

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

PANİK BOZUKLUĞUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE AİLE İLİŞKİLERİNİN
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE
HASTALIĞIN FENOMENOLOJİSİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Seda ŞAHİN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. M. Raşit TÜKEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

(2011)

Yaşam yalnızca geriye bakılarak anlaşılabilir; ancak ileriye bakılarak yaşanmalıdır.

S. A. Kierkegaard

TEŞEKKÜR

İlk olarak uzmanlık eğitimim boyunca özveri ve içtenliğiyle, ne zaman ihtiyacım olsa orada olacağını bildiğim, yapıcı eleştirileriyle her zaman yol gösterici olan, kendisinin hekim kimliğinden de feyzaldığım, tezimle ilgili yardım ve desteğini hiç esirgemeyen, tez danışmanım Prof. Dr. Raşit Tükel'e,

Asistanlığıma başladığım ilk aydan beri, her karşılaşmamızda özgür zihninden çok etkilendiğim, soru sormayı kendisinden tekrar öğrendiğim Prof. Dr. Bilgin Saydam'a,

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıları olan, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine,

Sadece iş arkadaşım değil, arkadaşım, dostum, sırdaşım hatta kardeşim olan, başta "devrelerim" (kıdem sırasına göre ☺) Zerrin Oğlağı, Çağrı Yüksel, Cavit Guliyev ve sevgili küçük kıdemlim Mine Öztürk olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Kendileri ile çalışmanın bir konfor olduğunu her gün hissettiğim kliniğimiz sekreterlerine, özellikle dostluğu ile Serap Pehlivanoğulları'na,

Onlarsız kliniğimizin bu kadar huzurlu, güvenli ve samimi olmayacağını bildiğim kliniğimiz psikologlarına, hemşire ve personellerine,

Onlarla üzüldüğüm, sevindiğim, kaygılandığım, merak ettiğim, canlandığım hastalarım,

Her zaman varlıklarıyla güç veren annem ve kızkardeşime,

Onun elimin altındaki mırıltısı, enerjisi, sıcaklığı ve sevgisi olmadan son günlerim çok zor geçirdi, Sevgili Kedim Zeytin'e,

Son olarak da "Sevdiğim" İlker Özyıldırım'a

Teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
I. TÜRKÇE VE İNGİLİZCE ÖZETLER.....	1
II. GİRİŞ.....	2
III. GENEL BİLGİLER	
A. PANİK BOZUKLUĞU	
1. Tanım.....	3
2. Tarihçe.....	3
3. Epidemiyoloji.....	5
4. Etiyoloji	
a. Biyolojik Etkenler.....	6
b. Genetik Etkenler.....	7
c. Psikanalitik kuram	
(1). Anksiyete.....	8
(2). Panik Bozukluğu.....	8
5. Klinik özellikler	
a. Panik Atağı.....	10
(1) DSM-IV Panik Atağı İçin Tanı Ölçütleri.....	11

b. Beklenti Anksiyetesi.....	12
c. Agorafobi.....	12
(1) DSM-IV Panik Agorafobi Tanı Ölçütleri.....	13
d. DSM-IV Panik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	14
e. Panik Atağının Başlangıcı.....	14
6. Eş Tanı	
a. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar.....	15
b. Eşlik Eden Genel Tıbbi Durumlar.....	18
B. ÇOCUKLUK ÇAĞI YAŞANTILARI	
1. Çocukluk Çağı Travmaları	
a. Tanım.....	19
b. Genel Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi.....	20
c. Anksiyete Bozukluklarıyla İlişkisi.....	20
d. Panik bozukluğu ile İlişkisi.....	21
2. Ebeveyn İlişkileri.....	21
3. Kişilik Özellikleri.....	22
IV. AMAÇLAR.....	23
V. HASTALAR VE YÖNTEMLER	
A. ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ	
1. Hasta grubu.....	24

a. Çalışmaya alınma ölçütleri.....	24
b. Dışlanma ölçütleri.....	25
2. Kontrol grubu.....	25
a. Çalışmaya alınma ölçütleri.....	25
b. Dışlanma ölçütleri.....	25
B. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
C. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....	29
VI. BULGULAR	
A. Örneklem Grubu	
1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri.....	30
2. Örneklemin Hastalık Bilgileri	
a. Soygeçmiş Özellikleri.....	31
b. Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu.....	32
c. Tetikleyici Yaşam Olayı.....	34
B. Kontrol Grubu ile Karşılaştırma	
1. Sosyodemografik Bilgiler.....	35
2. Yaşam Kalitesi.....	36
3. Çocukluk Çağı Travması.....	37
4. Anne Baba İlişkileri.....	38
5. Cinsiyetlere Göre Farklılıklar	

a. Kadın Cinsiyet.....	39
b. Erkek Cinsiyet.....	40
V. TARTIŞMA	
A. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	41
B. Klinik Özelliklerin Değerlendirmesi	
1. Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu Gruplarının Değerlendirilmesi.....	42
2. Tetikleyici Faktör Açısından Örneklemin Özellikleri.....	43
3. Hasta ve Kontrol Grubunda Yaşam Kalitesi.....	43
4. Panik bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması ve Kontrol Grubu ile Karşılaştırma..	44
5. Panik Bozukluğunda Anne-Baba İlişkileri ve Kontrol Grubu ile Karşılaştırma.....	46
VII. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
VIII.KAYNAKLAR.....	52
IX. EKLER LİSTESİ.....	63

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Panik Ataklarının Görüldüğü Genel Tıbbi Durumlar

Tablo 2: Araştırma Değişkenleri

Tablo 3: Araştırma Örnekleminin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4: Tablo 4: Örneklemin Hastalık Bilgileri

Tablo 5: Soygeçmiş Özellikleri

Tablo 6: Cinsiyetlere Göre Agorafobi Varlığı

Tablo 7: Agorafobili/ Agorafobisiz Grupta İşlevsellik

Tablo 8: Agorafobili/ Agorafobisiz Grupta Aile İlişkileri ve Çocukluk Çağı Travması

Tablo 9: Cinsiyetlere Göre Tetikleyici Neden Dağılım Tablosu

Tablo 10: Araştırma Örnekleminin ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 11: Hasta ve Kontrol Gruplarının Q-LES-Q Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 12: Yaşam Kalitesi İle Aile İlişkileri ve Travma Korelasyonu

Tablo 13: Hasta ve Kontrol Gruplarının CTQ-28 Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 14: Hasta Ve Kontrol Gruplarının Pbi Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 15: Cinsiyete Göre Hasta ve Kontrol Grubu Karşılaştırması (Kadın)

Tablo 16: Cinsiyete Göre Hasta ve Kontrol Grubu Karşılaştırması (Erkek)

I. ÖZET

Amaçlar: Birçok psikiyatrik bozuklukta çocukluk çağı travmalarının ve ebeveyn ilişkilerindeki sorunların bozuklukların etiyolojisinde ve seyrinde rol oynayabileceği bildirilmiştir. Panik bozukluğu ile ilgili bu alanda yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada panik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmaları sıklığının ve anne baba ilişkilerinin, hastalığın görünümü ve seyrine etkileri araştırılmıştır.

Hastalar ve yöntemler: Çalışmamıza DSM-IV'e göre Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı koyulan 32 hasta alınmıştır. Yaş ve cinsiyeti eşleştirilmiş 42 katılımcı ile sağlıklı kontrol grubu oluşturulmuştur. Hastalara SCID-I, Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, Ebeveyn Bağlılık Ölçeği (PBI) ve Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form (Q-LES-Q-SF) uygulanmıştır. Hasta ve kontrol grubu sosyodemografik ve klinik özellikleri ile açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hasta grubunda çocukluk çağı travması ölçeğinin toplam ve tüm alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Ebeveyn Bağlılık ölçeği anne ilgi/özen alt kategorisi kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda yaşam kalitesi belirgin düşük saptanmıştır.

Sonuç: Panik bozukluğunda çocukluk çağı travması siktir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve özellikle anne olamk üzere ebeveyn özenindeki sorunların panik bozukluğunun etiyolojisinde rol oynuyor olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Panik bozukluk, çocukluk çağı travması, ebeveyn ilişkileri

ABSTRACT

Objective: In numerous psychiatric disorders, it was reported that childhood trauma and problems in parents' relationships might have an effect on the course and etiology of the disorders. Studies in this field regarding panic disorders are limited. In this study, the relationship between frequency of childhood traumas and relationship of parents and its effect on the phenomenological features and the clinical course of the disorder were examined.

Patients & Methods: 32 subjects, who have been diagnosed with Panic Disorder with Agoraphobia and without Agoraphobia according to DSM-IV, have been examined in our study. The control group consisted of 42 healthy subjects with matched ages and sex. SCID-I, Panic Disorder Severity Scale, Parental Bonding Instrument (PBI) and Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form (Q-LES-Q-SF) were applied to the subjects. Patient and control group have been compared in terms of socio-demographic and clinical features.

Results: The level of total and all subcategories score of childhood trauma in the patient group was significantly higher in comparison to control group. Maternal care subcategory was lower in comparison to the control group. When compared regarding quality of life, the patient group showed a visibly lower quality of life.

Conclusions: Childhood trauma often contributes to development of panic disorder. It was pondered that the traumatic experiences in childhood and insufficient parental care might have a part in the etiology of panic disorder.

Key words: Panic disorder, childhood trauma, parental relationships

II. GİRİŞ

Erken nesne ilişkilerinin, ebeveyn özelliklerinin ve çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin bireysel psikolojik gelişim ve kişilik yapılanması ile oluşabilecek psikopatolojiler üzerine önemli ve belirleyici etkileri olduğu düşünülmektedir. Birçok psikiyatrik bozuklukta çocukluk çağı travmalarının ve ebeveyn ilişkilerindeki sorunların bozuklukların etiolojisinde ve seyrinde rol oynayabileceği bildirilmiştir.

Major depresyonda, anksiyete bozukluklarında, psikotik bozuklukta, alkol ve madde kullanım bozukluklarında ve dissosiyatif bozuklukta çocukluk çağı travmaları genel popülasyona göre daha sık bulunmuştur. Panik bozukluğu ile ilgili bu alanda yapılmış çalışmalar ise sınırlıdır. Yapılan bazı çalışmalarda çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımının erişkin yaşamda panik bozukluğu riskini arttırdığı; panik bozukluğu hastalarında geçmiş kötüye kullanım öyküsünün sık görüldüğü saptanmıştır ancak panik bozukluğunda çocukluk çağı travmasını fiziksel, duygusal, cinsel kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları alt tipleriyle araştıran çalışmalar ise oldukça sınırlıdır.

Bireylerin erken yaşlarda ebeveynleri ile kurdukları ilişkilerin içselleştirildiği ve gelecek ilişkilerinde model oluşturduğu düşünülmektedir. Bazı yazarlar birçok psikiyatrik bozukluk gibi panik bozukluğun gelişiminde de ebeveynlerle olan erken ilişkilerin içselleştirilmiş modellerinin önemli rol ve etkilere sahip olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Bildiğimiz kadarı ile literatürde panik bozukluğu hastalarında ihmal ve kötüye kullanım gibi çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin ve ebeveyn ilişkilerinin hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisini bir arada araştıran yalnızca bir çalışma vardır.

Bu çalışmada panik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmaları sıklığının ve anne baba ilişkilerinin, hastalığın görünümü ve seyrine etkileri araştırılmıştır.

III. GENEL BİLGİLER

A. PANİK BOZUKLUĞU

1. Tanım

Panik Bozukluğu kendiliğinden, beklenmedik bir anda ortaya çıkan yoğun kaygı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan, günde birkaç nöbet ile yılda birkaç nöbet arasında değişen panik atakları ile karakterizedir.

Hastalar ataklar arasında, başka ataklar yaşayacaklarına yönelik yoğun kaygılı bir beklenti hissi yaşarlar. Ve panik bozukluğuna sıklıkla kalabalık ortamlarda yalnız kalma korkusu, panik atağı sırasında çıkmanın kolay olmayacağı yerlerden kaçınma olarak tanımlanan agorafobi eşlik eder. (1)

2. Tarihçe:

“Panik” terimi Antik Yunan mitolojisindeki, yarı insan yarı keçi Teke-Tanrı Pan’dan köken almaktadır.

Pan, çobanların, balıkçıların, avcılarının ve hayvan sürülerinin, yani şehirden uzağın, yaban doğanın tanrısıdır. Babası ve annesi ile ilgili çok sayıda efsane bulunmaktadır, ancak çoğunlukla babasının Olimpos tanrısı Hermes, annesinin ise bir orman perisi olduğu düşünülmektedir. “Çirkin” bir bebek olan Pan, doğumdan hemen sonra annesi tarafından terk edilmiştir.

Antik Yunan mitolojisine göre Tanrı Pan, beklenmedik bir anda ortaya çıkan, açıklanamayan yoğun korku ve kaygı ve bunaltı atakları ile ilintilidir. Kimi yazarlar, Pan'ı, “Bilin(e)mez’in tanrısı” kabul eder, nedeni açıklanmayan her şeyin, her olayın ona atfedilebileceğini söylerler. Öfkelendiğinde tiz çılgılığı ya da deniz kabuğuna üflemesi ile insanları hiç beklemedikleri, bekleseler bile hazır olmadıkları bir dehşete sürükler.(2)

Panik bozukluğu antik dönemlerden bu yana bilinen bir hastalık olmasına rağmen ancak 1980 yılında ayrı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır.(3)

Panik bozukluğu ilk kez 1980' de DSM-III' de ayrı bir tanı kategorisi olarak yerini almakla birlikte panik atağının belirtileri çok eski zamanlardan beri birçok kişi tarafından betimlenmiştir. (4)

Panik atağının belirtileri ilk kez 17.yy.da Robert Burton tarafından tanımlanmıştır. Bu tanımlamanın DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine benzerliği dikkat çekicidir.(5)

Bu bozukluk 1871’de, Da Costa tarafından askerlerde sık rastlanılan ve yoğun bir göğüs ağrısı, şiddetli çarpıntı, yapısal bozukluğun olmadığı bazı kardiyak belirtilerle giden işlevsel bir sendrom olarak "irritabl kalp sendromu" olarak tanımlanmıştır. (6)

Da Costa’nın çalışmasını yayımladığı tarih olan 1871’de, Westpal, açık alanlarda şiddetli korku yaşayan ve bu nedenle evlerine gitmek üzere tanımadıkları kimselerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirdiği “Die Agoraphobie” isimli çalışmasında agorafobi sendromunu tanımlamıştır. (7)

Freud 1894’te panik bozukluğunu karşılayan anksiyete tablosunu Heckner’in çalışmasından da yararlanarak nevrasteni grubundan ayırmış ve “anksiyete nevrozu” olarak tanımlamıştır. Krapelin, 1909’da yayınladığı kitabında “korku nevrozu” adıyla anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünden bahsetmiştir. Francis Henkel, 1917’de yayınladığı kitabında DSM tanı ölçütlerine oldukça benzeyen “paroksizmal anksiyete atağını” tanımlamıştır. (8)

I.Dünya Savaşı sırasında Da Costa Sendromunun “kalbin bozulmuş aksiyonu” adı altında tekrar ortaya çıktığı görülmektedir. Böylece, bir kez daha anksiyetenin kardiyak görünümleri ilgi odağı haline gelmiş, 1918’de Lewis, bu durum için “efor sendromu” adını önermiştir. Oppenheim ise, kardiyak belirtiler ve bitkinlik durumunun sıkça birarada olduğu bu tabloda, daha iyi tanımladığı gerekçesiyle “nörosirkülatuar asteni” terimini kullanmayı seçmiştir.(7)

Klein, 1960'larda yaptığı çalışmasında, panik bozukluğu ile genel anksiyetenin iki farklı hastalık olduğunu öne sürmüştü; böylece de panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun ayrı birer hastalık olarak DSM-III'de yer almalarına büyük katkıda bulunmuştur. Klein'in "yinelenen beklenmedik panik atakları", "beklenti anksiyetesi", "agorafobi" şeklindeki üçlemesi günümüzde bile hala en geçerli panik bozukluğu modelidir.(9)

Panik anksiyeteye ilişkin ayrıntılı tanımlar, yüzyıl kadar önce yayımlanmış olmasına karşın, panik bozukluğu 1980 yılında DSM-III yayımlanıncaya kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir bozukluk kategorisi olarak yer almamıştır. DSM-II’de yer alan

anksiyete nevrozu, DSM-III'de panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere iki kategoride ele alınmıştır. DSM-III'te (1980) bu koşul, dört haftada en az dört panik atağı ya da bir veya birkaç panik atağını izleyen en az bir ay süren beklenti anksiyetesinin gerekliliği şeklinde değiştirilmiş; böylece "beklenti anksiyetesi" DSM-III-R'de (1987) bir tanı ölçütü olarak yerini almıştır. DSM-IV'de, bir tek nöbet geçirilse bile olası bir atak beklentisi ölçütü yeterli bulunmuştur. (10,11)

DSM-IV panik bozukluğu tanısı için, başka atakların olacağına ilişkin sürekli bir kaygı, atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma veya ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme şeklindeki belirtilerden en az birinin; yineleyen, beklenmedik panik ataklarını en az bir aylık bir dönem boyunca izlemesini şart koşturmuştur. (12)

3. Epidemiyoloji

Panik atağı toplumda sık görülen bir durumdur ve yaşam boyu yaygınlığı (prevalence) %7 ile %9 arasında değişmektedir. (13,14) Ancak agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı daha düşüktür ve % 1.5 ile % 3.8 arasında değişmektedir. (15)

Panik bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir; kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre iki -üç kat daha fazladır. (16) Hemen her yaşta başlayabilen panik bozukluğunun başlangıç yaşı çok değişkendir. Genellikle geç ergenlik ile otuzlu yaşların ortaları arasında başlayan hastalık için (17) klinik örneklerde ortalama başlangıç yaşı 25 olarak bildirilmektedir. (18,19)

Bazı çalışmalarda, boşanmış ya da ayrı yaşayan kişilerde daha fazla görüldüğü söylenmekteyse de, ülkemizde hastaların çoğunluğunun (%80) evli olduğu saptanmıştır.(20)

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. Panik bozukluğu hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıkça başvurabilmektedirler. Vestibüler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15'inin, kardiyoji polikliniğine

başvuran hastaların %16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir. (15)

4. Etiyoloji:

a. **Biyolojik Etkenler:**

Panik bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarının oluşumunda korteksin bazı alanları, bazal ganglionlar, limbik sistem yapısı içinde yer alan hipokampus, talamus ve bu konuda en önemli rolü oynayan amigdala gibi beyin yapılarının rolü vardır. Amigdala, herşeyden önce duygusal olarak uyarılan olaylarla ilgili “duygusal belleğin” oluşturulduğu ve bunların sürekli olarak saklandığı yerdir.(21)

Amigdala stres, korku ve anksiyete gibi olayların oluşumunda esas rolü oynayan beyin bölgesidir. Çevreden gelen uyarılara karşı “anksiyete yanıtı”nın verilmesinde rol oynar. Panik vb. anksiyete bozukluklarında sözü edilen korku ağında da “yönetici” olarak yer alır. Stres oluşturan etkenlerin beyindeki noradrenerjik aktiviteyi arttırmaları, kişide anksiyete ve korku ilişkili bilişsel, duyuşsal ve otonom korku yanıtlarının oluşmasına neden olmaktadır. Bu kapsamda panik bozukluğu bulunan hastalarda panik ataklarının başlamasından, korkunun şartlandırılmasından, kişide fobinin oluşumundan da noradrenerjik sistem ve bu sistemdeki olası işlev bozuklukları sorumlu tutulmaktadır.(22)

Araştırmalar, noradrenerjik nöronların köken aldığı beyin sapındaki locus seruleus'un korku ve alarm tepkilerinden sorumlu göstermektedir. Bu konudaki çalışmalar, panik nöbetleriyle locus ceruleus'daki noradrenelin içeren nöronların aşırı uyarılması ya da inhibitör mekanizmaların yetersiz olması arasındaki ilişkinin araştırılması üzerinde odaklanmıştır. Önde gelen inhibitör mekanizmalardan olan presinaptik alfa-2 otoresptörlerinin panik nöbetleri olan hastalarda yetersiz işlev gördüğü ileri sürülmektedir.

