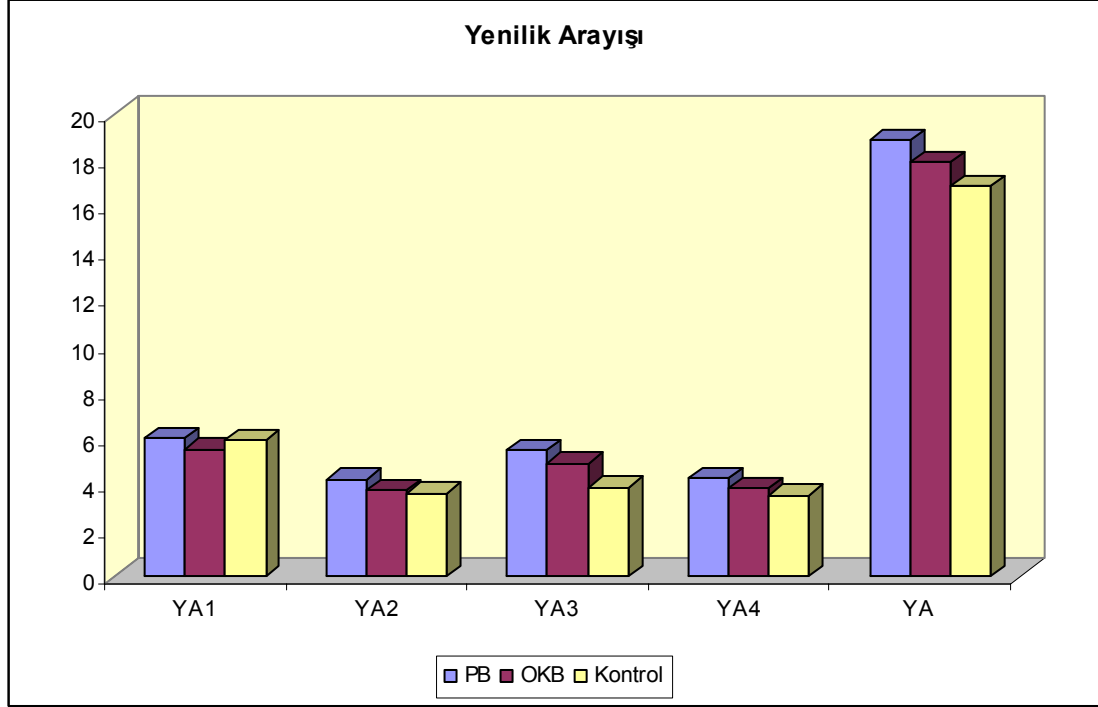
Tablo 14: Gruplara Göre Mizaç ve Karakter Envanterinin Mizaç Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Mizaç Özellikleri	PB	OKB	Kontrol	KW	p	Mann Whitney U Test
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)			
Yenilik Arayışı (YA)						
YA1	5.95±2.39 (6.5)	5.50±2.11 (5.5)	5.90±2.40 (6)	0.558	0.757	K<PB
YA2	4.20±2.66 (4)	3.75±1.99 (3.5)	3.60±2.16 (3)	0.345	0.842	
YA3	5.45±1.63 (6)	4.90±2.19 (4)	3.85±2.26 (4)	7.623	0.022*	
YA4	4.25±1.48 (4)	3.80±1.93 (4)	3.50±1.96 (3)	2.556	0.279	
YA Toplam	18.85±5.66 (19)	17.95±5.68 (16.5)	16.85±6.08 (16.5)	2.724	0.256	
Zarardan Kaçınma (ZK)						
ZK1	6.55±2.23 (6.5)	5.80±3.15 (7)	5.25±2.07 (5)	2.700	0.259	K<PB
ZK2	5.10±1.88 (5.5)	4.80±1.96 (5.5)	4.15±1.30 (4)	5.441	0.066	
ZK3	3.70±1.67 (4)	3.65±1.39 (4.5)	2.85±0.87 (3)	1.490	0.475	
ZK4	4.85±2.45 (5)	4.05±2.41 (3)	3.15±1.87 (3.5)	4.732	0.094	
ZK Toplam	20.20±7.38 (22.5)	18.30±7.07 (20)	15.40±5.27 (14)	6.128	0.047*	
Ödül Bağımlılığı (ÖB)						
ÖB1	7.05±1.43 (7)	7.30±1.68 (8)	6.65±1.78 (7)	1.525	0.466	
ÖB2	5.15±1.98 (6)	4.05±1.60 (4)	4.80±1.28 (5)	4.700	0.095	
ÖB3	2.60±1.50 (3)	2.65±1.18 (2.5)	3.05±1.05 (3)	1.541	0.463	
ÖB Toplam	14.80±3.47 (14.5)	14.00±2.42 (14.5)	14.50±2.01 (14.5)	0.253	0.881	
Sebat Etme	5.70±1.59 (6)	6.25±1.77 (7)	5.50±2.01 (5)	2.120	0.347	

Kruskal Wallis Test kullanıldı

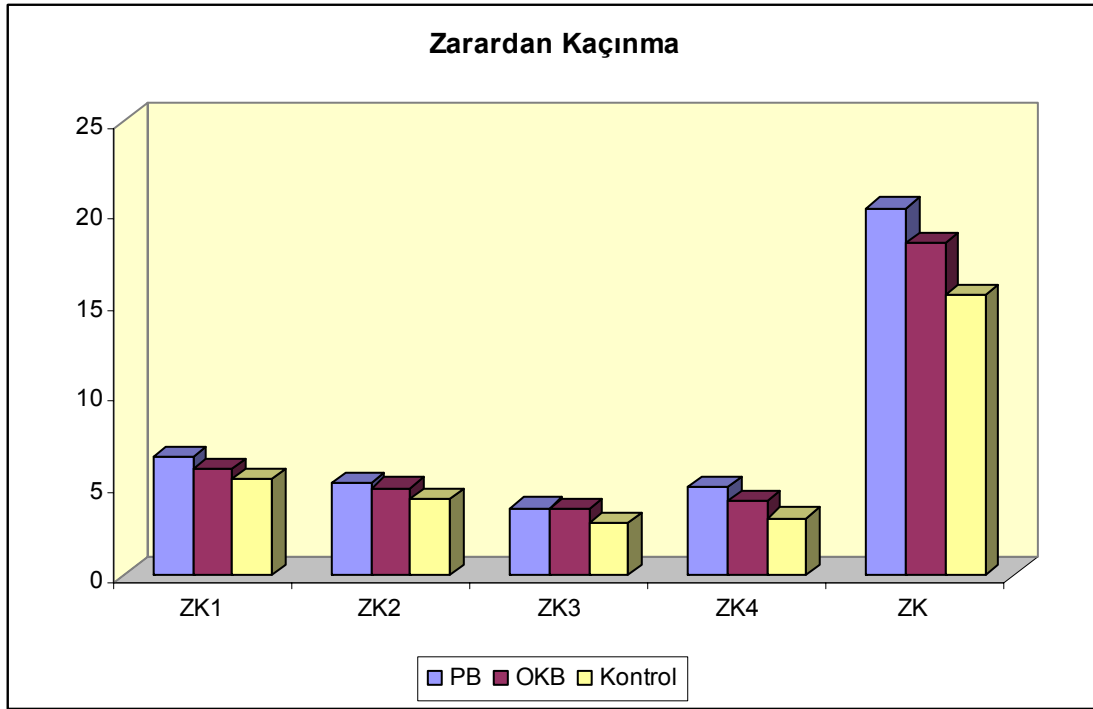
*p<0.05

PB grubunun YA3 (savurganlık) puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Gruplara göre olguların YA1 (keşfetmekten heyecan duyma), YA2 (dürtüsellik), YA4 (düzensizlik) ve toplam yenilik arayışı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 14, Şekil 16).



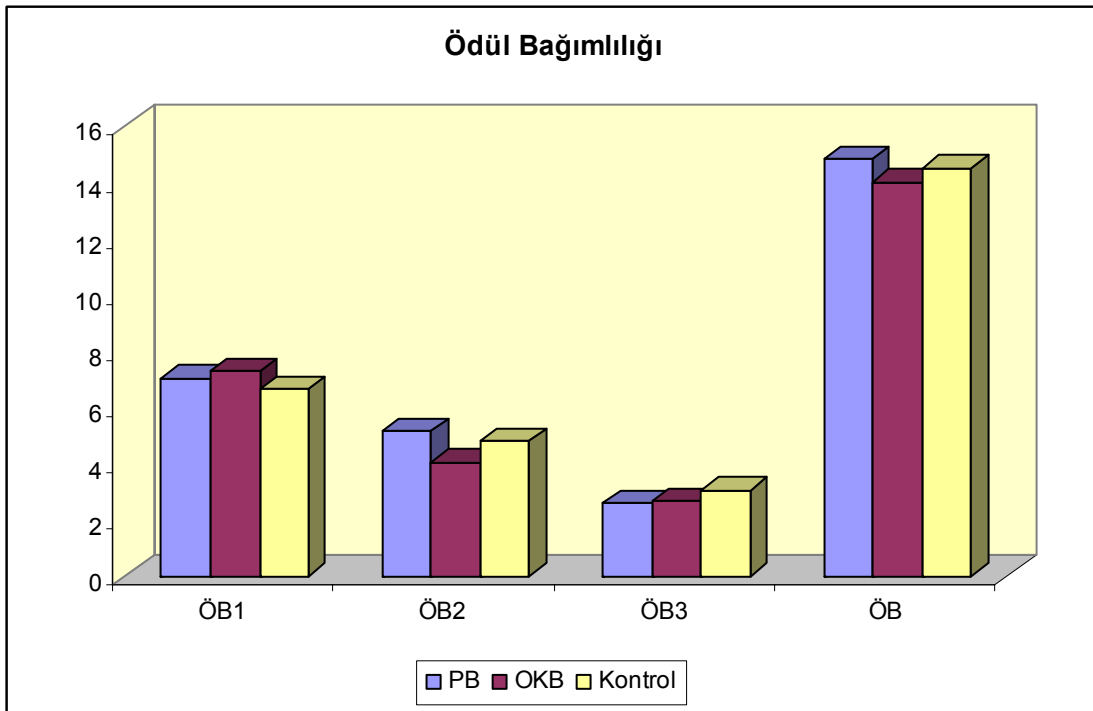
Şekil 16: Gruplara Göre Yenilik Arayışı Dağılımı

PB grubunun toplam ZK puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Gruplara göre olguların ZK1 (beklenti endişesi ve karamsarlık), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK3 (yabancılardan çekinme) ve ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 14, Şekil 17).