Panik bozukluğunun oluşumunda “serotonerjik disfonksiyon”dan ve genellikle de presinaptik serotonin işlevlerindeki artıştan söz edilmektedir. Korku ve savunma yanıtlarının düzenlenişinde serotoninin rolü olduğu bilinmektedir. Panik nöbetlerinin tedavisinde, serotonerjik geri alım inhibisyonu yapan antidepresan ilaçların etkili bulunması, merkezi serotonerjik sistemin işlevindeki bozukluğun, nöbetlerin ortaya çıkışıyla ilişkili olabileceğini gündeme getirmiştir.(7)

5HT-1 ve 5HT-2 reseptörlerinde agonist etkili olan m-klorofenilpiperazin (m-CPP) ve 5-HT salınımını artıran fenfluramin, panik bozukluğu hastalarında anksiyete artışı ve panik atakları ortaya çıkarırlar.(23)

Beklenti anksiyetesinden limbik sistemin özellikle singulat ve parahipokampal korteksin sorumlu olduğuna dair kanıtlar vardır. Burda GABA-benzodiazepin reseptör kompleksinin de rolü olabileceği öne sürülmektedir. Benzodiazepinler, GABA işlevini artırarak anksiyeteyi azaltırlar. GABA agonistlerinin sistemik uygulaması sonucu muhtemelen Raphe nucleuslarındaki nöronların aktivitelerinin inhibe olması ile serotonin sentezi ve serotonerjik işlev azalır. Böylece, benzodiazepinler santral sinir sisteminde serotonerjik işlevi dolaylı olarak azaltmak suretiyle anksiyolitik etkilerini gösterirler. (11)

Panik atağı ortaya çıkaran maddeler (panikojenler) arasında en çok çalışılanlar asit-baz dengesi ve kardiyopulmoner durum üzerinde fizyolojik etkileri olan ve belirgin nefes darlığına neden olan bir grup doğal bileşiktir. Bu grup içerisinde; sodyum laktat, %5-35'lik karbondioksit (CO₂), sodyum bikarbonat ve sodyum-D laktat yer almaktadır. Bu gruptaki bileşikler, nefes darlığı ve hızlı solumaya yol açtıklarından, panik bozukluğu hastalarında yanlış boğulma alarmı doğuran bir sistemle etkileşime girdikleri ileri sürülmektedir.(24,25)

b. Genetik etkenler:

Panik bozukluğunda ailesel kümelenme söz konusudur. Panik bozukluğuna yatkınlığın %33-44 civarında kalıtsal olduğu ileri sürülmektedir. (26-28)

Hastalığın ortaya çıkmasında ortak genetik etkenler dışında, içinde yaşanan çevrenin de olası etkisi göz önüne alınarak yapılan bu çalışmalarda, yaşam boyu panik bozukluğu görülme sıklığı sağlıklı kontrol grubunda %1-4 civarında iken, panik bozukluğu bulunan hastaların birinci derece akrabalarında ortalama %10.7 gibi daha yüksek düzeylere ulaşmaktadır.(29,30)

Özellikle agorafobi ile birlikte olan panik bozukluğunda ailedeki kalıtsal özelliklerin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bunun dışında, erken başlangıçlı olan, çocukluk ayrılma anksiyetesiyle birlikte olan ve solunum sistemi belirtileriyle birlikte olan panik bozukluğunda ailevi kalıtsal özelliklerin daha fazla etkili olduğu düşünülmektedir.(31)

Panik bozukluğunun birinci derece akrabalar arasında normal popülasyona göre dört-yedi kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.(32)

Monozigot ikizlerde eş-hastalanma oranı %31 olup dizigot ikizlerde eş-hastalanma saptanamamıştır. Araştırmalar, panik bozukluğunda genetik sorumluluğun %30 olduğunu, geri kalan riskten de özgül çevresel faktörlerin sorumlu olduğunu göstermiştir. (33)

c. Psikanalitik Kuram

Anksiyete:

Freud'un anksiyete ile görüşleri zaman içinde değişmiştir ve bu süreç 3 dönem olarak düşünülebilir.

1894'de yazdığı "Obsesyon ve fobiler" makalesi ile başlayan ilk evre oldukça karışık bir dönemdir. Bu dönem psikanalizin keşfinden, bilinçdışından hatta Oidipus ve çocuksu cinselliğin yorumlanmasından önceye denk düşer. Freud genel olarak kaygının bedensel ya da ruhsal libidonun boşalımını temsil ettiğini düşünür ve değişik nedenlerle olan ruhsal uyarı sonucunda bazen insan bedeninin kalp çarpıntısı, solunum zorluğu, titreme, terleme, açlık, ishal, baş dönmesi ve uyuşmalar gösterebildiğini, bunun adının da anksiyete nevrozu olduğunu belirtmiştir. (34,35)

İkinci dönem topografik modeli yaratması ve baştan çıkarma kuramını terk etmesi ile başlar. Artık terapotik amaç, unutulmuş yani bastırılmış anıyı ortaya çıkarmak değil, dürtüden köken alan bastırılmış yani bilinçdışı fantezileri ortaya çıkarmaktır. Yapısal modeli oluşturması ile ahlaki olarak kabul edilemeyen bilinç dışı cinsel ve saldırgan dürtüleri üstbenliğin (superego) bastırmaya çalıştığını ve ancak bastırmanın başarısızlığı sebebiyle kaygının ortaya çıktığını belirtir. (36)

Üçüncü dönemde ise Freud, anksiyetenin altbenlikten (id) kaynağını alan bilinçdışı dürtüler ile üstbenliğin cezalandırma tehdidi arasındaki ruhsal çatışma sonucunda ortaya çıktığını öne sürer ve bu kaygı nedeniyle benliğin savunma düzeneklerini devreye soktuğunu belirtir.

Panik bozukluğu:

Psikanalitik olarak panik bozukluğu kabaca iki şekilde formüle edilebilir: Bir tanesi hastaların nörobiyolojik olarak panik bozukluğuna hassasiyetleri olduğu ve bu hassasiyetin

yaşamın erken dönemlerinde bir tür çekingenliğe yol açtığı şeklindedir. Bu çekingenlikten dolayı çocukların var oldukları çevrelerde kendilerini yeterince güvende hissedemedikleri ve ebeveynlerinin sağlayacağı güvenlik duygusuna daha çok ihtiyaç duydukları ve böylece ebeveynlerine fazlaca bağımlı hale geldikleri düşünülür. Ancak bu güvenlik ihtiyacının karşılanamayacak kadar fazla olması sebebiyle, bu şartların tam olarak sağlanamayacağı ve bu durumun çocukları sürekli narsistik olarak kırılabilir ve hassas bir pozisyona soktuğu varsayılır. Çocukların hissettiği bu yetersizlikten dolayı kendilerini yeterince koruyamadıklarını düşündükleri ebeveynlerini yetersiz buldukları düşünülür. Böyle eğilimi olan bir çocuk, gerçekten ihtiyacı olan yeterince güvenlik duygusundan mahrum kalırsa ve /veya bu korkuları yatıştırmanın tersine pekiştirebilen, sakinleşmesine izin vermeyen bir ebeveynle sahip olursa, çocuk ebeveynine hem öfke duyacak hem bu sebeple suçlu hissedecektir. Sonuç olarak, içinde çok çatışmalı duyguların bulunduğu bir bağımlılık ilişkisi kurulmuş olacaktır.

İkinci açıklama; çocuğun gerçekten ihtiyacı olan beslenme, korunma, sakinleştirilme gibi olumlu yaşantıları yeterince deneyimleyememiş olması ile ilişkilidir. Bir bebeğin doğduğu andan itibaren ihtiyaçlarını karşılayan, kendisini koruyan, yeterli doyumunu sağlayan yani haz verici yaşantılar oluşturan ebeveynlerinin, özellikle annenin sağladığı imkânlarla olumlu deneyimlere sahip olduğu düşünülür. Bunun yanında örneğin acıktığında, karnı ağrıdığı ya da kaygı hissettiğinde de olumsuz deneyimleri olduğu; ancak olumlu deneyimlerin çokluğu ve doyuruculuğu ile yeterince iyi bir fiziksel ve ruhsal iyilik halinin sağlandığı varsayılır.

Bebeğin ilk deneyimleri yeterince olumlu değilse, bebeğin bağımlı olduğu ebeveynlerini kötü deneyimleyeceği, onlara karşı fazlaca öfke hissedeceği kabul edilir. Bu öfkenin, ebeveynlere zarar verme arzusunun doğuracağı ve henüz arzu ile eylemin “ayrı”lığını tasarımıyabilen bir çocuğun zihnindeki yok etme fantezilerinin gerçekleşebileceğinden ve ebeveynlerini kaybetmekten de korkmaya başlayacağı ve bunun için de suçluluk hissedeceği düşünülür. Bu şartlara, kontrolcü, özerkliğe ve mahremiyete izin vermeyen bir ebeveyn tutumu eşlik ederse, çocuğun ebeveyni yanında olmadığı kendi başına kalamayacağı ve kendisine yetemeyeceği hissini taşıması, ayrıca ebeveyninden ayrışma girişimlerinin hissedilen suçluluk duygusu ile daha da zorlaşacağı öngörülebilir. Bu kısır döngüde, bağımlılığın, hayal kırıklığı, öfke ve suçluluğun ebeveyn ile olan bütün önemli bağları tehdit edici yaşantılandığı ve çocuğun bağımlılığının pekiştiği varsayılır.

Bu bağımlılığın erişkin yaşamda iki farklı görünümü olduğu düşünülmektedir. Bazı bireylerin ayrılmak konusunda daha hassas ve duyarlı olduğu ve başkalarına bağımlı hale geldikleri, bazı bireylerin ise bilinçdışı bağımlılık ihtiyacından rahatsız oldukları, bağımlılık duygusunu başkaları tarafından yutuluyormuş ya da kontrol ediliyormuş gibi yaşantıladıkları ve bu sebeple yakın ilişkiden kaçındıkları varsayılır. Her iki durumda da terk edilme ya da yakınlaşma ihtimali ile canlanan kaygının savunma mekanizmalarını harekete geçirdiği, ancak yetersiz kalan savunmalar sebebiyle hastaların çaresizce bağlı hissettikleri kişiler hakkında, terk edilme ya da kapana kısırılma fantezileri sebebiyle üzüntü, öfke ve suçluluk hissetmeye eğilimli oldukları kabul edilir. Bütün bu karmaşık ve olumsuz duygu ve deneyimlerin rahatsız edici, başa çıkılmakta zorlanılan durumlar olduğu, sıklıkla kaçınılmaya çalışıldığı ve bu duygusal zeminin, hastayı psikik ve rahatsız edici alandan somatik alana yönelttiği düşünülür.

Freud'un da belirttiği gibi küçük dozda bir anksiyetenin -sinyal anksiyetesi- benliği (ego) psikolojik olarak anlamlı bir tehlikenin varlığı konusunda uyardığı ve savunma mekanizmalarını uyarıcı etki gösterdiği ve bu sürecin kişiyi kaldıramayacağı bir kaygı düzeyinden koruduğu kabul edilir. Bu döngünün bağımlılığı tetikleyen unsurlar olduğunda erişkinlikte tekrarlandığı varsayılır. Sonuç olarak panik bozukluğu hastalarında egonun sinyal anksiyetesinin fonksiyonunun gelişmemişliği ya da başarısızlığı sonucu öncelikle bastırmayı harekete geçirdiği ancak bastırma yeterince başarılı olamadığında benliğin yer değiştirme, karşıt tepki oluşturma, bedenselleştirme ve dışsallaştırma savunma düzeneklerini devreye soktuğu ve birçok bedensel semptomu olan ve başlangıcı kontrol edilemeyen panik ataklarının oluştuğu düşünülmektedir.(37-39)

5. Klinik Özellikler:

a. Panik atağı:

Panik atağı, beklenmedik bir anda ve kendiliğinden ortaya çıkan, nefes almada güçlük, çarpıntı, terleme, titreme, göğüs ağrısı, çıldırma ve/veya ölüm korkuları gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerin ön planda olduğu bir durumdur.

Hastalar panik atağı sırasında ileri derecede korku hissederler ve hastada aşırı bir uyarılma durumu vardır. Hastalarda şiddetli ölüm ya da öz denetimini yitirerek delirme korkusunun yanı sıra görülen fizyolojik belirtiler, otonom sinir sisteminin veya merkezi sinir sisteminin uyarılmasına bağlıdır. Nöbetler genellikle 5-10 dakikada en şiddetli hale ulaşır, sonra şiddeti azalarak 10-30 dakika sürer. Nadiren saatlerce sürebilir. O sırada hastaların

yapmakta oldukları etkinlikleri sürdürmesi güçleşmiş, çoğunlukla olanaksız hale gelmiştir. Çarpıntı, taşikardi ve baş dönmesi gibi tanı ölçütlerinde yer alan belirtiler hastalar tarafından en fazla bildirilen belirtilerdir. (3)

Beklenmeyen panik nöbetleri herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir ve herhangi bir tanımlanabilen durumla ilişkili değildir. Panik atakları yalnızca panik bozukluğunda görülmemekte, hemen her anksiyete bozukluğunda ve başka ruhsal bozuklukların seyri esnasında görülebilmektedir. Ancak panik bozukluğundaki panik atakların ayırt edici özelliği “kendiliğinden ve beklenmedik” olmalarıdır. (9). Bunun yanında sebepsiz ve beklenmedik zamanlarda yineleyen panik atakları, panik bozukluğun değişmeyen özellikleri olarak görülmektedir.(1)

Panik atağı hızla tıbbi yardım arayışına yol açar. Bu hastalar öncelikle acil servislere, daha sonra da sıklıkla kardiyolog ve nörologlara başvururlar. Temel başvuru yakınması o kişi için en korkutucu olan bedensel belirtidir; bu belirtiler çoğunlukla çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi olur.(3)

(1) DSM-IV Panik Atağı İçin Tanı Ölçütleri:

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

- (a) Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- (b) Terleme
- (c) Titretme ya da sarsılma
- (d) Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
- (e) Soluğun kesilmesi
- (f) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- (g) Bulantı ya da karın ağrısı
- (h) Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma

- (i) Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- (i) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- (j) Ölüm korkusu
- (k) Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
- (l) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Bütün diğer tanı ölçütlerini karşılayan ancak bedensel ya da bilişsel 4 semptomdan daha azı bulunan ataklar , “semptomları sınırlı olan ataklar” olarak adlandırılır. (12)

b. Beklenti anksiyetesi:

Panik atakları kişide, bir sonraki panik atağının ne zaman olacağı konusunda yoğun bir kaygılı beklenti hissi yaratmaktadır, bu durum “beklenti anksiyetesi” olarak adlandırılmıştır.

Beklenti anksiyetesinin üç ögesi vardır: (12)

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

c. Agorafobi:

Bazı hastalar zaman içinde beklenti anksiyetesinin de etkisi ile panik atağı yaşamaları halinde yardım alamayacakları ya da kaçıp kurtulmanın zor olacağı yer ve durumlarda bulunmaktan kaçınmaya başlarlar, bu duruma “Agorafobi” adı verilmiştir. Çoğu kez panik bozukluğuna ikincil olarak gelişen agorafobi bazen panik bozukluğu öyküsü olmadan da görülebilir.

Agorafobik kaçınma, kişinin zorlanacağını hissettiği herhangi bir yerden örneğin toplu taşıma araçlarından (metro , uçak, otobüs ,gemi vb), kalabalıktan (pazara, alışveriş merkezlerine, stadyuma, camiye gitmek), kapalı mekanlardan (tünel, köprü, asansör gibi), geniş caddelerden kaçınmasını gerektirebilir. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlidir ve kişi kaçındığı olaya/duruma girmeye zorlandığında panik atağı yaşayabilir (10). Agorafobi

kişiyi başkalarına ihtiyaç duyar hale getirebilir. Çok ağır etkilenmiş hastalar evden ayrılmayı ret edebilirler. (1)

Agorafobisi olan birçok olgunun, panik bozukluğu sonrasında geliştiği düşünülür. Panik bozukluğu tedavi edildiğinde agorafobi sıklıkla zamanla düzelebilir. Panik bozukluğu olmadan agorafobi kişinin yaşamını kısıtlayıcıdır ve süregendir: depresif bozukluklar ve alkol bağımlılığı sıklıkla eşlik eder. Panik bozukluğu olmadan agorafobi ayırıcı tanısı anksiyete ya da depresyona yol açabilecek bütün tıbbi bozuklukları kapsar.

Birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi panik bozukluğunda da tanı ölçütleri içinde yer almayan ya da eşik altında kalan belirtilerin bulunduğu bir “panik-agorafobi spektrum” u tanımlanmıştır.(40)

Agorafobi kişinin sosyal ve iş yaşamında zorluklar yaratarak, toplumsal ve mesleki işlevsellikte oluşan kaybın önemli bir nedenidir. (41,42)

(1) DSM-IV Agorafobi Tanı Ölçütleri:

(a) Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağının ya da panik benzeri semptomların çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. 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 atağı 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 (utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), obsesif kompulsif bozukluk (bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), travma sonrası stres bozukluğu (ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da

ayrılma anksiyetesi bozukluğu (evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukta daha iyi açıklanamaz. (12)

d. DSM-IV Panik bozukluğu için tanı ölçütleri:

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

(a) Yineleyen beklenmedik panik atakları

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

(i) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

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

(iii) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

(2) Agorafobinin olması ya da olmaması

(3) Panik atakları bir maddenin (örn. Kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

(4) Panik atakları Sosyal Fobi (örn. Özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. Bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve psilikle karşılaşması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. Ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

NOT: Tam agorafobi yoksa “agorafobisiz panik bozukluğu”, varsa “agorafobili panik bozukluğu” adını alacaktır. (12)

e. Panik atağının başlangıcı:

Nörobiyolojik mekanizmalar panik bozukluğunun oluş mekanizmasını açıklayabilseler de henüz nasıl oluyor da panik atağı başlıyor sorusuna tatmin edici bir yanıt verilememiştir. Panik bozukluğu tanısı koyabilmek için panik atağının “beklenmedik” olması gerekliliği

bulunmaktadır. Ancak bu gereklilik panik atağının başlangıç anını nitelemektedir, bu durum beklenmedik panik atağı ile panik bozukluğun beklenmedik olması yönünde bir karışıklık içerebilir. Oysaki bu “beklenmedik” tanımı nedenselliğe gönderme yapan bir tanım değildir. Yapılan çalışmalar, hastanın geçirdiği ilk panik atağından önceki ay, daha önceki yıl ve özellikle erken çocuklukta ebeveyn kaybı gibi belirgin stres verici bir olay yaşadığını göstermiştir.(43-45) Birçok çalışma hastaların ilk panik atağının iş ya da yer değişikliği, mezuniyet, evlilik ya da doğum gibi belirgin bir stres verici olay ardından olduğunu göstermiştir.(46-48)

Wade (1993) ve arkadaşları, agorafobili panik bozukluğu hastalarında yaptıkları bir çalışmada hastaların % 43’ünde marital ya da ilişki problemleri gibi süreğen bir sorun alanı saptadılar. Araştırmacılar, hastaların stresör tarif etmeyen hastalara göre tedavi sonrasında belirtilerinin tekrarladığını göstermişlerdir. (49)

Bazı kişiler panik durumunu tetikleyen yaşam olaylarına karşı daha hassastır. Psikanalitik bakış açısına göre olayların bireysel anlamı -bilinçli ve bilinçdışı- ve olaya yanıt olarak tetiklenen duygu panik atakların gelişiminde temel role sahiptir.

Panik atağının başlamasını tetikleyen durumun öznelliğini kişisel özellikler de etkilemektedir. Bir çalışma agorafobili panik bozukluğu hastalarının çoğunluğunun atağın başlamasından önce kaygılı, utangaç ve bağımlı hissettiklerini ortaya koymuştur.(50) Klein de hastaların yarısının yaşamları boyunca ayrılık anksiyetesi yaşadıklarını ve panik atağının kendilerini savunmasız hissettiklerinde gerçekleştiğini tanımlamıştır. (51)

6. Eştanı

a. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar

Literatürde “Agorafobisiz panik bozukluğu” tanısı konulan hastaların oldukça seyrek bulunduğu ve panik atağının agorafobi gelişimini kolaylaştıran bir neden olduğunu düşünen ve bu sebeple panik bozukluğu ve agorafobinin iki ayrı hastalığın birlikteliğinden öte aynı hastalığın farklı kısımları olduğunu ileri süren çalışmacılar bulunmaktadır. (52)

Bununla birlikte bu sıklığın daha az olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur ve eş tanı oranları % 29-% 58,2 arasında bildirilmiştir. Ulusal Komorbidite Çalışmasında (National Comorbidity Survey) çalışmasında panik bozukluğu hastalarının % 50’sinde agorafobi

saptanmış(53), yine bir başka çalışmada aynı oran tekrar edilmiştir.(54) Agorafobinin varlığı panik bozukluğunun şiddetini, yeti yitimini ve eştanı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır. (52)

Anksiyete bozukluklarının kendi aralarında birlikteliği durumu da oldukça sık görülmektedir. Anksiyete bozukluğu hastalarının yaklaşık yarısının yaşam boyu iki ya da daha fazla bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı düşünülmektedir. (52)

Panik bozukluğu açısından bakılacak olunursa anksiyete bozuklukları arasında da eştanı oranları yüksektir ancak agorafobili panik bozukluğu hastalarında eşlik eden diğer anksiyete bozukluklarının araştırıldığı çalışmalardan farklı sonuçlar alınmıştır.

Anksiyete bozuklukları arasında panik bozukluğu ile en yaygın birlikteliğin yaygın anksiyete bozukluğu ile olduğu düşünülmektedir, %80 ile %20 arasında oran bildiren yayınlar bulunmaktadır. Panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları için eştanı oranları; sosyal anksiyete bozukluğu için % 10-40, özgül fobi için % 16-33, obsesif kompulsif bozukluk için %6-28, travma sonrası stres bozukluğu için %6 ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu için %7 olarak bildirilmiştir. (55-57)

Tüm psikiyatrik tanı grupları içerisinde panik bozukluğu ile en sık eştanı oranının major depresyon olduğu bildirilmiştir. 1993 yılında yayınlanan Münih izlem çalışmasında panik bozukluğu hastalarının yarısından fazlasında eştanı saptanmış, en sık olarak da major depresyon bildirilmiştir. Eş zamanlı birliktelik oranı % 30'larda düşünülürken, yaşam boyu eş tanı oranı % 55-60'a yükselmektedir. (58-61)

Panik bozukluğu ile depresyonun başlangıç zamanları ile ilgili yazında çeşitli görüşler bulunmaktadır. Epidemiyolojik Alan Çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area), katılımcıların %30'unda ilk olarak ortaya çıkanın panik bozukluğu olduğu, %30'unda depresyonun daha erken başladığı, kalan % 40'ında ise eş zamanlı ortaya çıktıkları saptanmıştır(62). Bu bulguyu destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır.(63) Ancak bazı çalışmacılar hastaların üçte ikisinde ilk olarak başlayanın panik bozukluğu olduğunu ileri sürmüşlerdir.(64) Eş zamanlı panik bozukluğu ve depresyon birlikteliğinde ruhsal belirtilerin şiddeti daha fazla olmakta, belirtiler daha uzun sürmekte, işlevsellik daha fazla bozulmakta, tedaviye yanıt azalmakta ve intihar riski yükselmektedir. (65)

Panik bozukluğu hastalarında alkol ve madde kullanımı da görölmektedir. Epidemiyolojik Alan Çalışmasına göre bu oran % 36'dır, sık olarak alkol- madde kullanımı panik bozukluğuna ikincildir ve çoğunlukla self-medikasyon olarak yorumlanır. (66,67)

Bazı yazarlar aksinin de olabileceğini, alkol madde kullanımının daha önce başlayabileceğini öne sürmüşlerdir. (68)

b. Eşlik eden genel tıbbi durumlar

Panik bozukluğunun zorunlu bileşeni panik atağının birçok genel tıbbi durumda da görülmesi tanı aşamasında diğer tüm tıbbi durumları dışlamayı gerektirmektedir.

Tablo 1: Panik Ataklarının Görüldüğü Genel Tıbbi Durumlar

Kesilme sendromu (alkol, benzodiazepin, barbitürat)
Entoksikasyon (alkol, benzodiazepin, amfetamin, kafein, kokain)
Endokrin hastalıklar
Hipertiroidi
Hipoglisemi
Feokromositoma
Hipoparatiroidi
Cushing hastalığı
Kalp hastalıkları
Paroksizmal supraventriküler taşikardi
Anjina pectoris
Mitral valv prolapsusu
Solunum sistemi hastalıkları
Bronşiyal astma
Pulmoner emboli
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
Nörolojik hastalıklar
Geçici iskemik atak
Parsiyel kompleks nöbetler
Migren
Menapoz
Anemi

Bütün bu bulguların ışığında panik bozukluğu tanısı konulmuş hastaların daha önce yapılmamışsa mutlaka genel tıbbi durum açısından sorgulanması gerektiği söylenebilir.

B. ÇOCUKLUK ÇAĞI YAŞANTILARI

Psikiyatrik bozuklukların etiolojisinde hem genetik hem de çocukluk çağı yaşantıları gibi çevresel faktörlerin rolü olduğu uzun yıllardır kabul edilmektedir. Hatta çevresel faktörlerin genetik yatkınlık ile neredeyse eşit oranda etkili olduğunu öne süren çalışmalar da bulunmaktadır. (69)

Örneğin panik bozukluğu konusunda, tek başına genetik yapının rolünün yaklaşık % 25-35 olduğu düşünülürken, çevresel faktörlerin katılımı ile bu oranın % 70'lere çıkabileceği öne sürülmüştür. (70)

1. Çocukluk çağı travmaları:

a. Tanım:

Çocukluk çağı travması, 18 yaşından önce maruz kalınan cinsel, fiziksel ve duygusal kötüye kullanım ve duygusal ve fiziksel ihmalin yanı sıra ebeveyn ya da bakım verenin kaybı, boşanma, ayrılık, şiddete tanıklık, göç, kaza ve doğal afet şeklinde olabilir.(71)

Duygusal kötüye kullanım, çocuk ya da ergenin, duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede aşağılanmış hissetmesine, sözel tehdide veya küçük düşürücü yorumlara ve küfür edilmek gibi fiziksel olmayan saldırılara maruz kalmasıdır.(72)

Fiziksel kötüye kullanım, bireyin 20 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramasıdır. Kişi bunu kardeş rekabeti gibi aile içinde olan bir tür çatışma olarak deneyimlemiş olmamalıdır.(73)

Cinsel kötüye kullanım, bir kişinin kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından cinsel organının uyarılması, okşanması, çocuğa cinsel organın gösterilmesi veya çocuğun kendi cinsel organını göstermeye zorlanması, vajinal veya anal ilişkiye girilmesi ya da çocuğun pornografi aracılığıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanır.(72,73)

Duygusal ihmal, bir çocuğun özel ve seviliyor olduğunu hissedememesi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır.

Fiziksel ihmal ise çocuğun beslenme, güvenlik, temizlik, tıbbi tedavi gibi fiziksel bakımının yapılmamasıdır.(72)

b. Çocukluk çağı travmalarının genel psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi:

Çocukluk çağında deneyimlenen travmatik yaşantıların major depresyon, anksiyete bozuklukları(74,75),şizofreni(76), intihar etme davranışı, umutsuzluk, madde ve alkol kullanımı (77) ve disosiyasyon (78) gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceği birçok çalışmada gösterilmiştir. Travmatik yaşantının alt tipleri olan çocukluk çağı duygusal kötüye kullanım ve duygusal erişkin kadınlarda artmış kaygı düzeyi, depresif ve bedensel semptomlarla ilişkili olabileceği de başka çalışmalarda belirtilmiştir. (79-82)

Bir grup genç kadın ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağında fiziksel kötüye kullanımın (Fkötüye kullanım) artmış saldırganlık ile, cinsel kötüye kullanımın uygunsuz cinsel davranışlar ile, duygusal kötüye kullanımın ise düşük kendilik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. (83)

Bir başka çalışmada, duygusal ihmal (Dİ) öyküsü olan kadınların fiziksel kötüye kullanım öyküsü olan kadınlara göre erişkin bağlanma stili, anksiyete, depresyon, bedenselleştirme ve paranoya gibi farklı alanlarda daha fazla sorun yaşadıkları bildirilmiştir.(84)

Briere and Runtz (1988) bir başka çalışmalarında annenin fiziksel kötüye kullanımının kişilerarası hassasiyet ve disosiyasyon ile babanın duygusal kötüye kullanımının ise bunlara ek olarak anksiyete, depresyona yol açtığını ifade etmişlerdir. (85)

c. Anksiyete bozuklukları ile ilişkisi:

Anksiyete bozuklukları açısından bakılacak olursa; cinsel kötüye kullanımın erişkin yaşamda yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu riskini arttırdığını gösteren çalışmaların yanında (86,87), panik bozukluğu hastalarında geçmiş cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsünün sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu hastalarına göre daha yüksek oranlarda olduğunu (88) ve yine panik bozukluğu hastalarında aile içi şiddet öyküsünün kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır.(89)

Bunun yanında yakın tarihli bir çalışmada yaşam boyu travmatik deneyime maruz kalmanın genel olarak psikiyatrik morbiditeyi arttırabileceği ancak çocukluk çağı travmasının

(ÇÇT) diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha fazla sıklıkla panik bozukluğu ile ilişkili olduğunu öne sürülmüştür.(90)

Literatürde bu çalışmaların yanında anksiyete bozuklukları içerisinde herhangi bir alt grupta cinsel kötüye kullanım'ın anlamlı olarak farklı bulunmadığını (91), benzer şekilde taciz, tecavüz, yaralanma veya ölüme tanık olmak, doğal afetler gibi geçmiş travmatik yaşantıların anksiyete bozukluğu hastaları arasında anlamlı fark oluşturmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. (92)

d. Panik bozukluğu ile ilişkisi:

Bildiğimiz kadarı ile yazında panik bozukluğunda çocukluk çağı travmasını kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları alt tipleriyle araştıran iki yayın bulunmaktadır. Bonevski ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada araştırmacılar 40 panik bozukluğu hastasını 40 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmışlardır. Kontrol grubuna göre panik bozukluğu hastalarında cinsel kötüye kullanım ve fiziksel ihmal alt ölçeklerinde fark saptanmazken, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal alt ölçeklerinde panik bozukluğu lehine anlamlı fark bulunmuştur. Panik bozukluğunun şiddeti ile yapılan korelasyonda hem duygusal ve fiziksel kötüye kullanım hem de duygusal ihmal yaşantılarının belirti şiddeti ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır. (93)

Seganfredo ve arkadaşlarının Brezilya'da 2009 yılında yaptığı çalışmada ise sağlıklı kontrol grubuna göre panik bozukluğu hastalarında yalnızca duygusal kötüye kullanım anlamlı olarak fazla bulunmuştur. (94)

2. Ebeveyn İlişkileri:

Psikanalitik teorinin de tanımladığı gibi çocukluk çağında yaşanan deneyimlerin, erken nesne ilişkilerinin ve ebeveyn özelliklerinin bireysel psikolojik gelişim ve kişilik üzerine etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu ilişkilerin bireyin içsel dünyası olarak içselleştirildiği ve gelecek ilişkilerde model oluşturduğu düşünülür. (95) Bazı yazarlar birincil bakım veren ile ilişkinin panik bozukluğu gelişiminde en önemli bir role sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. (96,97,98)

1956 yılında 100 fobik hastada yapılan bir çalışmada, hastaların 77'sinde ebeveynlerin az şevkatli ve aşırı korumacı olduğu ve hastaların bu ebeveynler tarafından aşırı eleştirildiği öne sürülmüştür. Bu konuda daha sistematik olarak Parker ve arkadaşlarının ebeveyn bağlanma

ölçeği (PBI) kullanarak yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi ve agorafobi hastalarının ebeveynlerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha az özenli ancak daha fazla kontrolcü olduğu saptanmıştır. Ardından yapılan ve yalnızca agorafobik hastalarını sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştıran bir başka çalışmada bir önceki bulguyu doğrulamıştır. (99)

Bunun yanında bir başka çalışmada panik bozukluğu hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla oranda aşırı koruyucu anneye sahip oldukları tanımlanmıştır. Bazı yazarlar panik bozukluğu hastalarının kontrol grubuna göre ebeveynlerini daha az özenli ancak daha fazla aşırı korumacı bulduklarını ifade etmişlerdir. (96, 100,101)

Pacchierotti ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise panik bozukluğu hastalarının babalarını aşırı korumacı ancak daha az özenli tarif ettikleri, annelerini ise hem daha az özenli hem de daha az koruyucu olarak tanımladıkları öne sürülmüştür. (102)

Bir başka ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada ise; agorafobili panik bozukluğu hastalarının ebeveynlerini sağlıklı kontrol grubuna göre duygusal anlamda daha az sıcak ve annelerini -babalarını değil- daha reddedici olarak tarif ettikleri bildirilmiştir. (103)

3. Kişilik Özellikleri

Anksiyete bozukluğu olan erişkin bireylerle yapılan bir başka çalışmada panik bozukluğu hastalarının yaygın anksiyete bozukluğu hastalarına göre çocukluk çağlarında daha yüksek kronik anksiyete düzeyine sahip olduklarını bildirilmiştir. (104)

Literatürde daha sistematik çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Kleiner ve Marshall hastaların kişilik özelliklerini yapılandırılmış görüşme formu kullanarak araştırmışlar, bağımlılık öyküsünün girişken olmamakla ilişkili olduğunu ve hastaların kendilerini fazlaca sosyal kaygılı, olumsuz değerlendirmelerden korkan kişiler olarak tanımladıklarını bulmuşlardır. Bu hastalar aynı zamanda öfke ve eleştiri ile başa çıkmada zorluklar yaşayan ve başkalarına uyma eğilimi gösteren kişiler olarak tanımlanmıştır.(105)

Yapılan bir çalışmada panik bozukluğu hastalarının çocukluklarında kaygılı ve utangaç oldukları ve destekleyici olmayan ebeveynlere sahip oldukları ve sürekli olarak hayal kırıklığı ve kızgınlık ile sıkıntılı hissettikleri gösterilmiştir. Birçok hasta yetersizlik ve suçluluk duyguları hissettiğini belirtmiştir. Öfke, bu hastalarda öne çıkan ve rahatsız edici olarak yaşantılanan bir duygu olarak kaydedilmiş: hastaların bununla karşıt tepki oluşturma yolu ile ya da yap-boz mekanizması ile başa çıktığı belirtilmiştir.(106)

Payne Whitney Clinic'te yapılan panik atağına hassasiyeti ve atak başlangıcına neden olan yaşam olaylarını araştıran bir pilot çalışmada, iki eğitim analisti DSM III'e göre panik bozukluğu konulan alan 9 hasta ile görüşmüşlerdir. Bu görüşmeler kasete kaydedilmiş ve atakların başlamasından önceki yaşam olayları, öfkeyi kontrol edebilme kapasitesi, cinsellik alanında çatışma ve ebeveyn özellikleri değerlendirilmiştir.

Bütün hastalarda, kişinin hayatında önemli olan bir kişinin fiziksel ya da duygusal kaybı ya da mesleklerinde artan sorumluluk almalarının istenmesi gibi beklentiler düzeyinde bir değişiklik ya da bir kayıp saptanmıştır.

Dokuz hastanın yedisinde öfkenin kabulünde zorluk belirlenmiş, hastaların hiçbirinde cinsellik alanında çatışma saptanmamıştır. Hastalar ebeveynlerini kontrolcü, korkutucu, eleştirici, değişken (sağı solu belli olmayan) ve talepkar olarak tanımlamışlardır. Hastaların tamamı insan ilişkilerinde, yedi hasta ise işi ile ilgili zorluk yaşadığını ifade etmiştir.

Bu bilgiler, ışığında bazı kişilerin özellikle stresli yaşam olayları bağlamında panik atağı yaşamaya yatkın olduğunu ve travmatik yaşantı ve ebeveyn ilişkileri gibi çocukluk çağı deneyimlerinin panik bozukluğu etiyolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir.(107)

IV. AMAÇLAR

Bu çalışmada, DSM-IV'e göre Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı konan hastaların, duygusal, fiziksel, insel köyüye kullanım ve duygusal, fizksel ihmal gibi çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve ebeveyn ilişkilerinin, yaşam kalitesi ve hastalığın klinik özellikleri üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

V. HASTALAR VE YÖNTEMLER

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Genel Polikliniği ya da Acil Polikliniğe Ocak 2011 ve Eylül 2011 tarihleri arasında başvuran hastaların değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya DSM-IV'e göre Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı konan 18-45 yaşları arasındaki 32 olgu ile kontrol grubunu oluşturan ve yine aynı yaş aralığındaki 42 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 74 kişi alınmıştır.

Her iki katılımcı gruba aydınlatılmış onam formu verilip yazılı onayları ve çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.

A. ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ

1. Hasta Grubu

Çalışmaya DSM-IV'e göre Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı konan 18-45 yaş arası 32 gönüllü olgu alınmıştır.

Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısının konulması ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların saptanması için yapılan klinik görüşmede hastalara yarı-yapılandırılmış görüşme formu yanında DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version) (SCID-I/CV) (108), Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ)(109), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) (110), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) (111) ve Sheehan Yetiyitimi ölçeği (SYÖ) (112); ardından da Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇTÖ) (113,114), Anne Babaya İlişkin Görüşler Ölçeği (PBI) (115) ve Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form (Q-LES-Q-SF)(116) uygulanmıştır

a. Çalışmaya alınma ölçütleri

- (1) SCID ile panik bozukluğu tanısının konulmuş olması
- (2) 18-45 yaş arasında olma,
- (3) Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olma,

(4) Herhangi bir tedavi altında olmamak ve en az 1 ay süresince psikotrop ilaç almamış olmak (fluoksetin için 6 hafta).

b. Dışlanma ölçütleri

- (1) SCID ile panik bozukluğu dışında I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı konulması,
- (2) Akut ya da kronik fiziksel bir hastalığın (neoplastik, endokrin ve immün bozukluklar, enfeksiyon, epilepsi ya da herhangi bir nörolojik hastalık, bilinç kaybı ile giden geçirilmiş kafa travması vb.) olması,
- (3) Son 1 yıl içinde EKT yapılmış olması,
- (4) Son 1 yıl içinde bilişsel-davranışçı tedavi uygulanmış olması

2. Kontrol Grubu

Çalışmaya kontrol grubunu oluşturan 18-45 yaş arası 42 gönüllü olgu alınmıştır. Kontrol grubu herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan ve SCID-NP (Structured Clinical Interview for DSM Axis-1 Disorders- nonpatient- SCID- NP) uygulanarak I. Eksen tanısı konulmayan gönüllülerden oluşturulmuştur. Kontrol grubu yaş ve cinsiyet yönünden olgu grubu ile eşleştirilerek oluşturulmuştur. Yapılan klinik görüşmede yarı-yapılandırılmış görüşme formu, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) (110), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)(111) ve Sheehan Yetiyitimi Ölçeği (SYÖ) (112); ardından da Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇTÖ)(113,114), Anne Babaya İlişkin Görüşler Ölçeği (PBI)(115) ve Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form (Q-LES-Q-SF)(116) uygulanmıştır

a. Çalışmaya alınma ölçütleri

- (1) SCID-NP (Structured Clinical Interview for DSM Axis-1 Disorders- nonpatient- SCID-NP) uygulanması ile I. Eksen psikiyatrik tanı konulmamış olması,
- (2) 18-45 yaş arasında olma,
- (3) Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olma.

b. Dışlanma ölçütleri

(1) Akut ya da kronik fiziksel bir hastalığın (neoplastik, endokrin ve immun bozukluklar, enfeksiyon, epilepsi ya da herhangi bir nörolojik hastalık, bilinç kaybı ile giden geçirilmiş kafa travması vb.) olması

Araştırmacılar tarafından geliştirilen Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu Ek-1’de verilmiştir. Uygulanacak tüm ölçekler Eklerde sunulmuştur.

B. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

1. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version) (SCID-I/CV): Hastalarda DSM-IV’e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanımlarını araştırmak için klinisyenin uyguladığı yarı- yapılandırılmış klinik görüşme aracıdır. Bu çalışmada Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısının konulması ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların saptanması için hastalara uygulanmıştır.(108, 118)

2. Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ): Shear ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. 2000 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. PBŞÖ yedi sorudan oluşan bir ölçek olup, panik bozukluğun şiddetini, panik atağı sıklığını, sınırlı belirti episodlarının sıklığı, beklenti anksiyetesinin şiddetini, agorafobik kaçınmayı ve işlevsellikteki bozulmayı ölçmektedir. Her bir soru 1’den 4’e kadar puanlanmakta ve toplam puan panik bozukluğu şiddetini göstermektedir. (109, 119)

3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Kısa Form (Childhood Trauma Questionnaire) (CTQ-28): 1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, aynı araştırmacı tarafından 28 maddeye indirilmiştir.(113,114)

Sınır kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilmiştir.(120) Başka bir araştırmada ise test-yeniden test değerleri yüksek tutarlılık göstermiştir. (121) Ölçek Türkiye’de konversiyon bozukluklarında (122), sınırda kişilik bozukluklarında (123), disosiyatif bozukluklarda ve şizofrenide (124) kullanılmıştır.

Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve sözlü şiddeti değerlendiren sorular içeren ölçeğin fiziksel, duygusal, cinsel istismar, fiziksel, duygusal ihmal ve toplam puan olmak üzere altı alt kategorisi bulunmaktadır. Beş alanda toplam puan veren ölçeğin kategorik değerlendirmesi Walker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.(125)Bu ölçekte katılımcılardan ‘Hiçbir zaman, nadiren, zaman zaman, sıklıkla,

çok sık olarak' yanıtlarından birini seçmeleri istenmiş ve puanlar kodlanarak hastalar kötüye kullanım/ ihmal gruplarına alınmışlardır.

4. Ebeveyn Bağlılık Ölçeği (Parental Bonding Instrument)(PBI):

Parker ve arkadaşları tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçek, katılımcının anne ve babasıyla kurulan ilişki örüntüsünü algılayışını ölçmek amacıyla (126) Geriye dönük olarak değerlendirilen ölçek temel olarak ilgi (care) ve kontrol/aşırı koruma (control/ overprotection) faktörlerini içermektedir. Anne ve baba için ayrı ayrı değerlendirilen ölçek için katılımcıdan yaşamının ilk 16 yılını düşünerek, ölçekteki her bir ifadenin anne ya da babasının kendisine ilişkin davranışlarını ne kadar yansıttığını belirtmesi istenmektedir. Ölçek Likert tipi bir ölçek olup, katılımcının "tamamen böyleydi, kısmen böyleydi, kısmen böyle değildi ve hiç böyle değildi" seçeneklerinden birini seçmesi beklenmektedir.

25 maddeden oluşan ölçeğin ilgi boyutunda toplam 12 madde yer almakta (puanlar 0-36 arasında değişmekte) ve yüksek puan sıcak, anlayışlı ve kabul edici olarak algılanan, düşük puan ise soğuk ve reddedici olarak algılanan ana babayı yansıtmaktadır. Kontrol/aşırı koruma boyutunda 13 madde bulunmakta (puanlar 0-39 arasında değişmekte) ve yüksek puanlar aşırı kontrolcü ya da özerkliğe izin vermeyen ana baba algısına işaret etmektedir. İlgi ölçeğinin puanlanmasında 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24 ve 25. maddeler; kontrol/aşırı koruma ölçeğinin puanlanmasında ise 8, 9, 10, 13, 19, 20 ve 23. maddeler tersine (0-3) kodlanmaktadır.

PBI'dan elde edilen iki faktörlü yapı iki ayrı ölçek olarak değerlendirilmekte ve her alt-ölçekten ayrı ayrı toplam puan elde edilmektedir. İlgi boyutunda puan artışı, aşırı koruma/kontrol boyutunda ise puan azalması, algılanan yeterince olumlu anne baba davranışlarına işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Kapçı ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır.(127)

5. Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form (Q-LES-Q-SF)

Endicott ve arkadaşları tarafından 1993 yılında depresyon hastaları için geliştirilen kendi bildirimli bir ölçektir. (116)

Uzun formu toplam 93 maddeden oluşmakta, fiziksel sağlık ve aktiviteler, duygular, iş, ev işleri, okul veya kurs çalışmaları, boş zaman faaliyetleri, genel etkinlikler ve sosyal ilişkiler olmak üzere 8 yaşam alanını kapsamaktadır. Ayrıca ilaçlardan ve genel olarak yaşamdan memnun olma gibi alanlar birer soruyla değerlendirilir Yüksek puanlar yüksek hoşnutluk ve doyum düzeyini gösterir. 18 soruluk kısaltılmış formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları halen devam etmektedir.

6. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A):

14 maddeden oluşan ölçek klinisyenin değerlendirme esasına bağlıdır. Ruhsal ve bedensel anksiyete belirtilerini, dikkati, uyku düzenini değerlendiren maddeleri bulunmaktadır.

Ülkemiz için geçerlik güvenilirliği yapılmıştır.(110, 128)

7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):

Ölçek 1950'lerin sonunda depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir, HAM-A gibi klinisyenin değerlendirme esasına bağlıdır. Ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliği Akdemir tarafından 1996 yılında yapılmıştır. (111, 129)

8. Sheehan Yetiyitimi Ölçeği (SYÖ) (Sheehan 1984): 1984 yılında Sheehan ve arkadaşları tarafından mesleki etkinlikler, boş zaman uğraşları ile sosyal ve aile yaşamında görülen yeti yitimini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Katılımcı, her birine 0-10 arasında puan verdiği 3 alt ölçekten oluşan SYÖ, hastaların sorunlarının iş yaşamı, sosyal yaşam ve aile yaşamlarını ne kadar aksattığı veya kısıtladığını belirlemektedir.(112)

9. Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup katılımcının kişisel, ailevi bilgileriyle kliniğine ait bazı bilgiler edinilmiştir.

Tablo 2: Arastırma değişkenlerinin kısa tanımları

Değişken	Değişken Tanımı
Yaş	Hastanın görüşme tarihindeki yaşı
Cinsiyet	Hastanın cinsiyeti
Medeni durum	Hastanın görüşme tarihindeki medeni durumu
Eğitim süresi	Hastanın görüşme tarihi itibariyle bir eğitim kurumunda tamamlamış olduğu toplam eğitim yılı
Çalışma durumu	Hastanın görüşme tarihindeki çalışma durumu
Hastalık başlangıç yaşı	DSM-IV'e göre panik bozukluğu (agorafobili / agorafobisiz) tanı ölçütlerinin karşılandığı yaş
Hastalık süresi	Panik bozukluğunun (agorafobili / agorafobisiz) süresi
Tetikleyici faktör	Panik bozukluğunun başlangıcından önceki 6 ay içinde stres verici yaşam olayı olup olmadığı

C. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Veriler SPSS 15.0 for Windows programı ile değerlendirilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında sayısal değişkenler için t testi; kategorik değişkenler için 'ki-kare testi', gerekli olduğunda Fisher kesinlik testi (Fisher's Exact Test) testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda sayısal değişkenlerin dağılımının normal olmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi uygulandı. Hasta ve kontrol gruplarında travma ve aile ilişkilerini ölçen ölçeklerden elde edilen puanlara, grup etkisini istatistiksel anlamlılık üzerinden belirlemek üzere Çoklu Değişkenli Varyans Analizi (MANOVA) uygulanmış, istatistiksel anlamlılık sağlandıktan sonra, ölçeklerin alt ölçeklerine tek değişkenli (univariate) analiz uygulanarak F puanı hesaplanmıştır. Değişkenlerin arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacıyla Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Verilerin yorumlanmasında $P < 0.05$ esas olarak alınmıştır.

VI. BULGULAR

A. ÖRNEKLEM GRUBU

1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamında 22(%68.8) kadın ve 10 (%31.3) erkek DSM-IV'e göre Agorafobili / Agorafobisiz panik bozukluğu hastasının verileri değerlendirildi. Araştırma örnekleminin yas ortalaması 30.5 (18-45) yılıdır. Araştırmaya katılan hastaların ortalama eğitim süresi 10.5 (5-18) yılıdır. Araştırmaya katılan hastaların 16'sı (%50'i) bekârdır. Araştırma örnekleminin sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3: Araştırma örnekleminin sosyodemografik özellikleri

Değişken	Kadın (n: 22, %68.8)		Erkek (n:10, %31.3)		Toplam (n:31)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş	29.0	7.3	33.9	7.8	30.5	7.6	-1.7	0.11
Eğitim süresi	11.9	3.5	7.5	3.5	10.5	3.9	3.3	0.04
	n	%	n	%	n	%		
Medeni durum								
	Evli	11	(50)	5	(50)	16	(50)	
Çalışma durumu								
	Çalışıyor	11	(50)	7	(70)	18	(56.3)	
	Has. nedeni ile çalışmıyor*	0		1	(10)	1	(3.1)	
	Ev hanımı, öğrenci vb	11	(50)	2	(20)	13	(40.6)	

*:Hastalık nedeni ile çalışmıyor

2. Örneklemin Hastalık Bilgileri

Hastaların hastalık başlangıç yaşı (DSM-IV'e göre panik bozukluğu (agorafobili / agorafobisiz) tanı ölçütlerinin karşılandığı yaş) ortalaması 27,6 (SS: 7,4; 17-45) yıl olarak saptandı ve cinsiyete göre farklılık yoktu (t: -2; p:0,07). Hastaların 15 'i (%46,9) ilk başvuru idi, geri kalan 17 hastaya daha önce panik bozukluğu tanısı koyulmuştu.

Tablo 4: Örneklemin hastalık bilgileri

Değişken	Kadın (n: 22)		Erkek (n:10)		Toplam(n:32)		t testi	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Hastalık başlangıç yaşı	25.9	6.3	31.5	8.2	27.6	7.4	-1.9	0.07
Hastalık süresi(ay)	36.6	53.5	29.8	38.2	34.5	48.7	0.4	0.68
	n	%	n	%	n	%	χ^2 ve p	
İlk başvuru	12	(54.5)	3	(30)	15	(46.9)	1.6	0.26
Panik bozukluğu tanısı konulmuş	10	(45.5)	7	(70)	17	(53.1)		

a. Soygeçmiş Özellikleri:

Hastaların soygeçmiş özellikleri sorgulandığında, %25'inde birinci derece akrabalarında panik bozukluğu tanısı olduğu, ikinci derece akrabalar eklendiğinde bu oranın %40,6'ya yükseldiği saptanmıştır.

Tablo 5: Soygeçmiş özellikleri

	Var (%)	Yok (%)
1. derece yakınlarında PB	8 (25)	24 (75)
1. ve 2. derece yakınlarında PB	13 (40.6)	19 (59.4)

a. Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu:

Hastalara Agorafobili/ Agorafobisiz Panik bozukluğu açısından bakıldığında hastaların 20'sinde agorafobi saptanmıştır.

Tablo 6: Cinsiyetlere göre agorafobi varlığı tablosu

	Kadın (n=22)		Erkek (n=10)		Toplam (n=32)	
	n	%	n	%	n	%
Agorafobi						
Var	12	(54.5)	8	(80)	20	(62.5)
Yok	10	(45.5)	2	(20)	12	(37.5)

Agorafobili/ agorafobisiz panik bozukluğu hastaları Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI), Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği iş, aile ve sosyal yaşam alt grupları açısından karşılaştırıldığında agorafobili hasta grubunda, KGI ve Sheehan Yeti –Yitimi Ölçeği- sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları açısından fark saptanmamış olup, iş yaşamı ve aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar alt tiplerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 7: Agorafobili/ agorafobisiz grupta işlevsellik

Değişken	Agorafobili panik bozukluğu (n=20)		Agorafobisiz panik bozukluğu (n=12)		Mann-Whitney U	Z	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS			
KGI	5	1.1	5	0.9	91.0	-1.2	0.22
SYÖ							
İş	6.3	1.2	5.1	1.8	63.5	-2.2	0.02
Sosyal	6.0	1.1	5.0	1.7	79.0	-1.6	0.09
Aile	6.3	1.1	5.2	1.6	68.5	-2.0	0.03

KGI: Klinik global izlem ölçeği SYÖ: Sheehan Yeti yitimi ölçeği. Z puanı Mann-Whitney U testi kullanılarak elde edilmiştir.

Agorafobili/agorafobisiz panik bozukluğu hastaları karşılaştırıldığında, ağırlıklı toplam puan ($p=0.005$), duygusal kötüye kullanım ($p= 0.004$), fiziksel kötüye kullanım ($p=0.02$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, cinsel kötüye kullanım $p= (0.6)$, duygusal ihmal ($p=0.06$), fiziksel ihmal ($p= 0.4$) açısından fark saptanmamıştır Agorafobili/ agorafobisiz gruplara bakıldığında Q-LES-Q ve PBI alt grupları açısından fark saptanmamıştır.

Tablo 8: Agorafobili/ agorafobisiz grupta aile ilişkileri ve çocukluk çağı travması

Değişken	Agorafobili panik bozukluğu (n=20)		Agorafobisiz panik bozukluğu (n=12)		Mann-Whitney U	z testi	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS			
PBŞÖ	20.7	3.4	18.4	4.7	84.5	-1.3	0.16
CTQ-28	8.8	2.3	6.7	2.0	48.0	-2.8	0.005
Toplam							
Duygusal KK	9.7	4.0	6.0	1.2	48.0	-2.8	0.004
Fiziksel KK	7.0	3.3	5.0	0.2	73.0	2.2	0.02
Cinsel KK	6.3	2.7	6.5	4.5	111.0	-0.4	0.6
Duygusal İ	15.6	6.7	11.3	5.1	72.0	-1.8	0.006
Fiziksel İ	5.0	3.0	4.0	1.6	100.5	-0.8	0.4

PBŞÖ: Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Kısa form, KK: Kötüye kullanım, İ: ihmal. z puanı Mann-Whitney U testi kullanılarak elde edilmiştir.

c. Tetikleyici Yaşam Olayı:

32 hastanın 26'sında (%81.3) Panik bozukluğunun başlangıcından önceki 6 ay içinde stres verici yaşam olayı saptandı. Bu olaylar alt kategorilere göre gruplandığında hastanın duygusal olarak yakın hissettiği birinden ayrılığı ya da o kişinin kaybı % 46.9, evlilik % 9.4, hastalar arasında öğrencilerin bulunması sebebiyle girilecek bir sınavla ilgili kaygı %9.4, maddi sıkıntı %9.4 ve doğum % 6.3 oranında bulunmuştur.

Tablo 9: Cinsiyetlere göre tetikleyici neden dağılım tablosu

Tetikleyici neden	Kadın(n=22)		Erkek(n=10)		Toplam(n=32)	
	N	%	n	%	N	%
Var	17	(77.3)	9	(90)	26	(81.3)
Kayıp ya da ayrılık	9	(52.9)	6	(66.7)	15	(57.7)
Evlilik	3	(17.6)	0	0	3	(11.5)
Sınav kaygısı	3	(17.6)	0	0	3	(11.5)
Maddi sıkıntı	0	0	3	(33.3)	3	(11.5)
Doğum	2	(11.8)	0	0	2	(7.7)
Yok	5	(22.7)	1	(10)	6	(18.8)

B. KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRMA

1. Sosyodemografik Bilgiler

Yaş dağılımlarına bakıldığında panik bozukluğu olan hastaların yaş ortalaması 30.5, kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin yaş ortalamalarının ise 29.0 olduğu saptanmıştır. İki gruba ait yaş ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel bir fark olmadığı gözlemlenmiştir ($p=0.4$; $t=0.85$). Cinsiyet dağılımlarının oranlarına bakıldığında çalışma grubu içerisinde yer alan hasta bireylerin %68.8'inin kadın ($n=22$), %31.3'ünün erkek ($n=10$) olduğu; buna karşılık kontrol grubunda yer alan bireylerden %61.9'ının kadın ($n=26$), geriye kalan %31.8'inin ise erkek ($n=16$) olduğu görülmektedir. Bu değerler istatistikî olarak karşılaştırıldığında ise ele alınan örnekleme yer alan bireylerin cinsiyetleri arasında anlamlılık düzeyinde bir fark olmadığı görülmektedir ($\chi^2=0.373$; $p=0.6$). Çalışma ve kontrol grubu arasında eğitim durumları açısından istatistiksel bir farka rastlanmamıştır ($\chi^2=2.318$; $p=0.3$).

Tablo 10: Araştırma örnekleminin ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Değişken	Panik Bozukluğu (n=32)		Kontrol (n=42)		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş	30.5	7.7	29.0	7.4	0.8	0.4
	N	%	n	%	χ^2	
Cinsiyet						
Kadın	22	(68.8)	26	(61.9)	0.3	0.6
Erkek	10	(31.3)	16	(38.1)		
Eğitim						
İlköğretim	12	(37.5)	9	(21.4)	2.3	0.3
Lise	7	(21.9)	12	(28.6)		
Yüksek	13	(40.6)	21	(50)		

2. Yaşam Kalitesi:

Panik bozukluğu hasta grubunun yaşam kalitesi puanları kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptanmıştır. (t:-5.9; p=0.0001)

Tablo 11: Hasta ve kontrol gruplarının Q-LES-Q puanlarına göre karşılaştırılması

Q-LES-Q puanları	Panik bozukluğu		Kontrol		t	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Değişken						
Yaşam kalitesi	44.1	8.6	54.3	5.9	-5.9	0.0001

Q-LES-Q: Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form

Korelasyon:

Hasta grubunda Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği, Q-LES-Q, CTQ-28 ve PBI ölçeklerinin korelasyonuna bakıldığında Q-LES-Q ile PBŞÖ arasında, duygusal kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım, duygusal ihmal ve CTQ-28 ağırlıklı toplam puan arasında negatif korelasyon; baba ilgi/özeni ile de pozitif korelasyon saptandı.

Tablo 12: Yaşam kalitesi ile aile ilişkileri ve travma korelasyonu

	PBŞÖ	QLESQ
QLESQ	r= -0.41; p=0.01	1
Baba özeni	r= -0,21; p=0,2	r= 0,37; p=0.03
DKK	r= 0.21; p=0.2	r= -0.40; p=0.02
CKK	r= 0.29; p=0.1	r= -0.38; p=0.02
Dİ	r= 0.38; p=0.03	r= -0.36; p=0.03
Toplam	r= 0.24; p=0.1	r= -0.46; p=0.007

QLESQ: Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form, DKK: Duygusal kötüye kullanım, CKK: Cinsel kötüye kullanım, Dİ: Duygusal ihmal

3. Çocukluk Çağı Travması:

Panik bozukluğu ve kontrol grubu Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin tüm alt ölçekleri yönünden Çoklu Varyans Analizi (MANOVA) ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptandı (Wilks' Lambda = 0.79, p = 0.006). MANOVA ile istatistiksel anlamlılık sağlandıktan sonra, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin alt ölçeklerine tek değişkenli (univariate) analiz uygulandığında, iki grup arasında duygusal kötüye kullanım (F=11.97, p=0.001), fiziksel kötüye kullanım (F=5.05, p=0.02), cinsel kötüye kullanım (F=4.64, p=0.03), duygusal ihmal (F=11.42, p=0.001) ve fiziksel ihmal (F=4.03, p=0.04) alt ölçeklerinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ağırlıklı toplam puanı iki grup arasında t-testi ile karşılaştırılmış ve kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur.(t=4,60, p=0.0001)

Tablo 13: Hasta ve kontrol gruplarının CTQ-28 puanlarına göre karşılaştırılması

Wilks' Lambda = 0.79, p = 0.006						
	Panik bozukluğu (n=32)		Kontrol (n=42)			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	F-Value	p-Value
Duygusal KK	8.3	3.7	6	1.9	11.9	0.001
Fiziksel KK	6.3	2.9	5.2	1.1	5.0	0.02
Cinsel KK	6.4	3.5	5.2	1	4.6	0.03
Duygusal İ	14	6.4	9.8	4.3	11.4	0.001
Fiziksel İ	4.6	2.6	3.7	1.3	4.0	0.04

CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Kısa form , KK: Kötüye kullanım, İ: ihmal

Anne Baba İlişkileri:

Panik bozukluğu ve kontrol grubu Ebeveyn Bağlılık Ölçeği'nin tüm alt ölçekleri yönünden Çoklu Varyans Analizi (MANOVA) ile karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptandı (Wilks' Lambda = 0.87, F= 2.60, p= 0.04). MANOVA ile istatistiksel anlamlılık sağlandıktan sonra, Ebeveyn Bağlılık Ölçeği'nin alt ölçeklerine tek değişkenli (univariate) analiz uygulandığında, iki grup arasında Anne Bakımı alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanırken (F=9.39, p=0.003), Baba Bakımı alt ölçeğinde anlamlılık eğilimi olduğu belirlendi (F=3.45, p=0.067).

Tablo 14: Hasta ve kontrol gruplarının PBI puanlarına göre karşılaştırılması

Wilks' Lambda = 0.87, p = 0.04						
Panik bozukluğu (n=32)			Kontrol (n=42)		F-Value	p-Value
Ortalama	SS	Ortalama	SS			
PBI Anne						
İlgi/özen	22.0	9.4	27.9	7.0	9.3	0.03
Aşırı koruma/ kontrol	14.9	5.9	13.5	6.2	0.9	0.3
PBI Baba						
İlgi/özen	20.7	8.9	24.5	8.64	3.4	0.06
Aşırı koruma/ kontrol	14.0	6.8	12.7	6.7	0.7	0.3

PBI: Ebeveyn Bağlılık Ölçeği

4. Cinsiyetlere Göre Farklılıklar:

a. Kadın Cinsiyet

Çocukluk çağı travmatik deneyimleri, aile ilişkileri ve yaşam kalitesi puanlarını cinsiyetlere göre karşılaştırdığımızda; kadın panik bozukluğu hastalarında sağlıklı kadın gruba göre anne ilgi/özeni (z: -1,94; p:0,05), CTQ toplam puanı (z:-2,0; p:0,03), cinsel kötüye kullanım (z:-2,74; p:0,006), fiziksel ihmal (z:-2,74; p:0,006) ve yaşam kalitesi(z: -3,10; p:0,002) açısından kontrol grubuna göre anlamlı farklı bulundu.

Tablo 15: Cinsiyete göre hasta ve kontrol grubu karşılaştırması

Değişken	Panik bozukluğu Kadın (n=22)		Kontrol Kadın (n=26)		Mann-Whitney U	Z	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS			
PBI Anne							
Özen	21.7	10.9	27.7	7.8	192.0	-1.9	0.05
Aşırı koruma/kontrol	14.3	6.4	14.8	6.3	285.0	-0.02	0.9
PBI Baba							
Özen	22.1	8.3	23.5	9.4	254.5	-0.6	0.5
Aşırı koruma/kontrol	14.2	7.3	14.0	6.9	278.0	-0.1	0.78
CTQ-28 Toplam							
Duygusal KK	8.0	3.9	6.5	2.2	209.5	-1.6	0.09
Fiziksel KK	5.8	1.8	5.3	1.4	242.0	-1.3	0.1
Cinsel KK	6.8	4.1	5.3	1.2	217.0	-2.0	0.03
Duygusal İ	13.5	7.3	10.5	4.7	225.0	-1.2	0.2
Fiziksel İ	4.8	2.8	3.4	1.1	171.0	-2.7	0.006

PBI: Ebeveyn Bağlılık Ölçeği, CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Kısa form, KK: Kötüye kullanım, İ: ihmal.

b. Erkek Cinsiyet:

Çocukluk çağı travmatik deneyimleri, aile ilişkileri ve yaşam kalitesi puanlarını cinsiyetlere göre karşılaştırıldı. Erkek panik bozukluğu hastalarında sağlıklı erkek gruba göre anne ilgi/özeni ($z = -2.38$; $p = 0.01$), anne aşırı koruma/kontrol ($z = -2.0$; $p = 0.04$), baba ilgi/özeni ($z = -2.1$; $p = 0.03$), CTQ toplam puanı ($z = -3.6$; $p = 0.0001$), duygusal kötüye kullanım ($z = -3.1$; $p = 0.002$), fiziksel kötüye kullanım ($z = -2.68$; $p = 0.007$), duygusal ihmal ($z = -3.44$; $p = 0.001$) ve yaşam kalitesi ($z = -3.83$; $p = 0.0001$) açısından kontrol grubuna göre anlamlı farklı bulunmuştur.

Tablo 16: Cinsiyete göre hasta ve kontrol grubu karşılaştırması

Değişken	Panik bozukluğu Erkek(n=10)		Kontrol Grubu Erkek(n=		Mann- Whitney U	Z	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS			
PBI Anne							
Özen	22.7	5.2	28.2	5.6	35.0	-2.3	0.01
Aşırı koruma/kontrol	16.1	4.4	11.3	5.5	42.0	-2.0	0.04
PBI Baba							
Özen	17.6	9.9	26.1	7.1	40.0	-2.1	0.03
Aşırı koruma/kontrol	13.8	5.9	10.6	5.8	52.0	-1.4	0.1
CTQ toplam							
Duygusal KK	9.0	3.1	5.1	0.4	28.5	-3.1	0.002
Fiziksel KK	7.4	4.2	5.0	0	48.0	-2.6	0.007
Cinsel KK	5.5	1.0	5.0	0	64.0	-1.8	0.06
Duygusal İ	15.0	3.5	8.5	3.3	15.5	-3.4	0.001
Fiziksel İ	4.2	1.9	4.1	1.5	75.0	-0.3	0.7

PBI: Ebeveyn Bağlılık Ölçeği, CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Kısa form, KK: Kötüye kullanım, İ: ihmal.