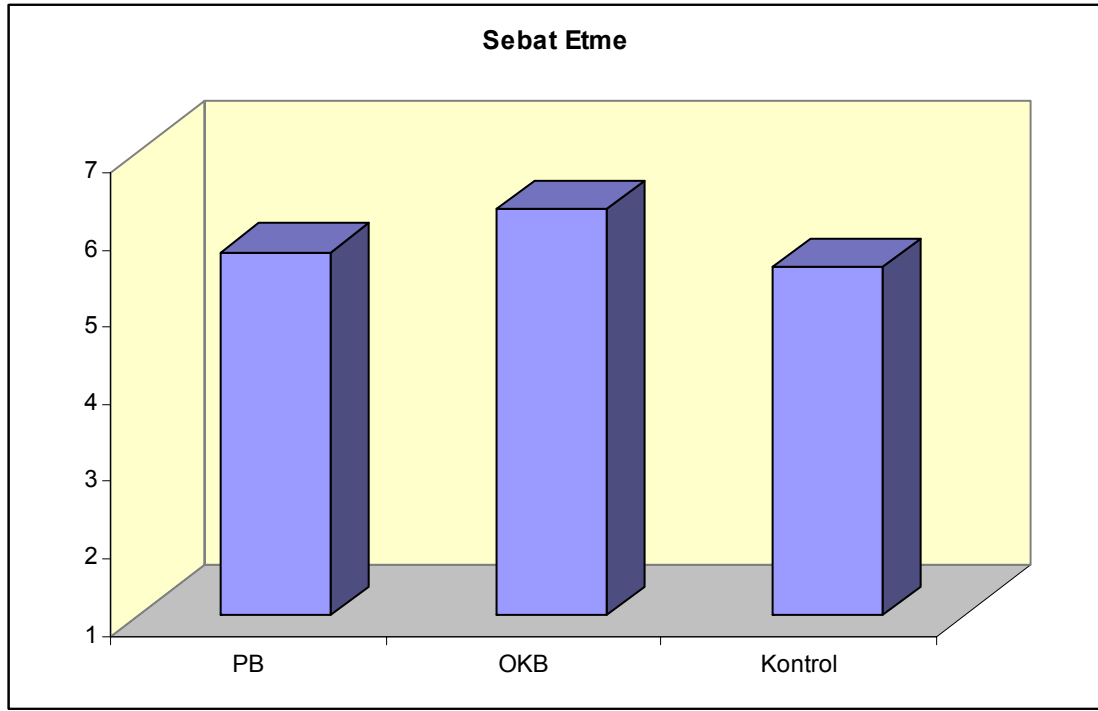


Şekil 17: Gruplara Göre Zarardan Kaçınma Dağılımı

Gruplara göre olguların ÖB1 (duygusallık), ÖB2 (bağlanma), ÖB3 (bağımlılık) ve toplam ödül bağımlılığı puan ortalamaları ile sebat etme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 14, Şekil 18,19).



Şekil 18: Gruplara Göre Ödül Bağımlılığı Dağılımı



Şekil 19: Gruplara Göre Sebat Etme Dağılımı

Tablo 15: Mizaç ve Karakter Envanterinin Karakter Özelliklerinin Minimum, Maksimum ve Ortalama Değerleri

Karakter Özellikleri	Min-Max	Ort±SD
Kendini Yönetme (KY)		
KY1 0-8		5.48±1.94
KY2 1-8		6.05±1.50
KY3 0-5		3.48±1.29
KY4 0-11		6.11±2.77
KY5 6-12		9.25±1.98
KY Toplam 16-43		30.38±6.56
İşbirliği Yapma (İY)		
İY1 2-8		5.96±1.70
İY2 1-7		4.45±1.38
İY3 3-8		5.01±1.03
İY4 1-10		7.55±2.64
İY5 3-9		6.80±1.37
İY Toplam 18-41		29.78±5.44
Kendini Aşma (KA)		
KA1 1-10		5.30±2.48
KA2 0-8		4.45±1.91
KA 3 0-13		6.70±2.83
KA Toplam 5-28		16.45±5.26

Olguların kendini yönetme toplam puanları 16 ile 43 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 30.38±6.56'tır.

İşbirliği yapma toplam puanları 18 ile 41 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 29.78±5.44'tür.

Kendini aşma toplam puanları 5 ile 28 puan arasında değişmekte olup, ortalaması 16.45±5.26'dır (Tablo 15).

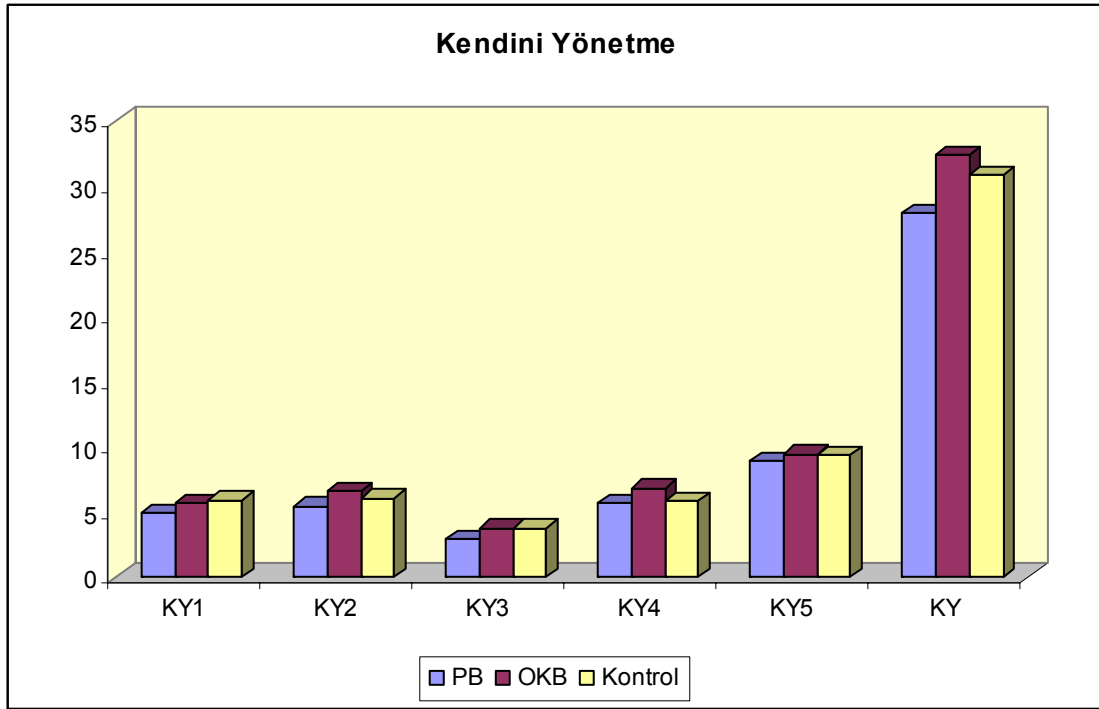
Tablo 16: Gruplara Göre Mizaç ve Karakter Envanterinin Karakter Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Karakter Özellikleri	PB	OKB	Kontrol	KW	p	Mann Whitney U Test?
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)			
Kendini Yönetme (KY)						
KY1	4.90±1.99 (5)	5.65±1.63 (6)	5.90±2.12 (6.5)	3.471	0.176	
KY2	5.45±1.76 (5.5)	6.65±1.22 (7)	6.05±1.27 (6)	5.742	0.047*	PB<OKB
KY3	2.95±1.31 (3)	3.75±1.11 (4)	3.75±1.33 (4)	5.661	0.049*	PB<OKB,K
KY4	5.70±2.69 (5.5)	6.85±2.54 (7.5)	5.80±3.03 (6)	2.471	0.291	
KY5	8.95±1.79 (9)	9.45±2.35 (10)	9.35±1.81 (9)	0.990	0.606	
KY Toplam	27.95±6.47 (27)	32.35±6.96 (35)	30.85±5.72 (31)	4.894	0.087	
İşbirliği Yapma (İY)						
İY1	5.70±1.72 (6)	6.00±1.86 (6)	6.20±1.57 (7)	0.962	0.618	
İY2	3.95±1.50 (4)	5.05±1.31 (5)	4.35±1.13 (4)	6.821	0.033*	PB<OKB
İY3	4.85±1.18 (5)	5.20±1.10 (5)	5.00±0.79 (5)	1.091	0.579	
İY4	7.65±2.52 (9)	7.65±3.06 (9)	7.35±2.43 (8)	0.992	0.609	
İY5	6.65±1.42 (7)	7.35±1.09 (8)	6.40±1.46 (7)	5.698	0.048*	K<OKB
İY Toplam	28.80±4.98 (29)	31.25±6.85 (33)	29.30±4.09 (29.5)	3.375	0.185	
Kendini Aşma (KA)						
KA1	6.10±2.33 (6)	5.10±2.82 (4.5)	4.70±2.15 (4)	3.253	0.197	
KA2	4.95±1.76 (5)	4.20±1.85 (4)	4.20±2.11 (4)	2.108	0.348	
KA3	7.35±2.43 (7)	7.00±2.95 (7)	5.75±2.97 (6)	2.481	0.289	
KA Toplam	18.40±4.82 (19)	16.30±5.26 (17)	14.65±5.24 (15)	4.698	0.095	