VII. TARTIŞMA

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Genel Polikliniği ya da Acil Polikliniğe Ocak 2011 ve Eylül 2011 tarihleri arasında başvuran hastaların değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya DSM-IV'e göre eş tanı almayan Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı konan 18-45 yaş arası 32 olgu ile kontrol grubunu oluşturan ve yine aynı yaş aralığındaki 42 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 74 kişi alınmıştır. Çalışmamızda hasta grubunda sosyodemografik özellikler, hastalık özellikleri (hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastaların daha önce tanı alıp almadığı, soygeçmiş özellikleri, agorafobi varlığı, panik bozukluğunun başlangıcından önceki 6 ay içinde stres verici yaşam olayı olup olmadığı ve özellikleri) incelenmiştir. Kontrol grubu ile de çocukluk çağında kötüye kullanım ya da ihmal yaşantısı olup olmadığı, anne ve baba ilişkileri ve yaşam kalitesi derecesi karşılaştırılmıştır.

A. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

İki grubu sosyodemografik açıdan değerlendirdiğimizde yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. İki grubun demografik özelliklerinin benzer olması aralarında sağlıklı karşılaştırma yapılmasına olanak sağlamıştır.

Panik bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir, kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre iki -üç kat daha fazladır. Bizim çalışmamızda da literatür bilgisini destekler şekilde panik bozukluğu grubunun %68,8'ini kadın, %31,3'ünü erkekler oluşturuyordu.(16)

B. Klinik Özelliklerin Değerlendirmesi

1. Panik Bozukluğu Başlangıç Yaşının Değerlendirilmesi

Hemen her yaşta başlayabilen panik bozukluğu'nun başlangıç yaşı çok değişkendir. Genellikle geç ergenlikle otuzlu yaşların ortaları arasında başlayan hastalık için klinik örneklerde ortalama başlangıç yaşı 25 olarak bildirilmektedir. (17) Çalışmamızda hastaların hastalık başlangıç yaş ortalaması 27.6 yıl olarak saptandı, bu ortalama genel literatür ile uyumlu görülmektedir.

2. Agorafobili/ Agorafobisiz Panik Bozukluğu Gruplarının Değerlendirilmesi

Klinikte “Agorafobisiz panik bozukluğu” tanısı konulan hastaların oldukça seyrek bulunduğu ve panik atağının agorafobi gelişimini kolaylaştıran bir neden olduğunu düşünen ve bu sebeple panik bozukluğu ve agorafobinin iki ayrı hastalığın birlikteliğinden öte aynı hastalığın farklı kısımları olduğunu ileri süren çalışmacılar bulunmaktadır. Bununla birlikte eşanı oranlarını %29-%58,2 arasında bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda % 62,5 olarak bulduğumuz agorafobi varlığı literatür ile uyumlu görünmektedir. (41, 53, 54)

Agorafobi varlığının panik bozukluğu şiddetini, yeti yitimini ve eşanı oranlarını önemli ölçüde artırdığını belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır. (41, 42) Çalışmamızda agorafobisi olan hastaların sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları açısından bir farklılık bulmadık. Agorafobik hastaların yalnız kalma zorlukları ve yakınlarının yanında daha rahat hissettikleri düşünüldüğünde bu sonuç şaşırtıcı değildir.

Buna karşın hastaların özellikle iş yaşamlarında, aile yaşamı ve evdeki sorumluluklarında agorafobisi olmayan gruba göre yeti yitiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık. Agorafobinin özellikle çeşitli kaçınma davranışları ile ilintili olduğu ve sosyal sınırlayıcılığı düşünüldüğünde, aile ve iş yaşamında zorluklar yaratabileceği beklenebilir.

Bu iki grup çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırıldığında, agorafobisi olan grubun olmayan gruba göre CTQ-28 ağırlıklı toplam puanı, duygusal kötüye kullanım ve fiziksel kötüye kullanım puanları anlamlı derecede yüksek saptanırken, duygusal ihmal anlamlı olmaya eğilimli bulunmuştur. Cinsel kötüye kullanım ve fiziksel ihmal iki grup arasında farklı çıkmamıştır. Ebeveyn ilişkileri ve yaşam kalitesi karşılaştırıldığında hem anne hem baba özen/ilgi, aşırı koruyuculuk/ kontrol alt tipleri ve yaşam kalitesi de farklı bulunmamıştır.

Panik bozukluğunda bazı hastalarda agorafobi görülürken bazı hastalarda görülmemesi konusu literatürde net değildir ve sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmada çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin çocukluk çağında travma öyküsü olmayan ve erişkin yaşamda travmatik deneyimleri olan gruplara göre agorafobi ve panik bozukluğu açısından daha önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. (90)

Çalışmamızın verilerine dayanarak çocukluk çağında deneyimlenen kötüye kullanım ve ihmal yaşantılarının agorafobi ile ilişkili olduğu söylenebilir.

3. Tetikleyici Faktör Açısından Örneklemin Özellikleri:

Nörobiyolojik mekanizmalar panik bozukluğunun oluş mekanizmasını açıklayabilseler de henüz panik atağının nasıl başlıyor olduğu sorusuna tatmin edici bir yanıt verilememiştir.

Panik bozukluğu tanısı koyabilmek için panik atağının “beklenmedik” olması gerekliliği bulunmaktadır. Ancak bu gereklilik panik atağının başlangıç anını nitelemektedir, bu durum “beklenmedik panik atağı” ile panik bozukluğun beklenmedik olması yönünde bir karışıklık içerebilir. Tanı kriterlerindeki “beklenmedik” tanımı nedenselliğe gönderme yapan bir tanım değildir. Yapılan çalışmalar, hastaların büyük bir kısmında geçirdikleri ilk panik atağından önceki dönemde iş veya yer değişikliği, mezuniyet, evlilik ya da doğum gibi belirgin bir yaşam olayı ya da özellikle erken çocuklukta ebeveyn kaybı gibi stres verici bir olay yaşadığını göstermiştir. (43-49)

Bizim çalışmamızda da hastaların % 80’inin panik bozukluğunun başlangıcından önceki 6 ay içinde stres verici bir durum yaşadığı saptanmıştır. Bu yaşam olayları arasında her iki cinsiyette de en sık göze çarpan ebeveyn, akraba, sevgili ya da arkadaş gibi yakınlık hissedilen bir başkasının kaybı ya da o kişiden ayrılma tehlikesi durumudur. Bunun dışında hasta grubumuzda evlilik, doğum ve sınav kaygısı kadınlarda stresör olarak kaydedilmişken, erkeklerde maddi sıkıntı diğer bir neden olarak belirlemiştir. Özellikle kayıp ya da ayrılık tehdidi durumunun oldukça sık görülmesi literatür ile uyumlu olup, panik bozukluğu etiyojisine dair psikanalitik teoriyi de desteklemektedir.

4. Hasta ve Kontrol Grubunda Yaşam Kalitesi:

Çalışmamızda hasta grubunda panik bozukluğu hasta grubunun yaşam kalitesi puanları kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptanmıştır. Ayrıca hasta grubunda panik bozukluk şiddet ölçeği (PBŞÖ), yaşam kalitesi (Q-LES-Q), çocukluk çağı travması (CTQ-28) ve ebeveyn ilişkileri (PBI) puanlarının birbirleriyle korelasyonuna bakıldığında yaşam kalitesi ile PBŞÖ, duygusal kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım, ve CTQ-28 ağırlıklı toplam puan arasında negatif korelasyon; baba ilgi/özeni ile de pozitif korelasyon saptanmıştır.

Literatürde panik bozukluğu hastalarında yaşam kalitesi konusunda oldukça fazla sayıda yayın bulunmaktadır. Panik bozukluğunda yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsurların panik ataklarının şiddeti ve agorafobinin varlığı olduğu kabul edilmektedir. Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur. Bunun yanında geçmiş yaşantıların erişkin dönemdeki yaşam kalitesini etkileyebiliyor olduğu, yaşam kalitesinin, çocukluk çağında ebeveyn ilgi ve özeni varlığında olumlu, travmatik deneyimlerin varlığında ise olumsuz etkilendiği varsayılabilir. (130-133)

5. Panik Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travması ve Kontrol Grubu ile Karşılaştırma:

a. Hasta ve Kontrol Grubunda Cinsiyetler Arası Farklılık:

Çocukluk çağı travmatik deneyimlerini cinsiyetlere göre karşılaştırdığımızda; kadın panik bozukluğu hastalarında sağlıklı kadın gruba göre, CTQ toplam puanı, cinsel kötüye kullanım, fiziksel ihmal alt tipleri kontrol grubuna göre anlamlı fazla bulunmuştur. Erkek panik bozukluğu hastalarına bakıldığında ise CTQ toplam puanı, duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal alt puanları sağlıklı erkek grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır.

Bu bulgular literatürde tek örnek olan çalışmayla karşılaştırıldığında, Seganfredo ve arkadaşlarının Brezilya popülasyonunda yaptıkları çalışmada, kadın hastaların kontrol grubuna göre duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal alt puanlarının daha yüksek, erkek hastalarda ise kontrol grubu ile arasındaki tek farkın duygusal kötüye kullanım olduğunu belirtmiştir. (94)

Genel literatüre travmatik yaşantıların cinsiyete göre farklılıkları açısından bakıldığında; genel popülasyonda (134), depresyon(135), psikotik bozukluklar (136), iki uçlu bozukluk(137) gibi psikiyatrik bozukluklarda özellikle cinsel kötüye kullanım olmak üzere tüm kötüye kullanım ve ihmal alt tiplerinin kadınlarda daha sık bulunduğu birçok çalışmada bildirilmektedir. Bazı yazarlar erkeklerde fiziksel kötüye kullanım sıklığının kadınlara göre daha fazla olduğunu belirtmektedirler ancak bu konudaki veriler çelişkilidir. (138)

Bu açıdan bakıldığında bizim çalışmamızda kadın hastalarda cinsel kötüye kullanımın daha sık görülmesi literatür ile uyumlu görülmektedir. Erkek cinsiyete bakıldığında her iki

çalışmada ortak saptanan fiziksel kötüye kullanımın kontrol grubuna göre daha yüksek bulunması literatür ile benzeşmektedir.

Seganfredo ve arkadaşları çalışmasına alınan hasta sayısının saptanan verileri istatistiksel anlamda daha güçlü kıldığı söylenebilir, ancak o verilerin Brezilya popülasyonuna ait olması da farklılığı açıklayabilecek bir diğer etmen olabilir.

Yine de bu bulgular, erkek panik bozukluğu hastalarında bazı travmatik deneyimlerin genel popülasyon ve diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi kadınlardan daha az sıklıkta olmadığını ya da farklı travmatik alanlarda da olsa kadınlar kadar sıklıkta olabileceği şeklinde yorumlanabilir ancak hasta sayımızın azlığı daha net yorumlar yapmamızı güçleştirmektedir. Bu konuda daha kesin sonuçlara varabilmek için, daha büyük ve ayrıntılı hasta gruplarını kapsayan çalışmalara ihtiyaç vardır.

b. Hasta ve Kontrol Grubunda Cinsiyet Farkı Gözetmeksizin Farklılıklar:

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları açısından hasta ve kontrol grubunu cinsiyet farkı gözetmeksizin karşılaştırdığımızda çocukluk çağı travmaları ölçeğinin ağırlıklı toplam puanı ve duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım, duygusal ihmal ve fiziksel ihmalden oluşan tüm alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bildiğimiz kadarı ile yazında panik bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmasını kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları alt tipleriyle araştıran iki yayın bulunmaktadır. Bonevski ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada, panik bozukluğu hastalarında kontrol grubuna göre cinsel kötüye kullanım ve fiziksel ihmal alt ölçekleri açısından fark saptanmazken, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal alt ölçek puanları panik bozukluğu lehine anlamlı yüksek bulunmuştur. (93)

Seganfredo ve arkadaşlarının Brezilya’da 2009 yılında yaptığı diğer çalışmada ise sağlıklı kontrol grubuna göre panik bozukluğu hastalarında yalnızca duygusal kötüye kullanım anlamlı olarak fazla bulunmuştur. (94)

Bu çalışmaların yanında yakın tarihte yapılan yaşam boyu travmatik deneyime maruz kalmanın genel olarak psikiyatrik morbiditeyi arttırabileceği ancak çocukluk çağı travmasının diğer psikiyatrik bozukluklara göre özellikle panik bozukluğu ile ilişkili olduğunu belirten çalışmanın yanında (90), cinsel kötüye kullanımın erişkin yaşamda panik bozukluğu riskini

arttırdığını (69, 87), cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsünün sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer hastalarına göre daha yüksek oranlarda olduğunu (88) ve fiziksel kötüye kullanım olarak kabul edilebilecek aile içi şiddet öyküsünün kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğunu öne süren çalışmalar da bulunmaktadır.(89)

Bahsedilen çalışmaların aksine anksiyete bozuklukları içerisinde herhangi bir alt grupta cinsel kötüye kullanımın farklı bulunmadığını (91), benzer şekilde taciz, tecavüz, yaralanma veya ölüme tanık olmak, doğal afetler gibi geçmiş travmatik yaşantıların da anksiyete bozukluğu hastaları arasında anlamlı fark oluşturmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (92).

Bizim çalışmamızın sonucu olarak, panik bozukluğu hastalarının sağlıklı kontrollere göre çocukluk çağında deneyimlenen sözel tehdit gibi fiziksel olmayan yaşantılara, aile içi şiddet gibi fiziksel olan saldırılara, aile içinden ya da dışarıdan bir erişkin tarafından cinsel olarak kötüye kullanıma daha fazla maruz kaldığı söylenebilir. Bunların yanında saptanan bulgular, bir çocuğun öncelikle anne ve babasından beklediği beslenmek, seviliyor olduğunu hissetmek, desteklenmek, güvenliğin sağlanması, temizlik, tıbbi tedavi gibi ihtiyaçların karşılanması konusunda zorluklar yaşamış olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

6. Panik Bozukluğunda Anne-Baba İlişkileri ve Kontrol Grubu ile

Karşılaştırma:

a. Hasta ve Kontrol Grubunda Cinsiyetler Arası Farklılık:

Ebeveyn ilişkilerini cinsiyetlere göre sağlıklı kontroller ile karşılaştırdığımızda ise kadın panik bozukluğu hastalarında sağlıklı kadın gruba göre, anne ilgi/özen puanı daha düşük, erkek hastalarda ise erkek kontrol grubuna göre hem anne hem baba ilgi/özen puanları daha düşük, anne aşırı koruma/kontrol puanları ise daha yüksek saptanmıştır.

Seganfredo ve arkadaşları cinsiyetlere göre sağlıklı kontrol ile karşılaştırma sonucunda, kadın hastaların babalarını daha fazla koruyucu ve daha az ilgili olarak algıladıklarını, erkek hastaların ise annelerini daha fazla koruyucu olarak deneyimlediklerini bildirmiştir. (94)

Çalışmamızla ortak bulgu her iki çalışmada da erkek hastaların annelerini aşırı koruyucu olarak ifade etmeleridir. Bizim çalışmamızda farklı olarak hem erkek hem kadın hastalar annelerini az ilgili ve az özenli hissettiklerini bildirmişlerdir.

b. Hasta ve Kontrol Grubunda Cinsiyet Farkı Gözetmeksizin Farklılıklar:

Çalışmamızda ebeveyn ilişkileri açısından hasta ve kontrol grubunu cinsiyet farkı gözetmeksizin karşılaştırdığımızda panik bozukluğu hastalarının anne ilgi/özen puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Baba ilgi/özen puanının ise kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, istatistiksel olarak anlamlılığa yakın düzeyde kabul edilebileceği belirlendi.

Panik bozukluğu hastalarında hem anne hem baba aşırı koruma/kontrol puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır.

Literatürde bazı yazarlar panik bozukluğu etiolojisinde birincil bakım veren ile ilişkinin en önemli role sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. (96,97,98) Parker ve arkadaşlarının ebeveyn bağlılık ölçeği (PBI) kullanarak yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi ve agorafobi hastalarının ebeveynlerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha az özenli ancak daha fazla kontrolcü olduğu saptanmıştır.(139) Yalnızca agorafobik hastaları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştıran yapılan bir başka çalışmada (99) ve panik bozukluğu hastaları ile yapılan pek çok çalışmada ebeveynlerin daha az ilgili ve daha az özenli oldukları ancak daha fazla korumacı oldukları bulunmuştur. (96,100,101,107)

Anne baba farklılığına bakıldığında bu konudaki literatür çelişkilidir. Panik bozukluğu hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla oranda aşırı koruyucu anneye sahip olduklarını belirten çalışmaların yanında babaların aşırı korumacı ancak daha az özenli bulunduğu, annelerin ise hem daha az özenli hem de daha az koruyucu olarak saptandığı çalışmalar da bulunmaktadır.(102)

Seganfredo ve arkadaşları panik bozukluğu hastalarının hem anne hem de babalarını aşırı koruyucu olarak deneyimlediklerini bulmuştur. (94)

Seganfredo ve arkadaşlarının bulduğu anne ve babanın aşırı koruyucu ve kontrolcü olmaları sonucu, bizim çalışmamızla uyumlu görünmemektedir. Biz, anne ve babanın ilgi/özen puanlarının kontrol grubuna göre düşük olmasının panik bozukluğu hastalarında daha önemli bir belirleyici olduğunu saptadık.

Toplumsal ve kültürel olarak bakıldığında bizim toplumumuzda annenin, beslenme, temizlik, eğitim gibi günlük işlevler ile ilgili konularda çocuklarla doğrudan ilişki içinde olduğu, ev içinde genellikle babaya göre daha aktif bir konumda olduğu ve kültürel olarak

anneliğin batı toplumlarına göre daha yakın ilişkiler gerektirdiği söylenebilir. Yine toplumumuzda babalık, çoğunlukla çocukla babanın arasına bir mesafe koymayı ve bu alanın anne tarafından doldurulmasını öngörmektedir. Sonuç olarak bizim aile dinamiklerimiz düşünüldüğünde anneliğe dair zorlukların, hem maternal hem de paternal fonksiyonlarda sorunlarla ve eksiklikle sonuçlanacağı ve çalışmalar arası farkın bundan kaynaklanabileceği ileri sürülebilir. Panik bozukluğu hastalarında zaten az olan anne özeni, normalde fark edilmeyecek baba ilgisizliğini daha görünür ve hissedilir kılıyor olabilir. Ancak daha sistematik ve çok merkezli araştırmaların yokluğunda bu yorum sadece spekülasyon olacaktır.

Psikanalitik teori açısından bakıldığında, psikanaliz panik bozukluğu gibi erişkin yaşamdaki psikopatolojilerin kökeninin özellikle anne ve baba ile oluşturulan erken ilişkilerde olduğunu kabul etmektedir. Panik bozukluğunun etiyojisi hakkında teoride genel olarak iki farklı görüş bulunmaktadır. Özetle ilk görüş; doğuştan nörobiyolojik bir yatkınlıkla doğan bir çocuğun özellikle anne ile olan erken ebeveyn ilişkileri ile, ikinci görüş ise çocuğun ihtiyacı olan yeterince olumlu duyguları ebeveynleriyle gerçekten deneyimlememiş olması ile panik bozukluğuna yatkın hale geldiği şeklindedir. Her iki durumda da ebeveyn ilişkileri bir bebeğin gelişiminde hayati öneme sahiptir.

Bir bebeğin doğduğu andan itibaren ihtiyaçlarını karşılayan, kendisini koruyan, yeterli doyumunu sağlayan yani haz verici yaşantılar oluşturan ebeveynlerinin, özellikle annenin sağladığı imkânlarla olumlu deneyimlere sahip olduğu düşünülür. Bunun yanında örneğin acıktığında, karnı ağrıdığına ya da kaygı hissettiğinde de olumsuz deneyimleri olduğu; ancak olumlu deneyimlerin çokluğu ve doyuruculuğu ile yeterince iyi bir fiziksel ve ruhsal iyilik halinin sağlandığı varsayılır.

Doğuştan bir nörobiyolojik yatkınlıkla olsun ya da olmasın, bir bebeğin doğduğu andan itibaren ihtiyacı olan beslenme, korunma, sakinleştirilme gibi olumlu yaşantıları özellikle anneleriyle yeterince deneyimlememiş olması ile bebeklerin, var oldukları çevrelerde kendilerini yeterince güvende hissedemedikleri, ebeveynlerinin sağlayacağı güvenlik duygusuna daha çok ihtiyaç duydukları ve böylece ebeveynlerine, daha çok da annelerine fazlaca bağımlı hale geldikleri düşünülebilir. Ancak bu güvenlik ihtiyacının karşılanamayacak kadar fazla olması ya da ebeveynin gerçek yetersizliği sebebiyle bu şartların tam olarak sağlanamadığı durumlarda, çocukların sürekli narsisistik olarak kırılan ve hassas hissettiği varsayılabilir. Çocukların hissettiği bu yetersizlikten dolayı kendilerini yeterince koruyamadıklarını düşündükleri ebeveynlerini yetersiz buldukları düşünülür. Sonuç

olarak bir çocuk, gerçekten ihtiyacı olan yeterince ilgi ve güvenlik duygusundan mahrum kalırsa ve /veya bu korkuları yatıştırmanın tersine pekiştirebilen, sakinleşmesine izin vermeyen bir ebeveyne sahip olduğunu deneyimlerse, ebeveynine hem öfke duyacak hem bu sebeple kendisini suçlu hissedecektir. Sonuç olarak içinde çok çatışmalı duyguların bulunduğu bir bağımlılık ilişkisi kurulmuş olacaktır.

Özetlendiği gibi, bebeğin özellikle anne ile ilk deneyimleri yeterince olumlu değilse, bebeğin bağımlı hissettiği ebeveynlerini kötü deneyimleyeceği, onlara karşı fazlaca öfke hissedeceği kabul edilir. Bu öfkenin, ebeveyne zarar verme arzusunu doğuracağı ve henüz arzu ile eylemin “ayrı”lığını tasarımıyabilen bir çocuğun zihnindeki yok etme fantezilerinin gerçekleşebileceğinden ve ebeveynlerini kaybetmekten de korkmaya başlayacağı ve bunun için de suçluluk hissedeceği düşünülür. Bu kısır döngüde, bağımlılığın, hayal kırıklığı, öfke ve suçluluğun ebeveyn ile olan bütün önemli bağları tehdit edici yaşantılandığı ve çocuğun bağımlılığının daha da pekiştiği varsayılır.

Çalışmamızın verilerinde, özellikle anne olmak üzere her iki ebeveynin ilgi ve özeninin eksik olduğu düşünüldüğünde, yeterince özenli algılanamayan ebeveynlerin çocuğun -doğuştan yatkın olsun ya da olmasın- beslenme, temizlenme, korunma, sakinleştirilme ve sevilme gibi ilk deneyimlerini yeterince olumlu yaşamasını sağlayamadığı kabul edilebilir.

Erişkin yaşamda çalışmamızda da saptadığımız gibi terk edilme, kayıp, evlilik ya da doğum gibi ayrılma ve/veya yaklaşma ihtimalleri ile canlanan kaygının, savunma mekanizmalarını harekete geçirdiği, ancak yetersiz kalan savunmalar sebebiyle hastaların çocukluklarında olduğu gibi üzüntü, öfke ve suçluluk hissetmeye eğilimli hale geldikleri kabul edilebilir. Bütün bu karmaşık, olumsuz duygu ve deneyimlerin rahatsız edici, başa çıkılmakta zorlanılan durumlar olduğu, sıklıkla bu durumlardan kaçınılmaya çalışıldığı ve bu duygusal olarak karmaşık zeminin, hastayı psikolojik ve rahatsız edici alandan somatik alana yönelttiği varsayılabilir.

Klinik örneklemede gördüğümüz, bazı hastaların “beklenmedik” panik atakları ve atak sırasında deneyimledikleri ölme, aklını ya da kontrolünü yitirme korkusu sebebiyle gelişen agorafobi sonrasında, neredeyse tekrar “çocuk” oldukları, kendi başlarına sokağa çıkamadıkları, ebeveynlerinin, özellikle annelerinin bakımına, ilgisine muhtaç hale geldikleri, hatta bazı evli hastaların aileleri ile yaşamaya geri dönmeleri psikanalitik kuramla uyumlu görünmektedir.

VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Panik bozukluğu hastalarının çocukluk çağında deneyimlediği travmatik yaşantıların ve aile ilişkilerinin hastalığın fenomenolojisi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmayı hedefleyen çalışmamızın sonuçlarını özetlersek;

1. Hastaların %61'inde agorafobi saptanmıştır ve agorafobili hastaların yeti yitimi agorafobisi olmayan hastalar göre daha fazla bulunmuştur.
2. Agorafobisi olan hastaların olmayanlara göre; duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım, duygusal ihmal ve CTQ-28 ağırlıklı toplam puanı anlamlı yüksek saptanmıştır.
3. Hastaların % 80'inde panik bozukluğunun başlangıcından önceki 6 ay içinde stres verici yaşam olayı saptanmıştır. Bu yaşam olayları alt kategorilere göre gruplandığında en sık (%50) tetikleyici neden, duygusal olarak yakın hissettiği birinden ayrılık ya da o kişinin kaybı olarak bulunmuştur.
4. Panik bozukluğu hastalarının yaşam kalitesi kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptanmıştır.
5. Hastaların bugünkü yaşam kalitesi, çocukluk çağındaki duygusal, cinsel kötüye kullanım ve duygusal ihmal ile doğru orantılı, baba özeni ile de ters orantılı olarak korelasyon göstermektedir.
6. Panik bozukluğu hasta grubunda kontrol grubuna göre duygusal, fiziksel, cinsel kötüye kullanım, duygusal ,fiziksel ihmal ve ağırlıklı toplam puan anlamlı yüksek saptanmıştır.
7. Panik bozukluğu hasta grubunda kontrol grubuna göre anne ve baba özeni anlamı düşük bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile hem anne hem baba aşırı koruma/kontrol puanları daha yüksek saptanmıştır.
8. Cinsiyete göre baktığımızda kadın hasta grubunun kadın kontrol grubuna göre anne ilgi özeni daha düşük saptanmış, toplam travma puanı, cinsel kötüye kullanım ve fiziksel ihmal puanları daha yüksek saptanmıştır
9. Erkek hasta grubunun erkek kontrol grubuna göre, toplam travma puanı, duygusal, fiziksel kötüye kullanım ve duygusal ihmal puanları daha yüksek saptanmıştır

Bu çalışmada sonuçlar ile ilgili daha net yorumlar yapabilmemizi engelleyen hasta sayısının düşüklüğü önemli bir sınırlılık olmuştur. Bu konuda daha fazla hastayı kapsayan çok merkezli çalışmaların yapılması, ülkemiz ve dünya literatürüne önemli katkılar sağlayabilir.

IX. KAYNAKLAR

1. Kaplan & Sadock' s Comprehensive Textbook of Psychiatry (2007). Benjamin J. Sadock, MD Virginia A. Sadock, MD.
2. M. Bilgin Saydam, Panik Kavramına Psikomitolojik Değinmeler, Acı ve hışım: "Panik" kavramına psikomitolojik değinmeler. Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi, 2008; 1(1):22-35
3. Alkın T. Panik bozukluğu ve agorafobi. Tükel R (ed.) Anksiyete Bozuklukları. Ankara; Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, s.5-37.
4. Dinçmen K. Psykhiatria ve Mythos, 3.baskı. İstanbul; Scala Yayıncılık, 2001; s.52.
5. Weissman M. Diagnosis and epidemiology of panic disorder. Symposium: New Approaches in Anxiety States: Panic and Phobic Disorder.17. European Congress of Psychiatry, Association of Psychiatrists, Copenhagen, 1994
6. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, Ankara
7. Tükel R. Panik Bozukluğu, Klinik Psikiyatri Dergisi 2002; Ek 3: 5-13
8. Berrios GE: The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Pres. 1996
9. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacologia 5, 1964: 397-408.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) (DSM-IV), APA, 1994; Washington, DC.
11. Güleç C, Köroğlu E. Temel Psikiyatri Kitabı, 1.Cilt,1997, Ankara
12. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü baskı DSM-IV, Amerikan Psikiyatri birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E,Hekimler Yayın Birliği, (1995), Ankara
13. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Weismann MM. Panic and panic disorder in United States. Am J Psychiatry 1994; 151: 413-20.
14. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG ve ark. The cross-na-tional epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 305-9.
15. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP; eds. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms. London: Martin Dunitz; 1999.

16. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry*. 1993 Feb;150(2):246-9.
17. Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Jun;47(6):511-8.
18. Faravelli C, Paionni A. Panic disorder: clinical course, etiology and prognosis. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP; eds. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*. London: Martin Dunitz; 1999.
19. Goodwin RD, Hamilton SP The early-onset fearful panic attack as a predictor of severe psychopathology. *Psychiatry Research* 109 (2002) 71–79.
20. Ateşçi Ç, Karadağ F, Amuk T, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Panik bozukluğunda özkıyım düşünceleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:81-86.)
21. Cahill L. Neurobiological mechanisms of emotionally influenced, long-term memory. *Progress in Brain Research*, 2000; 126:29-37.
22. Stein DJ, Hollender E. *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington: The American Psychiatric Publishing, 2002; 237-287.
23. Topçuoğlu V, Karabekiroğlu A, Yazgan Ç. Panik bozukluğu provokasyon çalışmaları ve provokasyon ajanlarının farklılıkları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 197-205
24. Atalay ND, Bayraktar E: Panik Bozukluk. *Ege Üniv. Tıp Fakültesi Yayınları*, Ankara (1992), 123-128.
25. Page AC. Panik bozukluğunun doğası ve tedavisi. In: Kupher DJ ve Sartorius N (eds.), Şar V (Türkçe basım danışmanı) *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Opinion in Psychiatry)*, 2002; 4 (2):17-24
26. Hamilton SP, Slager SL, Helleby L ve ark. No association or linkage between polymorphisms in the genes encoding cholecystokinin and the cholecystokinin B receptor and panic disorder. *Molecular Psychiatry*, 2001; 6 (1):59-65.
27. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2001; 6 (4):465-470.
28. Kendler KS, Walters EE, Neale MC ve ark. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, GAD, panic disorder, bulimia, major depression and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1995; 52:374-378.
29. Gorwood P, Feingold J, Ades J. Genetic epidemiology and psychiatry (I) : scope and limitations of familial studies. Case of panic disorder. *Encephale*, 1999; 25 (1):21-29

30. Weissman MM (2000). Family genetic studies of panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157:493-505.
31. Goldstein RB, Wickramaratne P, Horwarth E ve ark. Familial aggregation and phenomenology of “early onset” (at or before age 20 years) panic disorder. *Archives of General Psychiatry*,1997; 54:271-278.
32. Tükel R. Panik bozukluğu; *Psikiyatri Dünyası*,1997; 1:12-17
33. Arısoy Ö (2004). *Psikiyatrik Genetik, Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 17(2): 109-125).
34. Freud S. Obsessions and Phobias (1894). Standard Edition, Volume III, London; Hogarth Press, 1986, s. 71-84.
35. Freud S. On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description “Anxiety Neurosis” (1895). Standard Edition, Volume III, London; Hogarth Press, 1986, s. 87-120.
36. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety (1926). Standard Edition, Volume XX. London; Hogarth Press, 1986, s. 75-120.
37. Klein M. Personification in the play of children, 1929. *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945*. New York: Delacorte, 1975, s. 199-209.
38. B. Milrod, F. Busch, A. Cooper, T. Shapiro: *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric press, Washington DC, 1997.
39. Gabbard GO: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, Fourth Edition, American Psychiatric Pub, 2005
40. Cassano GB,Michellini S,Sher MK,Coli E,Maser JD, Frank E. 1997. The panic agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assesment and treatment of subtle symptoms.*Am J Psychiatry*,1997 ; 54:27-37.
41. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;2:21-35.
42. Wittchen HU, Nocon A, Beesdo K, Pine DS, Hofler M, Lieb R, Gloster AT. Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychother Psychosom*. 2008;77(3):147-57. Epub 2008 Feb 14.
43. Faravelli C, Pallanti S: Recent life events and panik disorder. *Am J Psychiatry* 146:622-626, 1989
44. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1986 Nov;143(11):1424-7.

45. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Childhood parental loss and adult psychopathology in women. A twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Feb;49(2):109-16.
46. Faravelli C: Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affect Disord*. 1985 Jul;9(1):103-5.
47. Last CG, Barlow DH, O'Brien GT: Precipitants of agoraphobia: role of stressful life events. *Psychol Rep* 54:567-570, 1984
48. Solyom L, Beck P, Solyom C, Hugel R. Some etiological factors in phobic neurosis. *Can Psychiatr Assoc J*. 1974 Feb;19(1):69-78
49. Wade SL, Monroe SM, Michelson LK. Chronic life stress and treatment outcome in agoraphobia with panic attacks. *Am J Psychiatry*. 1993 Oct;150(10):1491-5.
50. Marks IM. Agoraphobic syndrome (phobic anxiety state). *Arch Gen Psychiatry*. 1970 Dec;23(6):538-53.
51. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*. 1964 Jun 8;5:397-408.
52. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;2:21-35.
53. Klein DF, Klein HM. The utility of the panic disorder concept. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1989;238(5-6):268-79. Review.
54. Wittchen HU, Reed V, Kessler RC. The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Nov;55(11):1017-24.
55. Chambless DL. The relationship of severity of agoraphobia to associated psychopathology. *Behav Res Ther* 1985; 23:305-310.
56. Péliissolo A, Lépine JP. [Acute anxiety attack. Diagnostic orientation and management in an emergency situation]. *Rev Prat*. 1998 May 1;48(9):1029-32.
57. Goisman RM, Warshaw MG, Peterson LG, Rogers MP, Cuneo P, Hunt MF, Tomlin-Albanese JM, Kazim A, Gollan JK, Epstein-Kaye T, et al. Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia. Data from a multicenter anxiety disorders study. *J Nerv Ment Dis*. 1994 Feb;182(2):72-9.
58. Wittchen HU, Essau CA. Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: is there epidemiologic evidence? *J Clin Psychiatry*. 1993 Jan;54 Suppl:9-15. Review

59. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, Wittchen HU, Andrade L, Essau C, Whitaker A, Kraemer H, Robins LN, Kupfer DJ. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *Br J Psychiatry Suppl.* 1996 Jun;(30):58-67.
60. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lépine JP, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997 Apr;54(4):305-9.
61. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety.* 1998;7(1):3-14.
62. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;(34):24-8.
63. Lydiard RB. Coexisting depression and anxiety: special diagnostic and treatment issues. *J Clin Psychiatry.* 1991 Jun;52 Suppl:48-54. Review.
64. Hunt C, Andrews G. Comorbidity in the anxiety disorders: the use of a life-chart approach. *J Psychiatr Res.* 1995 Nov-Dec;29(6):467-80
65. Dunner DL.(2001). Management of anxiety disorders:the added challenge of comorbidity.*Depress Anxiety;* 13:57-71.
66. Marshall JR. Alcohol and substance abuse in panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 1997;58 Suppl 2:46-9; discussion 49-50.
67. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen HU, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav.* 1998 Nov-Dec;23(6):893-907.
68. Katerndahl DA, Realini JP. Relationship between substance abuse and panic attacks. *Addict Behav.* 1999 Sep-Oct;24(5):731-6.
69. D.M. Fergusson, M.T. Lynskey, L.J. Horwood, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35 (1996) 1355–1364.

70. Hettrema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Feb;62(2):182-9.
71. Herman JL. *Trauma and Recovery*. 1992, New York, Basic Books.
72. Walker CE, Bonner BL, Kaufmann KL. *The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment*. 1988, New York, Pergamon Press.
73. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*,1991; 148: 55-61.
74. David D, Giron A, Mellman TA. Panic-phobic patients and developmental trauma. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(3):113-7.
75. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychol Med*. 2005;35(6):881-90.
76. Friedman S, Smith L, Fogel D, Paradis C, Viswanathan R, Ackerman R, Trappler B. The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord*. 2002;16(3):259-72.
77. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O'Brien N. Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse Negl*. 2007;31(4):393-415.
78. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 1999;156(3):379-85.
79. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl*. 2003;27(11):1247-58.
80. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*. 2006;68(1):129-35.
81. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):899-905.
82. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2011 May;25(4):467-73. Epub 2010 Nov 26.

83. Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357–364.
84. Gauthier, L., Stollak, G., Messe, L., & Aronoff, J. (1996). Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse & Neglect*, 20, 549–559.
85. Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse & Neglect*, 12, 331–341.
86. D.M. Fergusson, M.T. Lynskey, L.J. Horwood, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35 (1996) 1355–1364.
87. K.S. Kendler, C.M. Bulik, J. Silberg, J.M. Hettema, J. Myers, C.A. Prescott, Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis, *Arch. Gen. Psychiatry* 57 (2000) 953–959.
88. Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(7):453-6.
89. Bandelow B, Spath C, Tichauer GA, Broocks A, Hajak G, Ruther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry.*2002;43(4):269-78.
90. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Compr Psychiatry.* 2008;49(2):163-9.
91. Mancini C, Van Ameringen M, MacMillan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(5):309-314.)
92. Hofmann SG, Levitt JT, Hoffman EC, Greene K, Litz BT, Barlow DH. Potentially traumatizing events in panic disorder and other anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2001; 13(2):101-102.
93. Bonevski D, Novotni A. Child abuse in panic disorder. *Med Pregl.* 2008 Mar-Apr;61(3-4):169-72.
94. Seganfredo AC, Torres M, Salum GA, Blaya C, Acosta J, Eizirik C, Manfro GG. Gender differences in the associations between childhood trauma and parental bonding in panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009 Dec;31(4):314-21. Epub 2009 Aug 7.

95. Garland C. *Understanding trauma: a psychoanalytical approach*. 2 ed. London: Karnac Books; 2000.
96. C. Faravelli, C. Panichi, S. Pallanti, S. Paterniti, L.M. Grecu, S. Rivelli, Perception of early parenting in panic and agoraphobia, *Acta Psychiatr. Scand.* 84 (1991) 6–8.
97. J.F. Leckman, R. Feldman, J.E. Swain, V. Eicher, N. Thompson, L.C. Mayes, Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment, *J. Neural. Transm.* 111 (2004) 753–771.
98. R.L. Repetti, S.E. Taylor, T.E. Seeman, Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring, *Psychol. Bull.* 128 (2002) 330–366.
99. Silove D. Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients. *Aust N Z J Psychiatry.* 1986 Sep;20(3):365-9.
100. Wiborg IM, Dahl AA. The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96(1):58- 63.
101. Favaretto E, Torresani S. Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 1997;6(2):124-38.
102. Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni P. Attachment and panic disorder. *Psychopathology.* 2002;35(6):347-54.
103. Arrindell WA, Emmelkamp PM, Monsma A, Brillman E. The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: a controlled study. *Br J Psychiatry.* 1983 Aug;143:183-7.
104. Togerson S: Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 143: 630-632, 1986
105. Kleiner L, Marshall WL: A model of panic and agoraphobic development. *Acta Psychiatr Scand* 76:87-95, 1987
106. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):859-66.
107. Busch FN, Shear MK, Cooper AM, Shapiro T, Leon AC. An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1995 May;183(5):299-303.
108. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997

109. Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grochocinski V, Vander Bilt J, Houck P, Wang T. J Psychiatr Res. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. 2001 Sep-Oct;35(5):293-6.
110. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychology 1959; 32: 50-55.
111. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Sdc Clin Psychology 1967; 6: 278-296.
112. Sheehan D. The anxiety disease and how to overcome it. New York 1984. Scribner.
113. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am JPsychiatry 1994, 151:1132-1136.
114. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl 2003; 27:169-190.
115. Parker G. The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. Psychiatr Dev. 1989 Winter;7(4):317-35.
116. Endicott J, Nee J, Harrison W ve ark. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacol. Bull. 1993; 29: 321-326.
117. Sorias ve ark. DSM-III-R eksen 1 bozuklukları hasta olmayan kişiler için yapılandırılmış klinik görüşme formu Türkçe örneği. 1990.
118. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 233-36.
119. Monkul ES, Tural U, Onur E ve ark. (2004) Panic disorder severity scale: Reliability and validity of the Turkish version. Depress Anxiety, 20:8–16.
120. Aslan H, Alparslan ZN (2000) Initial validity and reliability of the Turkish version of the Childhood Trauma Questionnaire. Ann Med Sciences 9: 113-119.
121. Sar V, İslam S, Öztürk E (2009a) Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. Psychiatry Clin Neurosci. 2009 Oct;63(5):670-7. Epub 2009 Aug 10.
122. Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. (2004) Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry 161(12): 2271-6.

123. Sar V, Akyüz G, Kuğu N ve ark.(2006) Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry* 67: 1583-1590.
124. Sar V, Taycan O, Bolat N ve ark. (2009) Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*. 2010;43(1):33-40. Epub 2009 Nov 6.
125. Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, Vonkorff M, et al. Costs of health care by woman HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:609-613.
126. Parker G, Tupling H, Brown LB ve ark. (1979) A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol*, 52:1-10.
127. Kapçı E, Küçük S. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4):286-295
128. Yazıcı K, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:114-117.
129. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi*, 4:251-260.
130. Davidoff J, Christensen S, Khalili DN, Nguyen J, Ishak WW. Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Qual Life Res*. 2011 Sep 21. [Epub ahead of print]
131. Moitra E, Dyck I, Beard C, Bjornsson AS, Sibrava NJ, Weisberg RB, Keller MB. Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. *J Affect Disord*. 2011 Nov;134(1-3):373-6. Epub 2011 Jun 11.
132. Rodrigues H, Figueira I, Gonçalves R, Mendlowicz M, Macedo T, Ventura P.CBT for pharmacotherapy non-remitters--a systematic review of a next-step strategy. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):219-28. Epub 2010 Sep 21.
133. Watson HJ, Swan A, Nathan PR. Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*. 2011 May-Jun;52(3):265-72. Epub 2010 Sep 21.
134. Laaksonen T, Sariola H, Johansson A, Jern P, Varjonen M, von der Pahlen B, Sandnabba NK, Santtila P.Changes in the prevalence of child sexual abuse, its risk factors, and their associations as a function of age cohort in a Finnish population sample. *Child Abuse Negl*. 2011 Jul;35(7):480-90. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.004. Epub 2011 Aug 6.

135. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2008 Jul;33(6):693-710.
136. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:38–45.
137. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD ve ark. (2008) Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatr Serv* 59 (9): 1018-26
138. M.P. Thompson, J.B. Kingree and S. Desai, Gender differences in long-term health consequences of physical abuse of children: Data from a nationally representative study. *Am J Public Health*. 2004 Apr;94(4):599-604
139. Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP. The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychol Med*. 1997 Sep;27(5):1193-203.