Kruskal Wallis Test kullanıldı

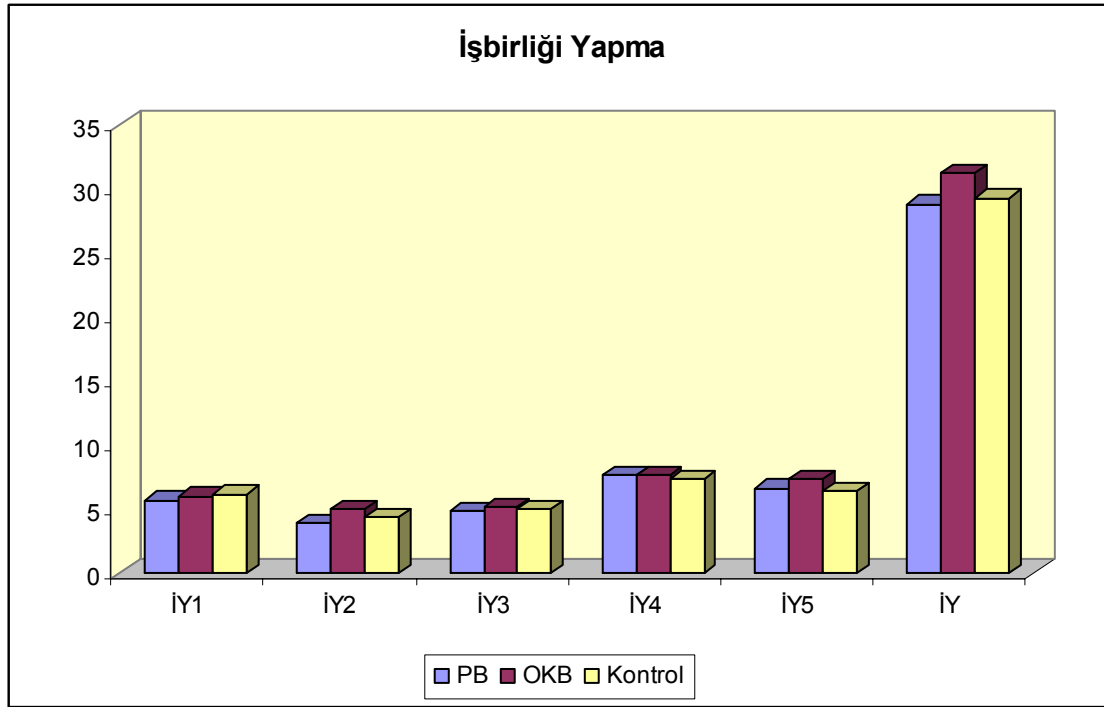
* $p<0.05$

PB grubunun KY2 (amaçlılık) puan ortalamaları, OKB grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. PB grubunun KY3 (beceriklilik) puan ortalamaları, OKB ve kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Gruplara göre olguların KY1 (sorumluluk alma), KY4 (kendini kabullenme), KY5 (uyumlu ikincil huylar) ve toplam kendini yönetme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 16, Şekil 20).



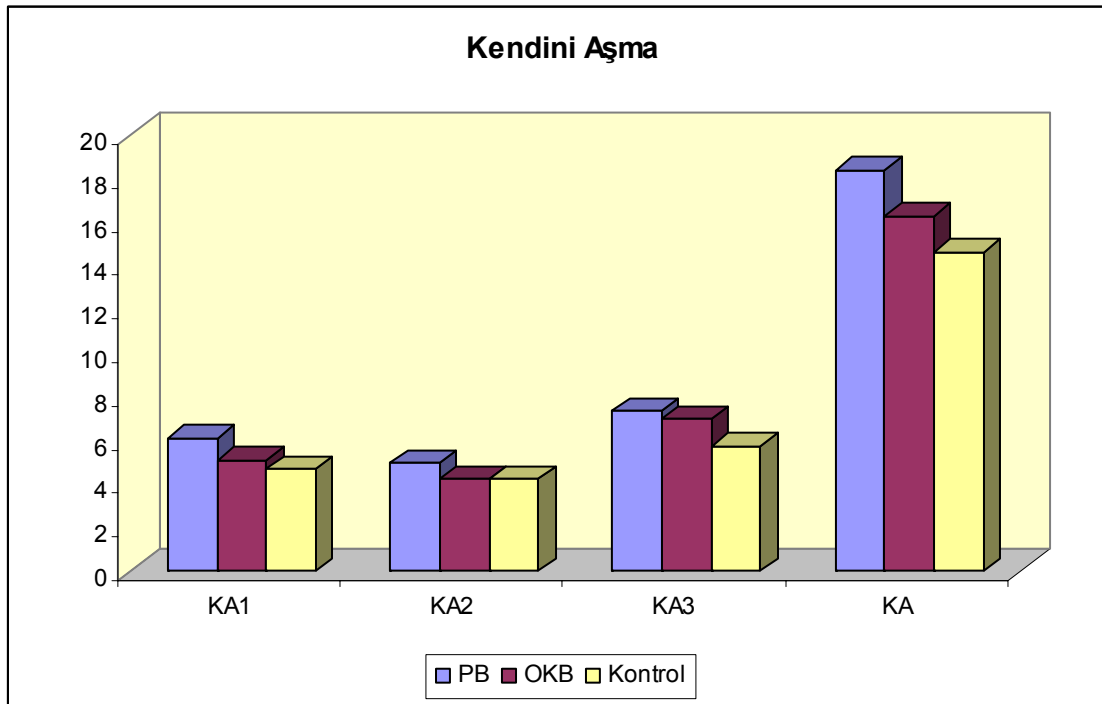
Şekil 20: Gruplara Göre Kendini Yönetme Dağılımı

PB grubunun İY2 (empati duyma) puan ortalamaları, OKB grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. OKB grubunun İY5 (erdemlilik, vicdanlılık) puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Gruplara göre olguların İY1 (sosyal onaylama), İY3 (yardımseverlik), İY4 (acıma) ve toplam işbirliği yapma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 16, Şekil 21).



Şekil 21: Gruplara Göre İşbirliği Yapma Dağılımı

Gruplara göre olguların KA1 (kendilik kaybı), KA2 (kişiler arası özdeşim), KA3 (manevi kabullenme) ve toplam kendini aşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 16, Şekil 22).



Şekil 22: Gruplara Göre Kendini Aşma Dağılımı

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza, anksiyete bozukluklarında baskın affektif mizacın değerlendirilmesi ve mizaç, karakter özelliklerinin araştırılması açısından klinik ortamlarda sık karşılaşılan iki anksiyete bozukluğu olan panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk hastaları alınmıştır. Bu iki hasta grubunu sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından değerlendirdiğimizde, literatürde bu iki hastalığa özgü olarak tarif edilen özelliklere paralel bulgular saptanmıştır.

PB, OKB grubu ile kontrol grubunun yaş ve cinsiyet açısından benzer olması aralarında karşılaştırma yapılmasına olanak sağlamıştır. Medeni durum dağılımları açısından üç grup arasında anlamlı istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum, OKB grubu için literatür bilgileriyle benzerlik göstermekle birlikte, panik bozukluğunun bekâr ve yalnız yaşayanlarda iki kat daha fazla görüldüğü bilgisi ile ters düşüyor gibi görünmektedir (Rasmussen ve Eisen 1991, Eaton 1994). Ancak, bu sonucun örneklem grubunun sayıca yetersizliği, toplumumuzun sosyokültürel özellikleri, aile kurumunun bu kültürel yapı içindeki anlamı ve örneklemin büyük bölümünü oluşturan kadın olguların sosyal statülerinden kaynaklanan yanıltıcı bir durum olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda, benzer yaş grupları ve eğitim düzeylerinde olmalarına rağmen, PB ve OKB hasta grupları, çalışma durumu açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığında; PB ve OKB grubunda işi olmayanların oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (PB %40, OKB %45, kontrol %90 çalışıyor; $p=0.002$). Bu bulgu, her iki bozukluğun da benzer biçimde mesleki yeti yitimine yol açmasının göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

PB grubunda OKB grubuna oranla hastalığın başlama yaşı ($29.05 \pm 8.43 \neq 16.70 \pm 5.27$; $p=0.001$) ve doktora başvurma yaşı ($31.80 \pm 7.17 \neq 26.15 \pm 10.60$; $p=0.046$) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, PB hasta grubunda hastalığın başlangıcı ile doktora başvurma yaşı arasında geçen süre OKB'li hasta grubuna göre anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur (median 1 yıl (2.75 ± 4.70) $\neq$ 7 yıl (9.45 ± 9.34); $p=0.003$). Literatüre baktığımızda, OKB' un PB' na göre daha erken yaşta başladığı görülmektedir. Rasmussen, OKB' de hastalık ortalama başlangıç yaşını 19.8 olarak bulmuştur (Rasmussen ve Tsuang 1986). PB anksiyete bozuklukları içinde en geç başlayandır. Ortalama başlangıç yaşı 29.1 olarak bildirilmiştir (Scheibe ve Albus 1992). Buradaki bulgular, çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermektedir. Rasmussen ve Tsuang (1986), OKB hastalarının semptomlarının başlamasından doğru tanı konuluncaya kadar geçen süreyi 7.6 yıl, Zitterl ve arkadaşları (1990) ise 3-8 yıl olarak bildirmiştir. Genel olarak OKB'li hastalarda, PB hastalarına göre, hastalık başlangıcı ile doktora başvurma yaşı arasında geçen süre daha uzundur. Bunun

nedenleri olarak; hastaların hastalıklarını gizleme eğilimi taşımaları, ancak işlevselliklerinde belirgin bozulma yaşadıklarında psikiyatrik yardım arayışına girmeleri önemli bir etken olarak görülebilmektedir.

Çalışmamızda, her üç grubun psikiyatrik hastalıklar açısından aile öykülerinde PB ve OKB hastalarında, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek oranda anksiyete bozukluğu öyküsü saptanmıştır (sırasıyla: %40, %45, %10; $p=0.036$). Bu bulgularımız, PB ve OKB'nin gelişiminde genetik özelliklerin etkili olduğu yönündeki literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir.

Hastane yatışı açısından değerlendirildiğinde, sadece OKB hasta grubundan 2 kişide hastaneye yatarak tedavi öyküsü bulunmaktadır. İntihar girişimi öyküsü her iki hasta grubunda da saptanmamıştır.

Çalışmamıza alınan her üç grubun TEMPS-A değerlendirmelerinde; PB hasta grubunda 1 kişide depresif ve anksiyöz, 1 kişide anksiyöz; OKB hasta grubunda 1 kişide depresif, siklotimik ve anksiyöz, 1 kişide depresif ve siklotimik, 1 kişide de anksiyöz mizaç puanlarının kesme puanlarının üzerinde olduğu saptanmış ve kontrol grubunda ise hiçbir olgunun depresif, siklotimik, irritabl ya da anksiyöz puanları kesme puanlarının üzerinde saptanmamıştır.

PB ve OKB hasta gruplarının depresif ($p=0.029$), siklotimik ($p=0.003$), irritabl ($p=0.003$) ve anksiyöz ($p=0.001$) mizaç puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu noktada, siklotimik mizaç puanlarının yüksek saptanması dikkate değer bir bulgudur. Günümüzdeki kullanımında siklotimik bozukluk teriminin, iki uçluluğun alt eşiği olan bir kişilik özelliği ya da mizaçla sınırlı olduğu belirtilmektedir (Akiskal 2001). Siklotimik özelliklerin, bipolar II bozukluğu görülmesi yönünden genetik-ailesel yatkınlık oluşturacağı bildirilmektedir (Hantouche ve Akiskal 2008). Yapılan çalışmalar, siklotimi ve bipolar II bozukluğun bir süreklilik gösterdiğini düşündürmektedir (Perugi ve Akiskal 2002, Akiskal ve ark. 2003, Hantouche ve ark. 2003, Chiaroni ve ark. 2005).

Perugi ve Akiskal (2002) bipolar II spektruma eşlik eden endişeli, siklotimik ve duygusal mizacın duygudurum bozuklukları dışında, anksiyete ve dürtü kontrol bozuklukları da dâhil olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğa yol açabileceğini söylemişlerdir. Bipolar II bozukluk yelpazesinin kaynağı siklotimik-endişeli-duyarlı mizaçların karışımından oluşan bir kaynaktır. Bu temel, yaş, cinsiyet ve çevresel etkenler sonucunda bipolar II bozukluk yelpazesine dönüşmektedir. En son tanımlanmış haliyle ‘‘silik ikiuçluluk (bipolarite)’’

yelpazesi: 1) Duygudurum olarak; kronik hipomani, hipertimik mizaç, siklotimik mizaç, kısa süreli hipomani, antidepresana bağlı hipomani; 2) Endişeli-duyarlı mizaç olarak; panik-ayrılık anksiyetesi, kişiler arası hassasiyet, obsesif-kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluğu, sosyal fobik inhibisyon; 3) Dürtü kontrolsüzlüğü olarak; uyum bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımına dönüşebilmektedir (Perugi ve Akiskal 2002) .

Bu çalışmada siklotiminin panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk grubunda yüksek oranda görülmesi, anksiyete bozukluklarının bipolar bozuklukla, özellikle de bipolar II bozukluk ile komorbiditesini destekleyen bir bulgudur.

Çalışmamıza alınan her üç grubun TCI mizaç bölümleri değerlendirildiğinde; PB hasta grubunun yenilik arayışı (YA) alt grubu olan YA3 (savurganlık) puan ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.022$).

Ayrıca, PB grubunun toplam zarardan kaçınma (ZK) puanları da kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.047$). Bu bulgu mevcut literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir.

TCI'nın karakter bölümleri değerlendirildiğinde ise; PB hasta grubunun kendini yönetme (KY) alt grubu olan KY2 (amaçlılık) puan ortalamaları, OKB hasta grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0.047$). Benzer şekilde KY3 (beceriklilik) puan ortalamaları da PB grubunda, OKB ve kontrol gruplarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0.049$).

İşbirliği yapma (İY) alt grubu olan İY2 (empati duyma) puan ortalamaları PB grubunda, OKB grubuna göre anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0.033$).

İlginç olarak; İY5 (erdemlilik) puan ortalamaları OKB grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0.048$).

Yüksek zarardan kaçınma (ZK), düşük kendini yönetme (KY) ve düşük işbirliğine yapma (İY), anksiyete bozuklukları (Ball ve ark. 2002), sosyal fobi (Pelissolo ve ark. 2002), panik bozukluğu (Starcevic ve ark. 1996), obsesif-kompulsif bozukluk (Kusunoki ve ark. 2000), depresyon (Hansenne ve ark. 1999), şizofreni (yukarıdakilere ilaveten yenilik arama (YA) düşük, (Guillem ve ark. 2002) alkol bağımlılığı (yukarıdakilere ilaveten yenilik arama (YA) yüksek, Basiaux ve ark. 2001) ve yeme bozuklukları (yukarıdakilere ilaveten, yenilik arama (YA), bulimia nervozada yüksek, anoreksiya nervozada düşük, Fassino ve ark. 2002a; Fassino ve ark. 2002b) olan hastaların da özelliği olarak bulunmuştur.

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (Cloninger 1986). Yüksek zarardan kaçınma puanlarına sahip kişiler, gelecek problemleri ile ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, kesin olmayana karşı korku, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte ve “anksiyeteli kişilik”, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk karakteristikleri geliştirebilmektedirler (Cloninger ve ark. 1993).

Zarardan kaçınma puanları yüksek bireyler sakıngan, pasif, kendine güveni olmayan, karamsar, kötümser bireyler olarak tanımlanmaktadır (Cloninger ve ark. 1993, Cloninger ve ark. 1994). Kendini yönetme puanları düşük bireyler suçlayıcı, amaçsız, beceriksiz, kendi kendileriyle uğraşan, disiplinsiz bireyler olarak tanımlanmaktadır (Cloninger ve ark. 1993, Cloninger ve ark. 1994). Bu ilişki bu tür bireylerin kendi davranışlarının kendi istekleri etkisi dışında geliştiğini düşünen bireyler olduklarını, kendi başarısızlıklarından diğer insanları ve durumları sorumlu tutmaya eğilimli olduklarını düşündürmektedir.

Yüksek derecede işbirliği yapan bireyler kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamakta, bu şekilde empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadır. İşbirliği puanları düşük olan bireyler tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçıdır. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer kişilerin haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (Cloninger 1987a, Köse 2003, Svrakic ve Cloninger 2004). Bu tanımlamaların da gösterdiği gibi işbirliği yapma puanları düşük bireyler yalnız olmayı tercih eden ya da karakter özelliklerinin etkisiyle sosyal bütünleşmede sorun yaşayan bireylerdir.

Panik bozukluğu hastalarının mizaç özelliklerini araştıran birçok çalışmada kontrol grubuna göre yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanları saptanmıştır (Saviotti ve ark. 1991, Ampollini ve ark. 1997, Battaglia ve ark. 1998, Ampollini ve ark. 1999, Kennedy ve ark. 2001, Wiborg ve ark. 2005). Wachleski ve arkadaşlarının (2008) 135 panik bozukluğu hastası ile yaptığı çalışmada, anksiyete bozukluğu hastaları ile yapılan birçok çalışmada olduğu gibi zarardan kaçınma (ZK) puanlarında yükseklik saptanmış, diğer çalışmalardan farklı olarak yenilik arayışı (YA) ve ödül bağımlılığı (ÖB) puanlarında sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada PB grubunun kendini aşma (KA) puanları kontrollerden yüksek bulunmuştur. KA puanı yüksek bireyler hayalperest, sezgileri güçlü ve geleneksel olmayan kişiler olarak tanımlanmakta ve bu durum yaratıcılığa ya da psikoza zemin hazırlayabilmektedir (Bayon ve ark. 1996). Walcheski ve arkadaşlarının (2008) çalışmasındaki bu bulgu, PB hasta grubunun yüksek KA puanları, KY puanlarındaki düşüklük

nedeniyle, panik atağın ölüm korkusu, kontrolünü kaybetme korkusu gibi katastrofik büyüsel düşünceleri şeklinde yorumlanmıştır.