X. EKLER LİSTESİ

EK 1: Panik bozukluğu yarı yapılandırılmış görüşme formu

EK 2: Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ)

EK 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği- Kısa Form (CTQ-28)

EK 4: Ebeveyn Bağlılık Ölçeği (Parental Bonding Instrument-PBI)

EK 5: Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form) (Q-LES-Q-SF)

EK 6: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

EK 7: Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

EK 8: Sheehan Yetiyitimi Ölçeği (SYÖ)

EK 9:Klinik Global İzlem Ölçeği (CGİ)

EK 10: Panik Bozukluğu Gönüllü Bilgilendirilmiş Onay Formu

EK 11: Sağlıklı Kontrol Gönüllü Bilgilendirilmiş Onay Formu

EK 1: Panik bozukluğu yarı yapılandırılmış görüşme formu

Ad ve Soyadı:

Tarih:

1) Sıra No:

2) Cinsiyet 1) Kadın 2) Erkek

3) Yaş:

4) Kardeş sayısı (kendisi dahil):

5) Kendisi kaçınıcı kardeş:

6) Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Ayrılmış

7) Eğitim: 1) Yok 2) İlk 3) Orta 4) Lise 5) Yüksek

8) Eğitim (yıl olarak):

9) Meslek: 1) Köylü / çiftçi 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf / tüccar

5) Profesyonel / serbest 6) Ev kadını 7) Öğrenci 8) Yok

10) Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Hastalığı nedeniyle çalışmıyor

3) Başka nedenlerle çalışmıyor (öğrenci, emekli vb.)

11) Psikiyatriste başvuru nedeni:

1) Panik bozukluğu (agorafobili / agorafobisiz) 2) Başka bir hastalık
(belirtiniz)

12) 1) Daha önce panik bozukluğu (agorafobili / agorafobisiz) tanısı konulmuş

2) İlk başvuru

13) DSM-IV'e göre panik bozukluğu (agorafobili / agorafobisiz) tanı ölçütlerinin karşılandığı yaş:

14) Panik bozukluğunun (agorafobili / agorafobisiz) süresi:

15) Bugün itibariyle panik bozukluğu (agorafobili / agorafobisiz) belirtilerinin kesintisiz olarak devam edegeldiği süre:

16) Son bir ayda panik atağı sıklığı:

17) Hastalık başlangıcından bugüne, panik atağı olmaksızın geçen en uzun süre:

18) Panik bozukluğunun başlangıcından önceki 6 ay içinde stres verici yaşam olayı var mı

1) Yok 2) Var

Varsa, belirtiniz:

19) Agorafobi: 1) Yok 2) Var

Agorafobi varsa:

20) Agorafobinin başladığı yaş:

21) Agorafobinin süresi:

22) Eştanı açısından panik bozukluğu: 1) Birincil 2) İkincil

23) Eştanı: Eştanı yok ()

Özgül fobi ()

Sosyal anksiyete bozukluğu ()

Yaygın anksiyete bozukluğu ()

OKB ()

Major depresif bozukluk ()

Distimik bozukluk ()

Alkol kötüye kullanımı / bağımlılığı ()

Diğer (belirtiniz)

24) Fiziksel hastalıkları:

25) Kafa travması: 1) Yok 2) Var

26) Panik bozukluğu olan aile bireyleri (anne, baba, kardeşler, kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar dahil olmak üzere):

27) Başka psikiyatrik hastalığı olan aile bireyleri (anne, baba, kardeşler, kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar dahil olmak üzere) ve psikiyatrik hastalığın tanısı:

28) Geçirilmiş psikiyatrik hastalığı var mı? 1) Yok 2) Var

Varsa, belirtiniz:

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

30) Kullanılan psikiyatrik ilaçların isimleri, dozları ve süreleri:

31) Şimdiki ilaç tedavisi:

1) Özgül anti-panik (antidepresan / alprazolam) ilaçlar kullanıyor

Tanımlayınız:

2) Anti-panik tedavi açısından özgül olmayan psikiyatrik ilaçlar kullanıyor

Tanımlayınız:

3) İlaçsız

32) Bilişsel-davranışçı tedavi: 1) Uygulanmamış 2) Uygulanmış

Uygulanmış ise, tarih ve süre / seans sayısı:

33) Sigara içiyor mu? 1) Hayır 2) Evet

34) Sigara içiyorsa; a) Süresi:

b) Günlük sayısı:

35) Alkol kullanıyor mu? 1) Hayır 2) Evet

36) Alkol kullanıyorsa; a) Süresi:

b) Miktarı:

c) Sıklığı:

Hasta kadınsa;

37) Premenstruel disforik bozukluk var mı? a) Yok b) Var

38) Menstruasyon düzensizliği var mı? a) Yok b) Var

Varsa tarif ediniz:

39) El tercihi: a) Sağ b) Sol

40) Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği

41) Hamilton Anksiyete:

42) Hamilton Depresyon:

43) Q-LES-Q

44) Anne babaya ilişkin görüşler ölçeği (PBI)

45) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

46) Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti

47) Sheehan Yetiyitimi Ölçeği

EK 2: Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ)

GİRİŞ

PBŞÖ, panik bozukluğunun çekirdek özelliklerini ölçen, 7 başlıklı klinik görüşme değerlendirme aracıdır. İtemler, panik atakların ve sınırlı belirti episodlarının (SBE) sıklığı, paniğin ve SBE'lerin neden olduğu zorlanma, beklenti anksiyetesi, agorafobik korku/kaçınma, panic ile ilişkili duyumlardan korku/kaçınma, mesleksi bozulma ve toplumsal bozulmayı içermektedir. Ölçeğin uygulanması 10-15 dakika almaktadır. Öncül analizler PBŞÖ'nün panik bozukluğu popülasyonunda iyi psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermiştir.

PBŞÖ psikiyatristler, psikologlar ve panik bozukluk klinik sendromuyla aşina olan diğer eğitilmiş profesyoneller tarafından kullanılabilir. Ölçek hali hazırda panik bozukluğu tanısı almış bireylerde belirti şiddetini puanlamak için geliştirilmiştir³.

DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ÖNERİLER

Amaç, agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluktaki DSM-IV belirtileri şiddetinin ayrıntılı bir ölçüsünü elde etmektir. Panik sıklığı ve şiddetinin sabit bir biçimde kestirilmesini sağlamak amacıyla puanlamalar genellikle son bir ay için yapılır. Kullanıcılar farklı bir zaman dilimi de seçebilirler, ama zaman dilimi tüm itemler için tutarlı olmalıdır.

Her item 0-4 olarak puanlanır, öyle ki, 0= hiç ya da mevcut değil, 1= ılımlı, nadir belirtiler, hafif etkilenmeler, 2= orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edilebilir, 3= şiddetli, preoküpe edici belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması ve 4= aşırı, yaygın, neredeyse sabit belirtiler, yetiyitimi yaratıcı/enkapasite edici.

Görüşmeci hastanın tam ya da sınırlı belirtili panik atağı geçirip geçirmediğini bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik atağı yoksa 2. ve 3. İtemler 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. itemden başlatılmalıdır. 5. ve 6. İtemler de 0 olarak puanlandı ise 7. Ve 8. İtemler sorulmadan 0 olarak skorlanır

Sorgulamaya rehber olması amacıyla bir metin önerilmiştir, ama elzem değildir. Puanlamalara açıklık getirmek için irdelemeler serbestçe kullanılabilir. Genel bir uyarı olarak, bunun gözlemci tarafından uygulatılan bir kendi kendine puanlama ölçeği olmadığını lütfen unutmayın. Hastaya bir belirtiyi “ılımlı, orta ya da şiddetli” olarak puanlaması sorulmamaktadır. Yani, belirti görüşmeci tarafından araştırılmalı ve puanlanmalıdır. Ancak, iki şiddet düzeyi arasındaki sınıra açıklık getirmek için yukarıdaki tanımlayıcıların kullanılması uygundur. Örneğin, görüşmeci hastaya belirli bir belirtinin oluşumunu “sıklıkla, kesin olarak aksatıcı ama idare edilebilir” olarak mı, yoksa “preoküpe edici ve büyük ölçüde aksatıcı” olarak mı tanımlamanın daha doğru olduğunu sorabilir. Benzer şekilde, bir belirtinin “preoküpe edici, büyük ölçüde aksatıcı” ya da “yaygın, neredeyse sabit ve enkapasite edici” olup olmadığını sormak ta uygun olabilir.

6. ve 7. İtemleri puanlamada görüşmeci tutarsızlıklara karşı uyanık olmalıdır. Örneğin, bazen bir kişi, bir belirtiyi 1.-5. İtemlerde işlevsellikte büyük ölçüde bozulmaya neden oluyor diye

tanımlamasına rağmen, daha sonra, genel olarak panik belirtilerinin yalnızca ılımlı ya da orta şiddette mesleksel ya da toplumsal bozulmaya neden olduğunu belirtebilir. Bu işaret edilmeli ve açığa kavuşturulmalıdır.

Panik bozukluğu hastalarında sık olabilen ancak bu araçla puanlanmayan bazı anksiyete türleri vardır. Panik dışı nedenlerden dolayı korkulan durumlarla ilgili beklenti anksiyetesi (Örneğin bir özgül fobi ile ya da sosyal fobi ile ilişkili), panikle ilişkili olan “beklenti anksiyetesi” olarak düşünülmemeli ve bu araçla puanlanmamalıdır. Benzer olarak yaygın anksiyete de bu araçla derecelendirilemez. Yaygın anksiyete deneyimleyen birinin ilgileri gelecekteki olumsuz olaylar olma olasılığına odaklanmıştır. Böylesi endişeler sıklıkla kişinin kendisine ya da sevdiği birine yönelik ciddi sağlık sorunları, finansal yıkım, iş kaybı ya da günlük yaşam sorunlarının olası felaket benzeri sonuçlarını içermektedir.

Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği

PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ EPİSODLAR DAHİL

Hastaya bizim bir panik atağını, aniden başlayan ve yoğunluğunun hızla artarak, genellikle 10 dakikadan daha kısa sürede bir zirveye erişen korku ya da kaygılı beklenti (apprehension) duygusu olarak tanımladığımızı açıklayarak başlayınız. Bu duygu hızlı ve sert kalp atışları, nefes darlığı, boğulma, baş dönmesi, terleme, titreme gibi nahoş fiziksel duyumlarla bağlantılıdır. Sıklıkla kontrolü yitirme, kalp krizi geçirme ya da ölme gibi zorlanma yaratan (distressing), felaket (catastrophic) düşünceleri vardır. Tam bir panik atak episodunda bu belirtilerden en az 4’ü vardır. Bir sınırlı belirti episodunu (SBE) tam bir panik atağa benzer ama 4 taneden daha az belirti vardır. Bu tanımlara göre lütfen bana söyler misiniz

S: Geçtiğimiz ay içinde kaç tane tam panik atağı deneyimlediniz, şu 4 ya da daha fazla belirtili olanından ? Sınırlı belirti episodlar kaç defa idi, şu 4’ten az belirtisi olanından? Ortalama olarak günde bir taneden daha fazla sınırlı belirti episodunu oldu mu? (Haftalık sıklıklarını, puanlama dönemindeki tam panik ataklarının toplam sayısını, puanlama dönemindeki hafta sayısına bölerek hesaplayınız)

0= Hiç panik ya da sınırlı belirti episodunu yok

1= Hafif, ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBE/gün’den daha fazla değil.

2= Orta, haftada bir veya iki tam panik atağı ve/veya çoğul SBE’ler/gün.

3= Şiddetli, haftada ikiden çok tam panik atakları ama ortalama günde birden çok değil.

4= Aşırı, günde birden fazla tam atak geçirme, geçirilen günlerin sayısının geçirilmeyenlerden fazla olması.

PANİK ATAKLARI SIRASINDAKİ ZORLANMA (DISTRESS), SINIRLI BELİRTİLİ EPİSODLAR DAHİL

S: Geçen ay boyunca yaşadığınız panik ya da sınırlı belirti atakları sizde ne kadar zorlanma yarattı? Şimdi size bizzat atak sırasında hissettiğiniz zorlanmayı soruyorum.

(Bu item hastanın puanlama dönemi boyunca panik ataklar sırasında deneyimlediği zorlanma ve huzursuzluğun ortalama derecesini puanlamaktadır. Sınırlı belirti episodlar, yalnızca, tam panik ataktan daha fazla zorlanmaya neden oluyor ise puanlanmalıdır. Panik SİRASINDAKİ zorlanma ve bir atak olacağına dair beklenti korkusunu ayırdettiğinizden emin olunuz.)

Olası ileri irdelemeler: Ataklar sırasında nasıl bir altüst olma ve korku hissettiniz? Panik oluştuğunda yapmakta olduklarınızı yapmayı sürdürebiliyor musunuz? Konsantrasyonunuzu yitiriyor musunuz? Eğer yapmakta olduklarınızı durdurmalı iseniz, paniğin olduğu durumun içinde kalmayı beceriyor musunuz, yoksa o durumu terketmek mi gerekiyor?

0= Panik atağı ya da sınırlı belirtili atak yok ya da episodlar sırasında hiç zorlanma yok.

1= İlimli zorlanma, ama hiç ya da az bir aksama ile etkinliği sürdürebilmektedir.

2= Orta zorlanma, ama hala idare edilebilir, etkinliği sürdürebilmekte ve/veya konsantrasyonu idame ettirmektedir, ama bunları güçlükle yapabilmektedir.

3= Şiddetli, belirgin zorlanma ve aksama var, konsantrasyonunu yitirir ve/veya etkinliği durdurmak zorundadır, ama odanın ya da durumun içinde kalabilmektedir.

4= Aşırı, şiddetli ve yetiyitimi yaratıcı zorlanma vardır, etkinliği durdurmak zorunda kalır, eğer mümkünse odayı ya da durumu terkedecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta ve aşırı zorlanmaktadır.

BEKLENTİ ANKSİYETESİNİN ŞİDDETİ (Panikle ilişkili korku, kaygılı beklenti ya da endişe)

S: Geçen ay boyunca, ortalama olarak, bir sonraki paniğinizin ne zaman olacağı ya da panik ataklarının sizin bedensel yahut ruhsal sağlığınız açısından anlamının ne olduğuna dair ne kadar endişelendiniz, korku hissettiniz mi ya da kaygılı beklentiniz oldu mu? Gerçekten bir panik atağı geçirmedığınız zamanlarınıza yönelik soruyorum.

(Beklenti anksiyetesi bir atak geçirmekten çok atakların anlamı ile ilişkili olabilir, böylece panik atağı sırasında yaşanan zorlanma düşük bile olsa, yeni bir atak geçireceğiyle ilgili önemli ölçüde anksiyete olabilir. Bazen bir hastanın bir sonraki atağının ne zaman olacağından pek endişelenmediğini, ama bunun yerine atakların onun bedensel ya da ruhsal sağlığına yönelik anlamları konusunda endişelendiğini anımsayınız.)

Olası ileri irdelemeler: Anksiyeteniz ne kadar yoğundu? Bu korku ya da endişeleriniz ne sıklıkla oluyor? Anksiyete yaşamınızı aksatacak noktaya ulaştı mı? EĞER ÖYLEYSE ne kadar aksattı?

0= Panik hakkında tasa yok.

1= İlimli, panik hakkında arasıra korku, endişe ya da kaygılı beklenti oluyor.

2= Orta, sıklıkla endişeli, korkulu ya da kaygılı beklenti içinde ama anksiyetesiz dönemleri de var. Dikkat çekici bir yaşam biçimi değişikliği var ama anksiyete hala idare edilebilir ve genel işlevsellik bozulmamıştır.

3= Şiddetli, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklentilerle zihinsel uğraş, konsantrasyon ve/veya verimli işlev görme becerisinde büyük ölçüde aksama vardır.

4= Aşırı, neredeyse sabit, yetiyitirici anksiyete, panik hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeniyle önemli görevleri sürdürmemektedir.

AGORAFOBİK KORKU / KAÇINMA

S: Geçen ay boyunca, bir panik atağı geçirmeniz halinde yardım almanızın zor olacağı ya da kolayca ayrılamayacağınızı düşündüğünüz için korku hissettiğiniz ya da kaçındığınız yerler var mı?

Olası ileri irdelemeler: Toplu taşıma araçları, bir otomobil kullanma, tünelden ya da köprüden geçme, sinemaya, pasaja ya da süpermarkete gitme veya kalabalık yerlerde olmak gibi durumlar? Başka yerler? Evde yalnız kalmaktan ya da başka yerlerde tamamen yalnız kalmaktan korkar mısınız? Bu durumlarda ne sıklıkla korku deneyimliyorsunuz? Korku ne kadar yoğun? Bu durumların herhangi birinden kaçınıyor musunuz? Sizinle birlikte güvenilir bir yoldaşınızın olması fark ettiriyor mu? Tek başınıza yapamayacağınız ama bir yoldaş ile yapabileceğiniz şeyler var mıdır? Korku ve/veya kaçınma hayatınızı ne kadar etkiledi? Korkularınıza uyması için yaşam biçiminizi değiştirme gereksiniminiz oldu mu?

0= Hiç, korku ya da kaçınma yok

1= İlimli, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşilmekte ve sürdürülmektedir. Yaşam biçimi değişikliği yok ya da azdır.

2= Orta, dikkat çekici korku ve/veya kaçınma, ama hala idare edilebilir; korkulan durumlardan kaçınır ama bir yoldaşla birlikte yüzleşebilir. Biraz yaşam biçimi değişikliği vardır ama genel işlevsellik bozulmamıştır.

3= Şiddetli, yoğun kaçınma; fobiye uyabilmek için büyük ölçüde yaşam biçimi değişikliği gerekmektedir, bu da olağan etkinlikleri sürdürmeyi güçleştirmektedir.

4= Aşırı, yaygın yetiyitirici korku ve/veya kaçınma. Yaşam biçiminde yoğun değişiklik gerekmiştir öyle ki, önemli görevler yapılamamaktadır.

5. PANİKLE İLİŞKİLİ DUYUMLARDAN KORKU / KAÇINMA

S: Panik bozukluğu olan kişiler, bazan, onları korkutan ve rahatsız eden, paniği anımsatan bedensel duyular deneyimlerler. Geçtiğimiz ayda, bu tür rahatsız edici bedensel duyulara neden olabileceğini düşündüğünüz için yapmaktan kaçındığınız herhangi bir şey var mı ?

Olası ileri irdelemeler: Örneğin, zorlu egzersiz ya da yürüme gibi kalbinizin hızlı atmasına neden olacak şeyler? spor yapmak? bahçede çalışmak? Heyecan verici spor olayları, korku

filmleri ya da bir tartışmaya girmek? Cinsel etkinlik ya da orgazm? Sıcaklık ya da yanma-karıncaşma gibi cildinizdeki duyumlardan korkar ya da kaçınır mısınız? Nefessiz kalma ya da baş dönmesi hissi duyumlarından? Bedensel duyumları getirecekler diye, soğuk algınlığı ilaçları ya da kahve ve alkol gibi herhangi bir gıda, içecek ya da maddeden kaçındınız mı? Buna benzer durumlardan ya da etkinliklerden kaçınma yaşamınızı ne kadar etkiledi? Korkularınıza uymak için yaşam biçiminizi değiştirmeye gerek hissettiniz mi?

0= Zorlanma yaratıcı bedensel duyumları uyaran durum ya da etkinliklerden korku ya da kaçınma yok.

1= İlimli, arasıra korku ve/veya kaçınma vardır ama genellikle bedensel duyumları uyaran durumlar ve etkinlikler ile az zorlanmayla yüzleşebilmekte ve sürdürmektedir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.

2= Orta, gözeçarpıcı kaçınma ama hala idare edilebilir. Kesin ama sınırlı bir yaşam biçimi değişikliği vardır, öyle ki, genel işlevsellik bozulmamıştır.

3= Şiddetli, yoğun kaçınma, yaşam biçiminde büyük ölçüde değişikliğe ya da işlevsellikte aksamaya yol açmaktadır.

4= Aşırı, yaygın ve yetiyitimi yaratıcı kaçınma. Önemli görev ve etkinlikleri yapmayacak kadar yoğun bir yaşam biçimi değişikliği gerekmiştir.

PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA / AKSAMA.

(Puanlayıcılara not: Bu item çalışmaya odaklanmıştır. Eğer kişi çalışmıyorsa okulu, tam gün okula gitmiyorsa evdeki sorumlulukları hakkında sorular sorunuz.)

S: Tüm belirtileri düşünerek “panik atakları, sınırlı belirtili ataklar, beklenti anksiyetesi ve fobik belirtiler”, geçen ay içinde, panik bozukluğu mesleğinizi yapma becerinizi ne kadar aksattı? (ya da okul çalışmalarınızı, ya da evdeki sorumluluklarınızı sürdürmenizi).

Olası ileri irdelemeler: Belirtiler çalışmanızın niteliğini etkiledi mi? İşleri alıştığınız kolaylıkta ve verimlilikte yapabildiniz mi? Anksiyeteniz nedeniyle yapmadığınız ya da yapamadığınız şeyler olduğu dikkatinizi çekti mi? İşleri baştan savdığınız ya da yapmak için yardım istediğiniz oldu mu? Herhangi biri performansınızda değişiklik olduğunu farkettiler mi? Çalışma performansınızla ilgili olarak resmen performansınızın gözden geçirilmesi ya da uyarı alma oldu mu? Çalışmanız hakkında iş arkadaşlarınızdan ya da ailenizden herhangi bir yorum?

0= Panik bozukluk belirtilerinden dolayı bozulma yok.

1= İlimli, hafif aksama, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hala iyidir.

2= Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta, ama hala idare edilebilir. Meslek performansı etkilenmiş ama diğerleri çalışmanın hala yeterli olduğunu söylemektedirler.

3= Şiddetli, mesleki performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki, diğerleri durumu farketmiştir; bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapmamaktadır.