Marchesi ve arkadaşlarının (2006) 71 PB hastası ile yaptığı çalışmada 1 yıllık tedavi sonrasında remisyona girmeyen hastalarda, tedavi öncesinde daha yüksek zarardan kaçınma (ZK), daha düşük sebat etme (SE), kendini yönetme (KY) ve işbirliği yapma (İY) puanlarının saptandığını, oysaki remisyona giren hastalarda tedavi öncesi sadece ZK puanlarında yükseklik saptandığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte remisyonu, KY, özellikle de kendini kabullenme (KY4) alt grubuyla ilişkilendirmişlerdir. Düşük KY puanlarına sahip PB hastalarında, Cloninger ve arkadaşlarının (1993) da önerdiği şekilde, farmakoterapinin yanında bilişsel davranışçı terapi uygulanmasının remisyon açısından en efektif tedavi olacağını öne sürmüşlerdir.

Bazı yazarlar, akut hastalık dönemindeki PB hastalarının yüksek zarardan kaçınma (ZK) puanlarının, anksiyete durumunun şiddeti ZK puanlarını değiştirdiği için, semptomatoloji şiddetiyle ilişkili olabileceğini önermektedir (Brown ve ark. 1992, Svrakic ve ark. 1993). Bu görüşün tersi olarak, diğer yazarlar yüksek ZK karakter boyutunun panik bozukluğunun incinebilirliğiyle (vulnerability) ilişkili olduğunu varsaymaktadırlar (Cloninger 1987b, Saviotti ve ark. 1991). Bu tartışmanın tedavi öncesi ve sonrası kişilik boyutlarını değerlendiren uzunlamasına çalışmalarla çözümlenebileceği düşünülmektedir.

Bildiğimiz kadarıyla, remisyonadaki panik bozukluğu hastalarında mizaç ve karakteri değerlendiren iki çalışma bulunmaktadır (Saviotti ve ark. 1991, Marchesi ve ark. 2008). Saviotti ve arkadaşlarının (1991) çalışmasında remisyonadaki PB hastalarında, normallere göre daha yüksek ZK puanları saptanmış ve bu mizaç boyutunun panik bozukluğu için predispozan bir faktör olduğu öne sürülmüştür.

Marchesi ve arkadaşları (2008), 65 PB hastasının mizaç ve karakter boyutlarını 1 yıllık SSRI tedavisi öncesinde ve sonrasında değerlendirmişlerdir. 31 hasta remisyona girmiş ve 34 hastada semptomlar devam etmiştir. Tedavi öncesi, remisyon girmeyen hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek zarardan kaçınma (ZK), daha düşük sebat etme (SE), kendini yönetme (KY) ve işbirliği yapma (İY) puanları saptanmıştır. Remisyona giren grupta ise sadece ZK puanları daha yüksek bulunmuş, yine de bu puanlar remisyon girmeyenlerin puanlarından belirgin şekilde düşük saptanmıştır. Bu farklılıklar tedavi sonrasında da devam etmiştir. Remisyona girmeyen hastalarda KY ve İY puanları daha da düşerken, remisyonadaki hastaların ZK puanları kontrollerden halen yüksek kalmıştır. Bu durum, remisyonadaki hastalardaki eşikaltı fobik semptomların varlığına bağlanmıştır. Bizim çalışmamızda da

remisyonadaki panik bozukluğu hastalarında ZK puanları kontrol grubundan benzer şekilde yüksek saptanmıştır.

Yüzyıl önce Janet ve Freud tarafından kararsızlık ya da düzenlilik gibi kişilik faktörlerinin obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde ana rol oynadığı varsayılmasına rağmen, kişilik ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişki için hemfikir olan görüş, bu ilişkinin anlaşılmasının zor olduğudur. Boyutsal bir perspektif, kişilik işlevinin tanımlanmasında daha yararlı bir yaklaşım olabilmekte ve belki de kişilik ve obsesif kompulsif bozukluk arasında anlamlı ilişkileri daha iyi ortaya çıkarabilmektedir (Alonso ve ark. 2008).

Şimdiye kadar obsesif kompulsif bozukluk hastalarında Cloninger'in kişiliğin biyogenetik teorisini ilgilendiren az sayıda çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmaların hepsinde sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılan obsesif deneklerde zarardan kaçınma (ZK) boyutunda daha yüksek puanlar rapor edilmiştir (Pfohl ve ark. 1990, Richter ve ark. 1996, Bejerot ve ark. 1998, Kusunoki ve ark. 2000, Lyoo ve ark. 2001, Cruz-Fuentes ve ark. 2004). Diğer bildirilen mizaç sapmaları düşük yenilik arayışı (YA) (Kusunoki ve ark. 2000, Lyoo ve ark. 2001) ve yüksek ödül bağımlılığını (ÖB) (Pfohl ve ark. 1990) kapsamaktadır. Karakter modelleri dikkate alındığında, kendini yönetme (KY) (Bejerot ve ark. 1998, Kusunoki ve ark. 2000, Lyoo ve ark. 2001, Cruz-Fuentes ve ark. 2004) ve işbirliği yapma boyutunda (İY) (Bejerot ve ark. 1998, Kusunoki ve ark. 2000) düşük puanlar gözlemlenmiştir.

Kim ve arkadaşlarının (2008) 130 OKB hastasıyla yaptığı çalışmada; OKB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek zarardan kaçınma (ZK), daha düşük kendini yönetme (KY), ödül bağımlılığı (ÖB), ve işbirliği yapma (İY) puanları saptanmıştır. Ayrıca, düşük KY ve İY puanları Y-BOCS ile ölçülen obsesif-kompulsif semptomların şiddetiyle ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde Lyoo ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında yüksek ZK ve düşük KY puanları; Cruz-Fuentes ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise düşük KY ve yüksek HAM-D puanları, obsesif-kompulsif semptomların artmış şiddetiyle ilişkilendirilmiştir.

Bildiğimiz kadarıyla, tedavi öncesi ve sonrası OKB hastalarının mizaç ve karakter özelliklerini değerlendiren bir çalışma bulunmaktadır. Lyoo ve arkadaşlarının (2008) 35 OKB hastası ile yaptığı çalışmada, tedavi öncesi sağlıklı kontrollerden yüksek olan zarardan kaçınma (ZK) puanlarının, 4 aylık tedavi sonrasında belirgin şekilde azaldığı saptanmıştır. Bununla birlikte, tedavi öncesinde belirgin şekilde düşük olan kendini yönetme (KY) puanlarında, tedavi sonrasında değişiklik saptanmamıştır. Ayrıca tedavi öncesinde belirgin şekilde düşük olan ödül bağımlılığı (ÖB) puanlarının, tedavi sonrasında belirgin şekilde arttığı

bildirilmiştir. Bu bulgular eşliğinde, mizaç boyutlarının, tedaviye karakter boyutlarından daha fazla cevap verebilir olduğu öne sürülmüştür. Bizim çalışmamızda da remisyondaki OKB hastalarında ZK puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı fark saptanmamıştır.

6. SONUÇ

PB ve OKB anksiyete bozuklukları içerisinde yoğun araştırma yapılan hastalıklar olmasına rağmen, bu hasta gruplarında mizaç, karakter özelliklerini değerlendiren az sayıda çalışma bulunmakta, özellikle Türkiye’de yapılmış çalışma bulunmamaktadır.

Bizim çalışmamız da, anksiyete bozukluklarının affektif bozukluklarla birlikteliğini destekleyen bir çalışma olmuştur. PB ve OKB hastalarında depresif, irritabl ve anksiyöz mizaçların yanısıra siklotimik mizaç özelliklerinin de ön planda olması bu hastaların bipolar spektrum açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

PB hastalarında, toplam ZK puanlarının kontrollerden anlamlı şekilde yüksek, KY2 (amaçlılık) puan ortalamalarının OKB hastalarından anlamlı şekilde düşük, KY3 (beceriklilik) puan ortalamalarının OKB hastaları ve kontrollerden anlamlı şekilde düşük, İY2 (empati duyma) puan ortalamalarının OKB hastalarına göre anlamlı şekilde düşük bulunması önemlidir.

Çalışmadaki örneklem sayısının yüksek olmaması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olması; kullandığımız TEMPS-A ve TCI ölçeklerinde, anketi dolduran kişilere tüm yaşamlarını göz önüne almaları hatırlatıldığı halde, hastalık öncesi kişilik özelliklerini değerlendirmede zorluklar yaşayabilmeleri ve hastaların remisyon öncesi mizaç, karakter özelliklerinin değerlendirilmemiş olması, yani kesitsel bir çalışma olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılması gereken noktalardır.

Sonuçta; baskın affektif mizacın ve mizaç, karakter özelliklerinin değerlendirilmesi, anksiyete bozukluklarında en uygun tedavinin düzenlenebilmesi ve tedavi sonucunun kestirebilmesi açısından önemlidir. Bu verilerin doğrulanması açısından, daha büyük örneklemelerle yapılan, uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Çalışmamızın amacı, panik bozukluğu (PB) veya obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış ve halen remisyonda olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, baskın affektif mizaç ve mizaç karakter özellikleri yönünden değerlendirilerek, her iki grubun birbiriyle ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılmasıdır.

Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Kliniği'nde Şubat 2009-Mayıs 2009 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmekte olan rastgele yöntemle seçilmiş, DSM IV tanı ölçütlerine göre PB veya OKB tanısı konmuş ve halen remisyonda olan 20 PB, 20 OKB hastası ile kontrol grubunu oluşturan 20 sağlıklı kişi olmak üzere, toplam 60 kişi dahil edilmiştir. Hasta gruplarına yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I/CV) uygulanarak PB ve OKB tanıları ve kontrol grubuna SCID-I/NP uygulanarak ruhsal açıdan sağlıklı oldukları doğrulanmıştır. Remisyon durumlarının teyit edilmesi amacıyla da her iki hasta grubuna Hamilton depresyon (HAM-D) ve Hamilton anksiyete (HAM-A) ölçekleri, PB hasta grubuna Panik Agorafobi ölçeği (PAÖ), OKB hasta grubuna Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçeği (Y-BOCS) uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan kişilerin tümüne baskın affektif mizacın değerlendirilmesi için TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire), mizaç, karakter özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla da TCI (Temperament and Character Inventory) uygulanmıştır.

PB ve OKB grubu ile kontrol grubunun affektif mizaç puanlarının ortalamaları karşılaştırıldığında, depresif mizaç, irritabl mizaç, anksiyöz mizaç ve siklotimik mizaç puanları PB ve OKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. PB ve OKB hastalarında depresif, irritabl ve anksiyöz mizaçların yanısıra siklotimik mizaç özelliklerinin de ön planda olması bu hastaların bipolar spektrum (özellikle bipolar II bozukluk) açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşündüren önemli bir bulgu olarak görünmektedir. Mizaç boyutları olarak, PB hasta grubunun yenilik arayışı alt grubu olan YA3 (savurganlık) puan ortalamaları ve toplam zarardan kaçınma (ZK) puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Karakter boyutları olarak, PB hasta grubunun kendini yönetme (KY) alt grubu olan KY2 (amaçlılık) puan ortalamaları, OKB hasta grubuna göre, KY3 (beceriklilik) puan ortalamaları da OKB ve kontrol gruplarına göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. İşbirliği yapma (İY) alt grubu olan İY2 (empati duyma)

puan ortalamaları PB grubunda, OKB grubuna göre anlamlı şekilde düşük, İY5 (erdemlilik) puan ortalamaları OKB grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bu bulguların, özellikle de PB için mevcut olan literatür bilgileriyle uyumlu olması önemlidir.

Sonuç olarak; bu çalışma baskın affektif mizacın ve mizaç, karakter özelliklerinin değerlendirilmesinin, anksiyete bozukluklarında en uygun tedavinin düzenlenebilmesi ve tedavi sonucunun kestirebilmesi açısından önemli olduğuna vurgu yapmaktadır.

8. SUMMARY

In this study, we aimed to evaluate sociodemographic data, clinical features, affective temperaments and the psychometric properties of temperament-character in patients with panic disorder and obsessive-compulsive disorder compared to healthy controls.

This study was conducted at the Outpatient Clinic in the Department of Psychiatry of Maltepe University Hospital between February-May 2009. Twenty patients with panic disorder, 20 patients with obsessive-compulsive disorder whose diagnoses were made by DSM-IV and 20 healthy controls were included in this study. All the patients and healthy controls were selected randomly and applied SCID-I/CV to confirm their psychiatric diagnoses and SCID-I/NP to confirm that they have no psychiatric diagnoses, respectively. Moreover, Hamilton Depression Scale and Hamilton Anxiety Scale, Panic Agoraphobia Scale and Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale were given to the all of the groups to show their remissions.

Affective temperaments and the properties of temperament-character were measured by TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) and TCI (Temperament and Character Inventory), respectively in both the patient groups and the control group.

In comparison of the mean scores of affective temperaments between the patients with panic disorder and obsessive-compulsive disorder, the scores of the depressive, irritable, cyclothymic and anxious factors were significantly higher in the patient groups than the control group. It might be postulated that the patients with panic disorder and obsessive-compulsive disorder can be considered in bipolar spectrum disorder (especially bipolar II disorder) because of the elevated cyclothymic factors.

In the patients with panic disorder, the mean scores of the extravagance (NS3) subscale of novelty seeking (NS) trait and harm avoidance (HA) trait were significantly higher compared to the scores of healthy controls as temperament traits. On the other hand, as character traits the mean scores of purposeful (SD2) subscale of self-directedness (SD) trait was significantly lower in the patients with panic disorder compared to the patients with obsessive-compulsive disorder and the mean scores of resourcefulness (SD3) subscale of self-directedness trait was significantly lower in the patients with panic disorder compared to the patients with obsessive-compulsive disorder and the healthy controls. Whereas the mean scores of empathy (C2) subscale of cooperativeness (C) trait was significantly lower in the patients with panic disorder compared to the patients with obsessive-compulsive disorder, the

mean scores of pure-hearted conscience (C5) subscale of cooperativeness trait was significantly higher in patients with obsessive-compulsive disorder than the healthy controls. The all of these findings were consistent with the previous literatures especially for panic disorder.

In conclusion, this study emphasizes that the evaluation of affective temperaments and the psychometric properties of temperament-character is very important in the decision of the best treatment and the prediction of treatment outcome in anxiety disorders.

9. KAYNAKLAR

- Abramowitz J, Moore K, Carmin C ve ark. (2001) Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics*, 42: 429–431
- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4: 251–259
- Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S ve ark. (2004) Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3): 183–190
- Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI (1983) The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40: 801–810.
- Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 23: 68–73.
- Akiskal HS, Placidi GF, Marenmani I ve ark. (1998) TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive and irritable temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord*, 51: 7–19
- Akiskal HS (2001) Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord*, 62: 17–31
- Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF (2003) Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord*, 73(1-2): 49-57
- Aldemir E, Gönül AS (2006) Anksiyete Bozuklukları: Epidemiyolojisi ve Genetiği. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2 (12): 1–14
- Alkın T (2000) Panik bozukluğu ve agorafobi. *Anksiyete Bozuklukları*, (Ed.: R Tükel), Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s. 5-38
- Alkın T, Albayrak Ö, Kaya B ve ark. (2004) Panik bozukluğunda tedavi klavuzu. *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu*, (Ed.: R Tükel), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s. 1–52
- Alonso P, Menchon J, Jimenez S ve ark. (2008) Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 157: 159–168
- Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark. (1997) Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 95(5):420–423

Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark. (1999) Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord*, 52(1-3): 203-207

Angst J (1995) Recognising panic disorder. *European Psychiatry*, 10 (Suppl. 2): 57–59

APA (American Psychiatric Association) (1980) *DSM III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*. Washington DC

APA (American Psychiatric Association) (1987) *DSM III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*. Washington DC

APA (American Psychiatric Assosiation) (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)*. Washington DC, (Çev. ed.: E Koroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995

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

Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M ve ark. (2000) Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depress Anxiety*, 12: 78–84

Aslan H, Ünal M (1995) Obsesif Kompulsif Bozukluk (Saplantı-Zorlantı Bozukluğu) *Anksiyete Monografıları Serisi*, (3): 101–142

Ateşçi Ç, Karadağ F, Amuk T ve ark. (2003) Panik bozukluğunda özkıyım düşünceleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4 (81): 81–86

Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y ve ark. (1998) Concensus statement on panic disorder from the International Concensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl. 8): 47–54

Ballenger JC (1999) Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl. 20): 29–33

Ball S, Smolin J, Shekhar A (2002) A psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. *J Psychiatr Res*, 36: 97–103

Bandelow B (1995) Assesing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*, 10: 73–81

Barlow D, Van den Hout M (2000) Attention, arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal of Affective Disorders* 61; 241–256

Basiaux P, Le Bon O, Dramaix M ve ark. (2001) Temperament and character inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol Alcohol*, 36: 584–587

Battaglia M, Bertella S, Bajo S ve ark. (1998) An investigation of the co-occurrence of panic and somatization disorders through temperamental variables. *Psychosom Med*, 60(6):726–729

Bayar R, Yavuz M (2008) Obsesif Kompulsif Bozukluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62: 185–192

Bayraktar E (1997) Obsesif- Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 25–32

Bayraktar E, Atalay ND (1997) Panik bozukluğu ve agorafobi. *Temel Psikiyatri Kitabı*, 1.Cilt, (Ed.: C Güleç, E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 461-478

Bayon C, Hill K, Svrakic DM (1996) Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *J Psychiatr Res*, 30(5): 341–352

Bejerot S, Schlette P, Ekselius L ve ark. (1998) Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive–compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 243–249

Black DW, Noyes R, Pfohl B ve ark. (1993) Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first degree relatives. *Am J Psychiatry*, 150: 1226–1232

Breier A, Charney DS, Heninger GR (1986) Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability, and course of illness. *Arch Gen Psychiatry*, 43: 1029–1036

Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR ve ark. (1992) The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *Psychiatry Research*, 26: 192–211

Carey G, Gottesman II (1981) Twin and family studies of anxiety, phobia and obsessive-compulsive disorder. *Anxiety: New Research and Changing Concepts*, D Kzlein, J Rapkin (Ed), Newyork, Raven Pres, p. 117–136

Chess S, Thomas A (1990) The New York Longitudinal Study (NYLS): the young adult periods. *Can J Psychiatry*, 35: 557–561

Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J ve ark. (2005) The cyclothymic temperament in healthy controls and familially at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? *J Affect Disord*; 85(1-2): 135-145

Cloninger CR (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 3: 167–226

Cloninger CR (1987a) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573–588

Cloninger CR (1987b) The Tridimensional Personality Questionnaire. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM (1991) The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychol Rep*, 69(3 Pt 1): 1047–1057

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975–990

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM ve ark. (1994) The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St Louis

Costa PT, McCrae RR (1997) Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *J Pers Assess*, 68: 86–94.

Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara

Cruz-Fuentes C, Blas C, Gonzalez L ve ark. (2004) Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to self-directedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 9(8): 607–612

Doyle AC, Pollack MH (2003) Establishment of remission criteria for anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 64 (Suppl. 15): 40–45

Eaton MW, Kessler RC, Wittchen HU ve ark. (1994) Panic and panic disorders in the United States. *Am J Psychiatry*, 151: 413–420

Eisen JL, Rasmussen SA (2002) Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Textbook of Anxiety Disorders*, DJ Stein, E Hollander (Ed), American Psychiatric Pub, p. 173–189

Eysenck HJ (1967) The biological basis of personality. Springfield, IL: CC Thomas

Eysenck HJ (1991) Dimensions of personality: 16, 5 or 3 criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12: 773–790.

Faravelli C, Paionni A (1999) Panic disorder: Clinical course, etiology and prognosis. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz

Fassino S, Abbate-Daga G, Amianto F ve ark. (2002a) Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory. *Int J Eat Disord*, 32: 412–425.

Fassino S, Svrakic D, Abbate-Daga G ve ark. (2002b) Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Compr Psychiatry*, 43: 114–120

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc.

Freud S (1913) Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). *Psikopatoloji Üzerine*, (Çev.: S Budak), Öteki Yayınları, Ankara, 1997, s.125–143

Freud S (1923) Ego ve İd. *Metapsikoloji*. Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar, (Çözümlemeler ve Notlarla Çev.: A Yardımlı), İdea Yayınevi, İstanbul, 2000, s.247–293

Freud S (1926) Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. *Psikopatoloji Üzerine*, (Çev.: S Budak), Öteki Yayınları, Ankara, 1997, s. 229–329

Goldstein AJ, Chambless DL (1978) A reanalysis of agoraphobia. *Behav Res Ther*, 9: 47–59.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989) The Yale-Brown Obsessive – Compulsive Scale, I: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46: 1006

Guillem F, Bicu M, Semkovska M ve ark. (2002) The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophr Res*, 56: 137–147

Hansenne M, Rogers J, Pinto E ve ark. (1999) TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 33: 31–36

Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS (2003) Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *J Affect Disord*, 73(1-2): 39-47

Hantouche EG, Akiskal HS (2008) Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder? *J Affect Disord*, 105:315

Hamilton M (1959) The assesment of anxiety states by rating: *Br J Med Psychol*, 32: 50–55

Hoffart A, Thornes K, Hedley LM ve ark. (1994) DSM III-R axis I and II disorders in agoraphobic patients with or without panic disorder. *Acta Psychiatry Scand*, 89: 186–191

Işık E, Işık Taner Y (2006) Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Paralel Yayınevi, İstanbul

Kaplan HI, Sadock BJ (2002) Anksiyete Bozuklukları. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, Kaplan & Sadock/Özet Psikiyatri 9. Baskı'dan Alınmıştır., 2. Baskı, (Çev. ed.: H Aydın, A Bozkurt), Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, s. 211-246

Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. (1993) Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa, s: 86

Karamustafalıoğlu KO, Akpınar A (2006) Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2(12): 30–44

Karno M, Golding JM, Sorenson SB ve ark. (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry, 45: 1094–1099

Katschnig H, Amering M, Stolk JM ve ark. (1996) Predictors of quality of life in a long-term follow-up study of panic disorder patients after a clinical drug trial. Psychopharmacol Bull, 32: 149–155

Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA (2001) Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. Psychiatr Q, 72(3): 251–262

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. (2005). Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3): 164–169

Kim CH, Kim SJ, Kang JI (2008) The temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. Journal of Affective Disorders 107: 120–121

Klein DF (1964) Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacology, 5: 397–408

Klein DF (1981) Anxiety reconceptualized. Anxiety: New Research and Changing Concepts, DF Klein, J Raskin (Ed), NewYork, Raven Pres

Kolada JL, Bland RC, Newman SC (1994) Obsessive compulsive disorder. Acta Psychiatr Scand, (Suppl. 376): 24 – 35

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

Köse S, Sayar K, Ak I ve ark. (2004) Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 14: 107–131.

Kusunoki K, Sato T, Taga C ve ark. (2000) Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101: 403–405

Leib PT (2001) Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21: 222–242

Lyoo IK, Lee DW, Kim YS ve ark. (2001) Patterns of temperament and character in subjects with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 637–641

Lyoo IK, Yoon T, Kang DH ve ark. (2003) Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 107(4): 298–304

Marchesi C, Cantoni A, Fonto S (2006) The effect of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 114(3): 203–210

Marchesi C, De Panfilis C, Cantoni A ve ark. (2008) Effect of pharmacological treatment on temperament and character in panic disorder. *Psychiatry Research*, 158: 147–154

McCrae RR (1991) The five factor model and its assessment in clinical settings. *J Pers Assess*, 57: 399–414.

Millon T, Davis RD (1996) Disorders of personality DSM-IV and beyond. Wiley-Interscience Publication, 2. baskı, s: 60

Nelson E, Rice J (1997) Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry*, 154: 826–831

Nixon RDV, Bryant RA (2003) Peritraumatic and persistent panic attacks in acute traumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 41: 1237–1242

Öztürk O, Uluşahin A (2008) Nevrotik, stresle ilgili bozukluklar- I. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. Cilt, Yenilenmiş 11. Baskı, Tuna Matbaacılık, Ankara, s: 448–511

Pauls DL (1992) The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatry Clinics of North America*, 15: 759–766

Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W ve ark. (1995) A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152; 76–84

Pelissolo A, Lepine JP (1998) Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Montgomery SA, Den Boer JA, eds. *SSRIs in Depression and Anxiety*. John Wiley&Sons Ltd, Chichester, p: 1–21

Pelissolo A, Andre C, Pujol H ve ark. (2002) Personality dimensions in social phobias with or without depression. *Acta Psychiatr Scand*, 105: 94–103

Perugi G, Akiskal HS (2002) The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am*, 25(4): 713–737

Pfohl B, Black D, Noyes R ve ark. (1990) A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive–compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 28: 41–46.

Placidi GF, Signoretta S, Liguori A ve ark. (1998) The semistructured affective temperament interview (TEMPS-I): The reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year-old students. *J Affect Disord*, 47: 1–10

Rapee RM, Murrell E (1988) Predictors of agoraphobic avoidance. *J Anxiety Disord*, 2: 203–217

Rasmussen SA, Eisen JL (1991) Phenomenology of obsessive –compulsive disorder. *Psychobiology of obsessive compulsive disorder*, J Insel, SA Rasmussen (Ed), Newyork, p. 743–758

Rasmussen SA, Eisen JL (1992a) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder, in *Obsessive-Compulsive Disorder*. *Psychiatric Clin North Am*, 15: 743–758

Rasmussen SA, Eisen JL (1992b) The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 53 (April suppl): 4–10

Rasmussen SA, Eisen JL (1998) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychobiology of obsessive compulsive disorders: Practical management*, 3. Basım, MA Jenike, L Baer, WE Minichiello, CV Mosby (Ed), St Louis, p. 12–43

Rasmussen SA, Tsuang TM (1986) Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 143: 317 – 322

Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT ve ark. (1996) The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 65: 185–188.

Robins LN, Helzer JE, Weissman MM ve ark. (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 949–958

Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE (2000) Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 78: 122–135.

Rothbart MK, Ahadi SA, Hershey KL ve ark. (2001) Investigations of temperament at three to seven years: The Children’s Behaviour Questionnaire. *Child Dev*, 72: 1394–1408

Roy-Byrne PP, Cowley DS (1995) Course and outcome in panic disorder: A review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1: 150–160

Salkovskis PM, Kirk J (1989) Obsessional disorder. *Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, K Hawton, PM Salkovskis, J Kirk, DM Clark (Ed), Oxford, UK, Oxford University Press, p. 129–168

Saunders BE, Villepontoux LA, Lipovsky JA ve ark. (1992) Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Interpersonal Violence*, 7: 189–204

Saviotti FM, Grandi S, Savron G ve ark. (1991) Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord*, 23(3):113–117

Sayın A, Aslan S (2005) Duygudurum Bozuklukları ile Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4): 276–283

Scheibe G, Albus M (1992) Age at onset, precipitating events, sex distribution and cooccurrence of anxiety disorder. *Psychopathology*, 25: 11 – 8

Segui J, Marguez M, Canet J ve ark. (1999) Differential clinical features of early-onset panic disorder. *J Affect Disord*, 54: 109–117

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

Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi, Türkçe versiyonu. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark. (1990) Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0). Washington DC, American Psychiatric Press

Stahl SM (2000) Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve fobik bozukluk için ilaç tedavisi. *Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamaları*, 2. Baskı, (Çev. ed.: B Taneli, Y Taneli, Çev.: U Aydınli, T Demiralp, M Ergen, B Taneli, Y Taneli, B Ulusoy), Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2003, s. 335-364

Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S ve ark. (1996) Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*, 37: 75–79

Steketee GS, Eisen JL, Dyck I ve ark. (1999) Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89; 229–238

Stoll AL, Tohen M, Baldessarini RJ (1992) Increasing frequency of the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 149: 638–640

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR ve ark. (1993) Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. Archives of General Psychiatry, 50: 991–999

Svrakic DM, Cloninger CR (2004) Personality Disorder. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Lippincott Williams& Wilkins, p. 2063–2104

Topçuoğlu V (2003) Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. Klinik Psikiyatri, 6: 46–50

Topçuoğlu V, Karabekiroğlu A, Yazgan Ç (2005). Panik Bozukluğu Provokasyon Çalışmaları ve Provokasyon Ajanlarının Farklılıkları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 197–205

Tural Ü, Fidaner H, Alkın T ve ark. (2000) Panik ve Agorafobi Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 11(1): 29–39

Tükel R (1992) Panik bozukluklarında gelişim, klinik seyir ve panik atakları ile agorafobi ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 3: 18–29

Tükel R (2000) Obsesif-kompulsif bozukluk. Anksiyete Bozuklukları, (Ed.: R Tükel), Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s. 81-104

Tükel R (2002) Panik Bozukluğu, Klinik Psikiyatri Dergisi, Ek 3: 5–13

Tükel R, Polat A, Özdemir Ö ve ark. (2002) Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry, 43: 204–209

Uhde TW, Boulenger JP, Roy-Byrne PP ve ark. (1985) Longitudinal course of panic disorder: Clinical and biological considerations. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 9: 39–51

Uğuz Ş, Altıntaş EY, Levent BA (2006) Panik bozukluğu: Etiyoloji, Klinik Gidiş, Komorbidite ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2(12): 21–25

Üstün TB, Sartorius N (1995) Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester, John Wiley and Sons

Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. (2005) Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. J Affect Disord, 85: 113–125

Vasile RG, Goldenberg I, Reich J ve ark. (1997) Panic disorder versus panic disorder with major depression: Defining and understanding differences in psychiatric morbidity. Depress Anxiety, 5: 12–20

Von Zerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. J Affect Disord, 51: 1–5

Wachleski C, Salum GA, Blaya C ve ark. (2008) Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 49: 476–481

WHO (World Health Organization) (1992) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları. (Çev. ed.: MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993

Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA ve ark. (2005) Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 46(4): 311–314

Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 742–747

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9 (2): 114–117

Yüksel N (2002) Panik bozukluğu nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek 3: 14–21

Zitterl W, Lenz G, Mayrhofer A ve ark. (1990) Obsessive compulsive disorder: Course and interaction with depression. *Psychopathology*, 23: 73 – 80

EK-1

TEMPS-A

Aşağıdaki soruları, **yaşamınızın büyük bir bölümü için size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y)** olarak cevaplayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.

22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.
34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay âşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. (D) (Y) Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.

44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan, yapabilirim.
47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda beni hiçbir şey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. (D) (Y) Cömerdim ve başkaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
56. (D) (Y) İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim
57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırim.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.
63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki gözüm hiçbir şey görmüyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.

69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağıırım.
70. (D) (Y) İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
72. (D) (Y) Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğunudur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.
87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.

94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. (D) (Y) Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.

EK-2

Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.. Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” (DOĞRU) ya da “Y” (YANLIŞ) seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

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

14. (D) (Y) İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.
15. (D) (Y) Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.
16. (D) (Y) Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.
17. (D) (Y) Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.
18. (D) (Y) Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.
19. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.
20. (D) (Y) Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.
21. (D) (Y) Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.
22. (D) (Y) Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.
23. (D) (Y) Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.
24. (D) (Y) Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.
25. (D) (Y) Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.
26. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.
27. (D) (Y) Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.
28. (D) (Y) Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.
29. (D) (Y) Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.
30. (D) (Y) Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.
31. (D) (Y) Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.
32. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.
33. (D) (Y) Düşmanlarımdan acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.

34. (D) (Y) Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.
35. (D) (Y) Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.
36. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.
37. (D) (Y) Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.
38. (D) (Y) Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.
39. (D) (Y) Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.
40. (D) (Y) Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.
41. (D) (Y) Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.
42. (D) (Y) Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.
43. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.
44. (D) (Y) Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.
45. (D) (Y) Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.
46. (D) (Y) Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.
47. (D) (Y) Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.
48. (D) (Y) Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.
49. (D) (Y) Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.
50. (D) (Y) Ticarete başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.
51. (D) (Y) Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.
52. (D) (Y) Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.
53. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.
54. (D) (Y) Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.

55. (D) (Y) Çoğu kimseden daha duygusalımdır.
56. (D) (Y) Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.
57. (D) (Y) Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.
58. (D) (Y) Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.
59. (D) (Y) Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.
60. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
61. (D) (Y) Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.
62. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok çalışırım.
63. (D) (Y) Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.
64. (D) (Y) Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.
65. (D) (Y) Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.
66. (D) (Y) Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.
67. (D) (Y) Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.
68. (D) (Y) Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.
69. (D) (Y) Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.
70. (D) (Y) Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.
71. (D) (Y) Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.
72. (D) (Y) Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.
73. (D) (Y) İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.
74. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.
75. (D) (Y) Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.

76. (D) (Y) Bazen sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.
77. (D) (Y) Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.
78. (D) (Y) Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.
79. (D) (Y) Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.
80. (D) (Y) Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.
81. (D) (Y) Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.
82. (D) (Y) Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.
83. (D) (Y) Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.
84. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.
85. (D) (Y) Çoğu zaman “Süpermen” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.
86. (D) (Y) Başkaları beni çok fazla denetliyor.
87. (D) (Y) Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.
88. (D) (Y) Dinsel yaşantılar, yaşamamın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.
89. (D) (Y) Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.
90. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.
91. (D) (Y) Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.
92. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.
93. (D) (Y) Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.
94. (D) (Y) Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.

95. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.
96. (D) (Y) Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.
97. (D) (Y) Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.
98. (D) (Y) Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.
99. (D) (Y) Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.
100. (D) (Y) Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.
101. (D) (Y) Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.
102. (D) (Y) Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.
103. (D) (Y) Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.
104. (D) (Y) Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.
105. (D) (Y) Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.
106. (D) (Y) Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.
107. (D) (Y) Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.
108. (D) (Y) Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.
109. (D) (Y) Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.
110. (D) (Y) Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.
111. (D) (Y) Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.
112. (D) (Y) Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.
113. (D) (Y) Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.
114. (D) (Y) İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.
115. (D) (Y) İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.

116. (D) (Y) Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.

117. (D) (Y) Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.

118. (D) (Y) Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.

119. (D) (Y) Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.

120. (D) (Y) Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.

121. (D) (Y) Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.

122. (D) (Y) Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.

123. (D) (Y) Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.

124. (D) (Y) Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.

125. (D) (Y) Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekândan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.

126. (D) (Y) Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.

127. (D) (Y) Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.

128. (D) (Y) Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.

129. (D) (Y) Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.

130. (D) (Y) Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.

131. (D) (Y) Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.

132. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.

133. (D) (Y) Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.

134. (D) (Y) Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.

135. (D) (Y) İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.
136. (D) (Y) Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.
137. (D) (Y) Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.
138. (D) (Y) Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.
139. (D) (Y) Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.
140. (D) (Y) Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.
141. (D) (Y) Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.
142. (D) (Y) Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.
143. (D) (Y) Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.
144. (D) (Y) Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.
145. (D) (Y) Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.
146. (D) (Y) Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.
147. (D) (Y) Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.
148. (D) (Y) Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.
149. (D) (Y) Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.
150. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
151. (D) (Y) Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.
152. (D) (Y) Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.
153. (D) (Y) Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.

154. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.

155. (D) (Y) Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.

156. (D) (Y) Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.

157. (D) (Y) Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir.

158. (D) (Y) Çoğu kez arkadaşlarımın arzularına boyun eğirim.

159. (D) (Y) Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.

160. (D) (Y) Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.

161. (D) (Y) Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.

162. (D) (Y) Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.

163. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakârlıklar yaptım.

164. (D) (Y) Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.

165. (D) (Y) Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.

166. (D) (Y) Düşündüğümünden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.

167. (D) (Y) Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.

168. (D) (Y) Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.

169. (D) (Y) Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.

170. (D) (Y) Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.

171. (D) (Y) İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.

172. (D) (Y) Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.

173. (D) (Y) Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.

174. (D) (Y) Kendim için bir şeyler satın almak eğlencidir.

175. (D) (Y) Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.
176. (D) (Y) Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.
177. (D) (Y) Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.
178. (D) (Y) Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.
179. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.
180. (D) (Y) Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.
181. (D) (Y) Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.
182. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.
183. (D) (Y) Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.
184. (D) (Y) Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenilebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.
185. (D) (Y) Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.
186. (D) (Y) Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.
187. (D) (Y) Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.
188. (D) (Y) Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.
189. (D) (Y) Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.
190. (D) (Y) Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.
191. (D) (Y) İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.
192. (D) (Y) Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.
193. (D) (Y) Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.
194. (D) (Y) Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.
195. (D) (Y) İçinde, ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.

196. (D) (Y) İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.
197. (D) (Y) Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.
198. (D) (Y) Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.
199. (D) (Y) Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.
200. (D) (Y) Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.
201. (D) (Y) Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.
202. (D) (Y) Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.
203. (D) (Y) Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.
204. (D) (Y) Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.
205. (D) (Y) Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.
206. (D) (Y) Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.
207. (D) (Y) Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.
208. (D) (Y) Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.
209. (D) (Y) Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.
210. (D) (Y) İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.
211. (D) (Y) Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.
212. (D) (Y) Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.
213. (D) (Y) Hoşlanmadığım bazı insanlar var.
214. (D) (Y) Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.
215. (D) (Y) Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.

216. (D) (Y) Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.
217. (D) (Y) Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.
218. (D) (Y) Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.
219. (D) (Y) Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.
220. (D) (Y) Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.
221. (D) (Y) Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.
222. (D) (Y) Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.
223. (D) (Y) Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.
224. (D) (Y) Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırıyorum.
225. (D) (Y) Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.
226. (D) (Y) Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.
227. (D) (Y) Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.
228. (D) (Y) Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.
229. (D) (Y) Keşke başka herkesten daha iyi görünürlü olsam.
230. (D) (Y) Bu anket formunda çok yalan söyledim.
231. (D) (Y) Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.
232. (D) (Y) Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.
233. (D) (Y) Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.
234. (D) (Y) Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.
235. (D) (Y) Sahtekâr olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.

236. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.

237. (D) (Y) Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.

238. (D) (Y) Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.

239. (D) (Y) Bazen keyifsiz olurum.

240. (D) (Y) Ara sıra insanların arkasından konuşurum.

EK-3

**T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI**

Sayı: MAL. ÜN. YEK/MEG.27.2009/76

06.02.2009

Sayın Doç. Dr. Figen KARADAĞ

Yerel Etik Kurulumuza başvurmuş olduğunuz “Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Baskın Affektif Mizacın ve Mizaç, Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması” adlı çalışma dosyanız 06 Şubat 2009 tarihli, 15 sayılı toplantımızda değerlendirilmiş olup projenin etik kurul açısından uygunluğuna karar verilmiştir.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Esra SAĞLAM
Yerel Etik Kurul Başkanı