4= Aşırı, enkapasite edici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürememektedir).

PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA / AKSAMA

S: Tüm panik bozukluğu belirtilerini birarada düşünerek, geçtiğimiz bir ay içinde, bu belirtiler toplumsal yaşamınızı ne kadar aksattılar?

Olası ileri irdemeler: Ailenizle ya da diğer akrabalarınızla alışageldiğinizden daha az zaman geçirdiniz mi? Arkadaşlarla daha az zaman geçirdiniz mi? Panik bozukluk nedeniyle, sosyalle olma olasılıklarını reddettiniz mi? Panik bozukluk nedeniyle, nerede ve ne süre sosyalle olacağınız konusunda kısıtlılıklarınız var mı? Panik bozukluğu belirtileri aile üyelerinizle ya da arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi etkiledi mi?

0= Bozulma yok.

1= İlimli, hafif aksama, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmekte ama toplumsal işlevsellik hala yeterlidir.

2= Orta, toplumsal yaşamda kesin aksama vardır ama hala idare edilebilir. Toplumsal etkinliklerin sıklığında ve/veya kişilerarası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır ama hala olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılmaktadır.

3= Şiddetli, toplumsal performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır. Toplumsal etkinliklerde belirgin bir azalma ve/veya diğerleriyle etkileşmekte belirgin bir güçlük vardır; diğerleriyle etkileşmek için kendini hala zorlayabilmekte ama toplumsal ya da kişilerarası durumların çoğundan hoşlanmamakta ya da iyi işlev görememektedir.

4= Aşırı, yetiyitimi yaratıcı belirtiler var, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleriyle etkileşmektedir, panik bozukluğu nedeniyle bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

TOPLAM PUAN (1-7. İtemlerin toplamı): _____

EK 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği- Kısa Form (CTQ-28)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-28)						
Sorulara nasıl yanıt verilecek?						
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Soruların bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.						
		Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
	Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1	Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2	Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3	Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tıpsız” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6	Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7	Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anababamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10	Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
11	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
12	Ailemden tam olarak memnundum.	1	2	3	4	5
13	Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14	Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5

18	Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.	1	2	3	4	5

EK 4: Ebeveyn Bağlılık Ölçeği (Parental Bonding Instrument-PBI)

ANNE-BABAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ-I

Aşağıda, ana-babanızın çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. 16 yaşınıza kadar olan dönemde annenizi hatırlamaya çalışarak, her bir ifadeye en uygun seçeneğin karşısındaki paranteze X işareti koyunuz.

	Tamamen böyleydi	Kısmen böyleydi	Pek böyle değildi	Hiç böyle değildi
1. Benimle yumuşak ve arkadaşça bir tarzda konuşurdu.	()	()	()	()
2. İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi.	()	()	()	()
3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi.	()	()	()	()
4. Duygusal olarak bana karşı soğuk görünürdü.	()	()	()	()
5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü.	()	()	()	()
6. Bana karşı sevgi doluydu.	()	()	()	()
7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı.	()	()	()	()
8. Büyümemi istemezdi.	()	()	()	()
9. Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı.	()	()	()	()
10. Mahremiyetime müdahale ederdi.	()	()	()	()
11. Olan-bitenler hakkında benimle konuşmaktan keyif alırdı.	()	()	()	()
12. Genellikle bana karşı güleryüzlüydü.	()	()	()	()
13. Bana, bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı.	()	()	()	()
14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi.	()	()	()	()
15. Kendimle ilgili kararları almama izin verirdi.	()	()	()	()
16. İstenmediğimi hissettirirdi.	()	()	()	()
17. Üzgün olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı	()	()	()	()
18. Benimle pek fazla konuşmazdı.	()	()	()	()
19. O'na bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı.	()	()	()	()
20. Annem yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim.	()	()	()	()
21. İstedğim kadar özgürlük tanırdı.	()	()	()	()
22. İstedğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi	()	()	()	()
23. Bana karşı aşırı koruyucuydu.	()	()	()	()
24. Beni övmezdi.	()	()	()	()
25. İstedğim gibi giyinmeme izin verirdi.	()	()	()	()

ANNE-BABAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLER ÖLÇEĞİ-II

Aşağıda, ana-babanızın çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. 16 yaşınıza kadar olan dönemde babanızı hatırlamaya çalışarak, her bir ifadeye en uygun seçeneğin karşısındaki paranteze X işareti koyunuz.

	Tamamen böyleydi	Kısmen böyleydi	Pek böyle değildi	Hiç böyle değildi
1. Benimle yumuşak ve arkadaşça bir tarzda konuşurdu.	()	()	()	()
2. İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi.	()	()	()	()
3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi.	()	()	()	()
4. Duygusal olarak bana karşı soğuk görünürdü.	()	()	()	()
5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü.	()	()	()	()
6. Bana karşı sevgi doluydu.	()	()	()	()
7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı.	()	()	()	()
8. Büyümemi istemezdi.	()	()	()	()
9. Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı.	()	()	()	()
10. Mahremiyetime müdahale ederdi.	()	()	()	()
11. Olan-bitenler hakkında benimle konuşmaktan keyif alırdı.	()	()	()	()
12. Genellikle bana karşı güleryüzlüydü.	()	()	()	()
13. Bana, bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı.	()	()	()	()
14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi.	()	()	()	()
15. Kendimle ilgili kararları almama izin verirdi.	()	()	()	()
16. İstenmediğimi hissettirirdi.	()	()	()	()
17. Üzgün olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı	()	()	()	()
18. Benimle pek fazla konuşmazdı.	()	()	()	()
19. O'na bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı.	()	()	()	()
20. Babam yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim.	()	()	()	()
21. İstedğim kadar özgürlük tanırdı.	()	()	()	()
22. İstedğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi	()	()	()	()
23. Bana karşı aşırı koruyucuydu.	()	()	()	()
24. Beni övmezdi.	()	()	()	()
25. İstedğim gibi giyinmeme izin verirdi.	()	()	()	()

EK 5: Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi- Kısa Form (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form (Q-LES-Q-SF)

Q-LES-Q

Aşağıdaki soruları yanıtlarken lütfen herhangi bir durum ile ilgili duygularınızı en iyi tarif eden seçeneği işaretleyin. Her madde için sadece bir kutuyu seçin. Eğer fikrinizi değiştirecek olursanız işaretinizin üzerini karalayın ve yeni bir kutu seçin.

Herşeyi göz önüne alırsanız geçen hafta süresince aşağıda sayılan durumlardan ne kadar hoşnuttunuz?

	Çok kötü	Kötü	Orta	iyi	Çok iyi
Beden sağlığı					
Moral					
İş yaşamı					
Ev işleri					
Sosyal ilişkiler					
Boş zaman faaliyetleri					
Günlük yaşam gereklerini yerine getirme					
Cinsel istek, cinsel ilgi, cinsel eylem*					
Ekonomik durum					
Mesken ve yaşam koşulları					
Rahat dolaşabilme, baş dönmesi, sersemlik ya da düşme olmadan					
Çeşitli işleri yapabilme, hobilerle uğraşabilme					
Genel olarak kendini iyi hissetme					
İlaç (ilaç kullanmıyorsanız işaret koyup boşluk bırakın)					
Geçen hafta boyunca hayatınızdan ne kadar memnundunuz?					

*Eğer bu durumla ilgili herhangi bir memnuniyetsizlik söz konusu ise hangisi/hangileri olduğunu altını çizerek belirtiniz.

EK 6: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Psikiyatri Anabilim Dalı

Anksiyete Bozuklukları Polikliniği

HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

Tarih:

YOK: 0

HAFİF: 1

ORTA DERECE: 2

ŞİDDETLİ: 3

ÇOK ŞİDDETLİ: 4

		Puan			Puan
Anksiyeteli duygudurum	Endişeler, kötülük beklentisi, korkulu beklenti, çabuk sinirlenme	<input type="text"/>	Bedensel (duyusal)	Kulak çınlaması, bulanık görme, soğuk-sıcak basması, güçsüzlük hissi, karıncalanma	<input type="text"/>
Gerginlik	Gerginlik hissi, yorgunluk, irkilme yanıtı, kolay ağlama, titreme, huzursuzluk hissi	<input type="text"/>	Kalp-damar sistem belirtileri	Kalp atışlarının hızlanması, çarpıntı, göğüste ağrı, damarların atması, bayılma duygusu, kalp atışında vuru atlama	<input type="text"/>
Korkular	Karanlık, yabancılar, yalnız bırakılma, hayvanlar, trafik, kalabalık	<input type="text"/>	Solunum sistem belirtileri	Göğüste sıkışma ve baskı hissi, boğulma hissi, derin iç çekmeler, nefes darlığı	<input type="text"/>
Uykusuzluk	Uykuya dalma güçlüğü, bölünmüş uyku, uykudan yorgun kalkma, rüyalar, kabuslar, gece korkuları	<input type="text"/>	Mide-barsak sistem belirtileri	Yutma güçlüğü, karında ağrı, midede yanma, karında dolgunluk hissi, bulantı, kusma, ishal, kilo kaybı, kabızlık, barsakta gaz	<input type="text"/>
Bilişsel	Dikkatini toplamada güçlük, bellek zayıflığı	<input type="text"/>	Üreme-boşaltım sistem belirtileri	Sık idrar yapma, aniden idrar yapma isteği gelmesi, adet görememe, adet kanama süresinin artması, kadında cinsel soğukluk gelişmesi, erken boşalma, libido kaybı, ereksiyon güçlüğü	<input type="text"/>
Depresif duygudurum	İlgi kaybı, hobilerden zevk alamama, çökkünlük, erken uyanma, diurnal ritimde değişme	<input type="text"/>	Otonomik belirtiler	Ağız kuruluğu, kızarma, solukluk, terlemeye eğilim, sersemlik hissi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması	<input type="text"/>
Bedensel (kaslarla ilgili)	Ağrılar, seyirmeler, miyoklonik atmalar, diş gıcırdatma, sesin tonunda değişmeler, kas gerginliğinde artma	<input type="text"/>	Görüşme sırasındaki davranış	Tedirginlik, yerinde duramama, ellerde titreme, kaşların çatılması, gergin yüz, iç çekme ya da hızlı solunum, yüzde solukluk, yutkunma, geçirme, tendonlarda atmalar, genişlemiş göz bebekleri, gözlerin yuvalarından çıkması	<input type="text"/>

EK 7: Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Psikiyatri Anabilim Dalı

*Anksiyete Bozuklukları Polikliniği***HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM-D)**

Her maddede, hastayı en iyi tanımlayan cevabı belirleyen numarayı seçin.

1. DEPRESİF RUH HALİ

(Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0 = Yok.

1 = Bu duygularını ancak sorulduğunda gösteriyor.

2 = Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3 = Bu duygularını sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor.

4 = Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU

0 = Yok.

1 = Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü sanıyor.

2 = Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.

3 = O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor.

4 = Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve /veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3. İNTİHAR

0 = Yok.

1 = Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2 = Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3 = İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4 = İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir.)

4. UYKUYA DALAMAMAK

0 = Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.

1 = Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2 = Her gece uyuma güçlüğü çekiyor.

5. GECEYARISI UYANMAK

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1 = gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor.

2 = gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir. (Herhangi bir neden olmaksızın)

6. SABAH ERKEN UYANMAK

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1 = Sabah erkenden uyanıyor fakat tekrar uykuya dalıyor.

2 = Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1= Aktiviteleriyle, işiyle yada boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2 = Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması; hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlık ve kararsızlığı ile gösterir. (kendini iş veya aktiviteler için zorlaması gerektiğini hisseder)

3 = Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az 3 saatini aktivitelerine (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.

4 = Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalar servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa ya da servis işlerini yardım almadan yapıyorsa 4 puan ile değerlendirin.

8. RETARDASYON (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0 = Normal konuşma ve düşünce.

1 = örüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2 = Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3 = Görüşme yapmakta güçlük çekiliyor.

4 = Tam stupor.

9. AJİTASYON

0 = Yok.

1 = Yerinde duramama

2 = Eller, saçlar v.b. ile oynama.

3 = Ayakta dolaşma, sakin oturamama.

4 = Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

0 = Güçlük yok.

1 = Subjektif gerilim ve irritabilite.

2 = Küçük şeylerden kaygı duyma.

3 = Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4 = Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

0 = Yok.

1 = Hafif

2 = Orta

3 = Şiddetli

4 = Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler: Gastrointestinal:Ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, diyare.

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon. İç çekme. Sık idrara çıkma. Terleme.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR Genel

0 = Yok

1 = Ekstremitelerinde, sırtında yada başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.

2 = Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR (libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar)

0 = Yok.

1 = Hafif

2 = Şiddetli

15. HİPOKONDRIASİS

0 = Yok.

1 = Evhamlılık

2 = Sağlıkla ilgili evhamlar

3 = Sık sık yakınmalar, yardım İsteği vb.

4 = Hipokondriak delüzyonlar.

16. ZAYIFLAMA (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A. Anamneze göre değerlendirirken:

0 = Kilo Kaybı

1 = Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı

2 = Kesin (hastaya göre) Kilo kaybı

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde.

0 = Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı

1 = Haftada 0.5 kg'dan daha fazla kilo kaybı

2 = Haftada 1 kg'dan daha fazla kilo kaybı

17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ

0 = Hasta ve depresyonda olduğunu farkında.

1 = Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2 = Hasta olduğunu kabul etmiyor.

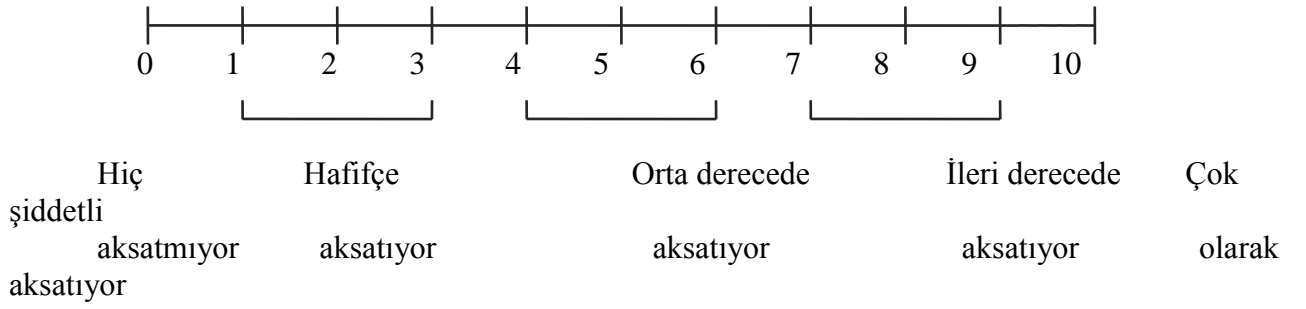
EK 8: Sheehan Yetiyitimi Ölçeği (SYÖ)

Ad ve soyad:

Tarih:

SHEEHAN YETİYİTİMİ ÖLÇEĞİ

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



İş:

Şu anda sorununuz nedeniyle işiniz ne kadar aksamaktadır?

(0-10)

Sosyal Yaşam ve Boş Zaman Uğraşları:

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

(0-10)

Aile Yaşamı ve Evdeki Sorumluluklar:

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

(0-10)

EK 9: Klinik Global İzlem Ölçeği (CGİ)

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGİ)**HASTALIK ŞİDDETİ**

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinizle dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

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

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

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

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

EK 11: Panik Bozukluğu Gönüllü Bilgilendirilmiş Onay Formu

1.Bölüm (AYDINLATMA)

Bu araştırmaya katılmadan önce bu bilgilendirme sayfasını lütfen dikkatle okuyunuz.

Psikiyatrik muayeneniz sırasında sizde, kaygı ve endişe durumunun ön planda olduğu bir anksiyete bozukluğu olan panik bozukluğu saptanmıştır. Panik bozukluğu (PB); sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi sorunlara yol açabilen, zaman zaman fobik kaçınmalara sebep olabilecek panik atakları ve beklenti anksiyetesi ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur.

Bu araştırmanın amacı, sizde saptanan psikiyatrik hastalık ile çocukluk döneminizdeki ruhsal durumunuz, aile ilişkileriniz ve bu hastalığın sizin bugünkü yaşam kaliteniz üzerine ilişkisini incelemektir. Bu incelemeler hastalığınız için psikiyatri kliniğinde yürütülecek olan ilaç tedavisi ya da psikoterapileri etkilemeyecektir.

Araştırmaya katılmanızın, panik bozukluğunun belirtilen etkenlerle ilişkisini araştırmamıza imkan sağlayarak, bu bozukluklarının daha kapsamlı değerlendirilmesi ve gelecekte daha etkin tedavi olanaklarının bulunmasına katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Size bu araştırmada yer almanızı teklif ediyoruz. Eğer bu araştırmada yer almayı kabul ederseniz, sizden bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir. Araştırma sonuçları bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, isminiz saklı tutulacak; etik kurullar ve resmi makamlar gerekirse size ait araştırmayla ilgili tıbbi bilgilere ulaşabilecek; araştırmada sizi ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size bildirilecektir.

Araştırma amacıyla yapılacak yukarıda belirtilen tetkikler için sizden bir ücret talep edilmeyecek; eğer bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı iseniz, söz konusu kuruma bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Aynı zamanda da, çalışmada yer aldığınız için size her hangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırmaya katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etseniz dahi, araştırmanın her hangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmediğiniz ya da önce kabul edip ileride vazgeçtiğiniz takdirde, bu kararınız takip ve tedavilerinizi etkilemeyecek; tedavileriniz en iyi şekilde sürdürülecektir.

Çalışmayla ilgili sorularınızı tetkikleri yapan araştırmacılara yöneltebilir; daha fazla bilgi almak isterseniz Prof.Dr. Raşit Tükel ile 0212 414 20 00 / 31335 no'lu telefondan bağlantı kurabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Konu hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası, adresi ve telefon numarası

Açıklamaları yapan araştırmacının adı, soyadı ve imzası

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı, soyadı, imzası ve görevi

2. Bölüm (KATILIMCININ BEYANI)

Dr. Seda Şahin tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Bu araştırmada elde edilecek bilgilerin resmi kurumlar ve etik kurullar tarafından gerekirse incelenebileceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum ve bu masraflar kendi sosyal güvenlik kurumumdan da talep edilmeyecek. Bu çalışma için bana herhangi bir ücret ödenmeyeceği bilgisine de sahibim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Seda Şahin'e danışabileceğimi daha fazla bilgi almak istersem Prof. Dr. Raşit Tükel ile 0212 414 20 00 / 32374 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekimimle olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Belli bir düşünme süresi sonunda bu çalışmaya 'katılımcı' olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bize verilecektir.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı:

Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

EK 11: Sağlıklı Kontrol Grubunun Gönüllü Bilgilendirilmiş Onay Formu

1.Bölüm (AYDINLATMA)

Bu araştırmaya katılmadan önce bu bilgilendirme sayfasını dikkatle okuyun.

Panik bozukluğu (PB); sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi sorunlara yol açabilen, zaman zaman fobik kaçınmalara sebep olabilecek panik atakları ve beklenti anksiyetesi ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur.

Bu araştırmanın amacı, panik bozuk ile çocukluk dönemindeki ruhsal durum, aile ilişkileri ve bu hastalığın bugünkü yaşam kalitesi üzerine ilişkisini incelemektir.

Araştırmaya katılmanızın, panik bozukluğunun belirtilen etkenlerle ilişkisini araştırmamıza imkan sağlayarak, bu bozukluklarının daha kapsamlı değerlendirilmesi ve gelecekte daha etkin tedavi olanaklarının bulunmasına katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Panik bozukluk hastalarının zihinsel işlevlerinin sağlıklı kişilerden farklı olup olmadığının anlaşılması için psikiyatrik bir hastalığı olmayan sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunun da incelenmesi planlanmıştır. Yani bu kişilerde saptadığımız farklılıkların, toplumun genel ortalamasından farklı olduğunu göstermemiz gereklidir. Bu amaçla tüm toplumu taramak olanaksız olduğundan, incelediğimiz gruba benzer yaş grubunda olan, benzer eğitim düzeyine sahip kişileri saptamamız gerekli. Siz bu anlamda çalışma grubumuzla karşılaştırabileceğimiz bir kişisiniz.

Size bu araştırmanın sağlıklı kontrol grubunda yer almanızı teklif ediyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz çünkü çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızı vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu çalışmaya katılmayı isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, isminiz saklı tutulacak; etik kurullar ve resmi makamlar gerekirse size ait araştırmayla ilgili tıbbi bilgilere ulaşabilecek; araştırmada sizi ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size bildirilecektir.

Araştırma amacıyla yapılacak yukarıda belirtilen tetkikler için sizden bir ücret talep edilmeyecek; eğer bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı iseniz, söz konusu kuruma bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Aynı zamanda da, çalışmada yer aldığınız için size her hangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etmeniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz.

2. Bölüm (KATILIMCININ BEYANI)

Dr. Seda Şahin tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Bu araştırmada elde edilecek bilgilerin resmi kurumlar ve etik kurullar tarafından gerekirse incelenebileceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum ve bu masraflar kendi sosyal güvenlik kurumumdan da talep edilmeyecek. Bu çalışma için bana herhangi bir ücret ödenmeyeceği bilgisine de sahibim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Seda Şahin'e danışabileceğimi daha fazla bilgi almak istem Prof. Dr. Raşit Tükel ile 0212 414 20 00 / 32374 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir olumsuz yansıması olmayacak.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Belli bir düşünme süresi sonunda bu çalışmaya 'katılımcı' olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bize verilecektir.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi: