

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUKTA YAŞAM KALİTESİ: 3 AYLIK İZLEM
ÇALIŞMASI**

Dr. Ebru YURDAGÜL ALTINTAŞ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. BEKİR AYDIN LEVENT

ADANA-2006

**Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana
yardımcı olan
Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e
uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a, Prof. Dr. Yunus Emre
EVLİCE'ye, Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, Prof.Dr.Ayşe AVCI'ya,
Doç .Dr. Lut TAMAM'a
tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı
Yrd. Doç. Dr. Şükrü UĞUZ'a
ve tüm çalışma arkadaşlarıma
TEŞEKKÜR EDERİM.**

İÇİNDEKİLER

Teşekkür	I
İçindekiler	II
Tablo Listesi	IV
Şekil Listesi	V
Özet	VI
Abstract	VII
Kısaltmalar	VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Panik bozukluk tarihçesi	2
2.1.1 Panik Atak:.....	2
2.1.2 Panik Bozukluk Tanı Ölçütleri:.....	5
2.2. Agorafobi:	5
2.3. Beklenti anksiyetesi:	7
2.4. Epidemiyoloji	8
2.5. Eşanı:.....	9
2.6. Etiyoloji.....	10
2.6.1 Erken Yaşam Olayları:	10
2.6.2.Ayrılık Anksiyetesi	11
2.6.3. Genetik.....	11
2.6.4. Gelişimsel Faktörler:	12
2.6.4.1. Panik Bozuklukta Biyolojik Modeller.....	12
2.6.4.2. Solunumsal Hipotezler.....	13
2.6.5. Panik Bozuklukta Görüntüleme (MRI, PET, SPECT) Bulguları:.....	14
2.6.6. Bilişsel-davranışçı Kuram:	16
2.6.7. Psikodinamik Kuram:.....	16
2.7.Klinik Gidiş.....	17
2.8. Ayırıcı Tanı.....	17
3-PANİK BOZUKLUK VE YAŞAM KALİTESİ	19
3.1 Yaşam Kalitesi: Kavram	19
3.2 Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi	20
4. GEREÇ VE YÖNTEM	23
4.1. Verilerin toplanması:.....	23
4.2. Kullanılan Ölçekler:	24
4.2.1. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D).....	24
4.2.2. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği:.....	24
4.2.3. Panik ve Agorafobi Ölçeği:.....	24
4.2.4. Kısa Form-36 (Short Form-36) (SF-36).....	25
4.2.5. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği(EWPS):	26
4.3.İstatistiksel İşlemler:	27

5. BULGULAR	28
5.1. Sosyo- Demografik Özellikler	28
5.2. Ölçekler	33
5.3. Yaşam Kalitesi	35
6. TARTIŞMA	41
7. KAYNAKLAR:	45
8. EKLER.....	53
8.1 Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D).....	57
8.2. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği:.....	61
8.3. Panik ve Agorafobi Ölçeği Gözleme Anketi:	63
8.4. Panik ve Agorafobi Ölçeği Hasta Anketi.....	66
8.5. Kısa Form-36 (Short Form-36) (SF-36).....	70
8.6. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği(EWPS).....	76
9.ÖZGEÇMİŞ:.....	79



Tablo listesi

Tablo 1 : Çalışmaya alınan olguların sosyo-demografik özellikleri	26
Tablo 2 : Çalışmaya alınan olguların meslek gruplarına göre sınıflandırılması	28
Tablo 3 : Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özellikleri.....	29
Tablo 4 : Hastalık gruplarına göre ölçek puanları.....	30
Tablo 5 : PB ve Depresyon hastalarının SF-36 alt gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 6 : PB, PB+Ago, Depresyon Gruplarının Yaşam Kalitesi Tablosu	32
Tablo 7 : PB,PB+Ago, Depresyon Gruplarında Yaşam Kalitesi Tablosu(2. Görüşme)	33
Tablo 8 : PB,PB+Ago, Depresyon Gruplarında Yaşam Kalitesi Tablosu(3. Görüşme)	34



Şekil listesi

Şekil 1: EİÜÖ puanlarının hastalık gruplarına göre dağılımı	30
Şekil 2: Hastalık gruplarının genel sağlıkyönünden karşılaştırılması	31
Şekil 3 : Hastalık gruplarının ruhsal sağlık yönünden karşılaştırılması.....	40



ÖZET

Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması

Panik Bozukluk, madde bağımlılığı, özkiyim girişimleri ve fonksiyon kaybına neden olan, yaygın olarak görülen bir bozukluktur. Toplumda %1,4 ile %3,8 oranında ve kadınlarda 2-3 defa fazla görülür.

Yapılan çalışmalarda Panik Bozuklukta yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilendiği ve genel sağlık(duygusal ve fiziksel sağlık), sosyal yaşamı bozduğu, işsiz kalma olasılığını arttırdığı belirlenmiştir.

Çalışmamızın amacı Panik Bozukluk ve Depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmak ve 3 aylık tedaviye verdikleri yanıtı değerlendirmektir.

Çalışmaya, Panik Bozukluk tanısı alan yaşları 20–73(ortalama 40,3±12,9) olan 22 kadın ve 9 erkek(toplam 31); Agorafobili Panik Bozukluk tanısı alan yaşları 18-57(ortalama 33,6±11,5) olan 27 kadın ve 15 erkek; Majör Depresyon tanısı alan yaşları 20-69(ortalama 38,5±11,7) olan 54 kadın ve 19 erkek(toplam 73) hasta dahil edildi. Yapılandırılmış bir görüşme formu ile (SCID-I) psikiyatrik görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği(HAM-A), Hamilton Depresyon Ölçeği(HAM-D), Panik ve Agorafobi Ölçeği, Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği 0., 1., 3. aylarda hastalara uygulandı.

Sonuç olarak tüm gruplarda yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmişti. Depresyonu olan grupta yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, duygusal rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt gruplarındaki bozulma daha fazlaydı. Agorafobili Panik Bozukluğu olanların Agorafobisi olmayan Panik Bozukluğu olan hastalara göre yaşam kalitesini daha olumsuz etkilediği belirlendi. Tedavinin sonunda yaşam kalitesi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, Yaşam Kalitesi, Depresyon.

ABSTRACT

Quality of Life In Panic Disorder; Follow Up Study For 3 Months

Panic Disorder is a common psychiatric condition which is higher risk for substance abuse, suicide attempts and functional disability. It is 2–3 times more common in women and estimated to range from 1,4% to 3,8% of the general population.

Studies reported that quality of life in Panic Disorder is negatively affected and overall health (emotional and psyhical health), social activities, risk of unemployment increases.

The aim of this study was investigate the affects of quality of life on panic disorder and depression and follow the treatment response after the 3 months.

22 women and 9 men (total 31) within in age range of 20-73(mean age 40,3±12,9) diagnosed as Panic Disorder; 27 women and 15 men (total 42) within in age range of 18-57(mean age 33,6 ±11,5) diagnosed as Panic Disorder with Agoraphobia; 54 women and 19 men (total 73) within in age 20-69(mean age 38,5 ±11,7) diagnosed on Major Depression were included to study. Psychiatric interview were carried out using Structured Clinical Interview for Diagnose(SCID-I), Sociodemographic Data Form, Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Hamilton Depression Scale(HAM-D), Panic and Agoraphobia Scale and Endicott's Work Productivity Scale (EWPS) were applied in 0.,1.,3. months.

As a result, quality of life had negatively affected in all of the groups. In this study we found significant impairment in pain, general health, energy, social function, emotional role disability and mental health subgroups of quality of life scale (SF-36) in Depression group than Panic Disorder group. Panic Disorder with Agoraphobia had affected the quality of life worse than comparison with Panic Disorder without Agoraphobia. At the and of the treatment, there were no differences in quality of life between all of the groups statistically.

Key words: Panic Disorder, Quality of Life, Depression

KISALTMALAR

PB:	Panik Bozukluk
DSM:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
SCID-I:	DSM-IV için yapılandırılmış görüşme ölçeği
HAM-D:	Hamilton Depresyon Ölçeği
HAM-A:	Hamilton Anksiyete Ölçeği
SF-36:	Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi ölçeği
NIMH-ECA:	Amerikan Akıl Sağlığı Ulusal Enstitüsü
PA:	Panik Atak
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PET:	Pozitron Emisyon Tomografi
PTSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
GAB:	Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu
MSS:	Merkezi Sinir Sistemi
AD:	Alt Değer
UD:	Üst Değer
Ort:	Ortalama
SS:	Standart Sapma
EİÜÖ (EWPS):	Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği
HT:	Hidroksitriptamin

1.GİRİŞ

Panik Bozukluk, aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan, yoğun iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan, panik ataklarla karakterize bir hastalıktır^{4,5}. Temel başvuru yakınması o kişi için en korkutucu olan nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi ve benzeri bedensel belirtilerdir^{6,7,8}. Bu bedensel belirtiler birçok tıbbi hastalığı taklit edebileceği için ayırıcı tanı dikkatle yapılmalıdır¹⁶³.

Agorafobi, PB'nun bir komplikasyonu olarak ya da nadiren PB öyküsü olmadan da ortaya çıkabilen; panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması halinde kişinin yalnız kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da bir yeti yitimi durumunda yardımın gelemeyeceği topluma açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyması şeklinde tanımlanmaktadır^{9,12,13}. Şiddetli geçirilen birkaç panik atağının ardından, yeni bir panik atağı geçirme korkusu gelişir. Beklenti anksiyetesi, Panik Bozukluğun en önemli özelliklerinden birisidir^{6,9,12,13}. Agorafobi işe gitmede, ev işlerini yapmada, sosyal ilişkileri sürdürmede zorluklar yaratarak toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açar^{1,4,6,9,13}.

PB'un etiolojisinde birçok etken sorumlu tutulmaktadır: Genetik yatkınlık, biyolojik süreçler, çevreden gelen uyaranları yanlış algılama ve yaşananlara hatalı ya da katastrofik anlamlar verme gibi psikolojik ve bilişsel süreçler, çevresel etkenler.

Yaşam kalitesi bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması gibi yaşamın birçok alanından söz eder¹²⁰.

Bu çalışmanın amacı, yaşam kalitesini bozduğu bilinen depresyon grubu ile PB (PB+Agorafobili hastalar dahil) grubunu karşılaştırmak ve tedaviye verdikleri yanıtı değerlendirmektir. Ayrıca agorafobili ve agorafobisiz PB olguları yaşam kalitesinde oluşan farklar açısından da araştırılmıştır. Agorafobinin eklendiği olguların yaşam kalitesinde depresyonu olan olgulara benzer etkilenme olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Panik sözcüğü, Yunan Mitolojisinde yalnız yaşayan, çığlık atarak insanların korkmasına neden olan bir Tanrının ismi olan “Pan” dan gelmektedir¹.

Anksiyete bozuklukları ilk olarak, M.Ö. 4. yüzyılda Hipokrat’ın yazılarında tanımlanmıştır².

Klinisyenler 19.yy ortalarında panik bozukluğunu tanımlamaya başlamışlardır. İlk yıllarda, çarpıntı ve göğüs ağrısı belirtileri yüzünden kardiyolojik bir hastalık olduğu düşünülmüş, modern tanı yöntemlerinin olmaması nedeniyle ayırıcı tanı yapmakta zorlanılmıştır^{1,3,6}.

1871 yılında Da Costa, irritabl kalp hastalığı adını verdiği, savaşan askerlerde, çarpıntı, taşikardi, baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi panik bozukluğunun fiziksel ve psişik belirtilerin çoğunun tanı ölçütleri olduğu bir hastalık tablosu tanımlamıştır^{1,3}.

1895 yılında Sigmund Freud akut ve kronik, psişik ve somatik belirtilerle ilişkili olan "Anksiyete Nevrozu" kavramını ortaya atmıştır. Freud'un akut anksiyete nevrozu DSM IV’ deki panik bozukluğunun bir benzeridir. Freud, panik atak ile agorafobi arasındaki ilişkiyi gösteren ilk bilim adamıdır^{1,3,8}.

1918 yılında Sir Thomas Lewis tarafından benzer tablo için “efor sendromu” terimi, 1930’ların sonunda “kardiyak nevroz” tanımlamaları kullanılmıştır^{1,6,7}.

"Agorafobi" tanımı 1871'de kalabalık insanların bulunduğu ortamlarda bulunmaktan korkan hastalar için kullanılmış bir terimdir. Latince "agora" alışveriş yapılan pazaryeri, "phobus" ise korku anlamına gelmektedir.

1980 yılında yayımlanan DSM III’ de anksiyete nevrozu tanımı kaldırılmış, onun yerine panik bozukluk terimi kullanılmıştır.

2.1.1 Panik Atak

Panik ataklar, çarpıntı ve takipne gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği, göreceli olarak kısa süren, diğer anksiyete bozukluklarında da görülebilen, akut olarak

beklenmedik biçimde ortaya çıkan yoğun anksiyete nöbetidir. Tipik belirtiler nefes almakta güçlük, takipne, taşikardi, titreme, baş dönmesi, sıcak veya soğuk basması, göğüste rahatsızlık hissi, depersonalizasyon ve derealizasyon ile ölüm korkusudur. Bu fizyolojik belirtilerin yanında plan yapma, düşünme, usa vurma gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın diğer temel özellikleridir^{4,5}.

Bu belirtiler aniden ortaya çıkar, giderek artan bir hız ile başlangıcından sonraki 10 dakika içinde doruğa ulaşır, otuz dakika içinde azalır ve en fazla bir saatte sonlanır. Genellikle kendiliğinden ortaya çıkar. Hastalar yaşadıkları bu durumu “çok korkutucu, dehşet verici ve yaşamlarının en kötü deneyimi” olarak tanımlarlar. Çoğu, “artık sonunun geldiği” duygusunu yaşamıştır. Atak sırasında çok sayıda ve şiddetli, bedensel ya da bilişsel belirtiler ortaya çıkmaktadır. Panik atak deneyimi olan kişiler sıklıkla Acil servislere, Kardiyoloji, Dahiliye ya da Nöroloji doktorlarına başvururlar^{5,9,10}

Karbondioksit (% 5’den %35’e karışımlar), sodyum laktat ve bikarbonat, yohimbin ($\alpha 2$ –adrenerjik reseptör antagonisti), fenfluramin (serotonin salıcı ajan), M-klorofenilpiperazin (M-CPP), β Karbolin ilaçlar, flumazenil, kolesistokinin, kafein, isoproterenol gibi ajanlar panik atak oluşturabilirler⁹.

Panik atağı tanısı için atak sırasında, DSM-IV’ e göre toplam 13 bedensel ya da bilişsel belirtiden en az dördünün korku duygusuna eşlik etmesi gereklidir. Eğer panik atağı sırasında dörtten az sayıda belirti ortaya çıkıyorsa o zaman “sınırlı belirtili panik atağı” tanımlaması yapılır. Bu tür ataklara genellikle hafif seyirli panik bozukluğunda karşılaşılmaktadır. Nadiren, irritabilite ve öfke patlamaları şeklinde kendini gösteren atipik panik ataklarıyla karşılaşılmaktadır^{4,5,9}.

Panik atakları gece uykuda da gelebilmektedir (nokturnal panik atak). Kişi uykudan büyük bir korkuyla uyanır. Bazı hastalar uykuya dalmaktan korktukları için uyumamaya çabalarlar^{4,5,9}.

Panik atakları atağın başlangıcı ile durumsal tetikleyiciler arasındaki ilişkiye göre kabaca iki biçimde kendini gösterebilir:

1. Beklenmedik panik atakları; panik atağının başlangıcı durumsal bir tetikleyiciyle ilişkili değildir. Ataklar nedensiz ve spontan olduğu için hastalar atağın ne zaman ve nerede geleceğini bilemezler.

2. Durumsal panik atakları; PA değişmez bir biçimde durumsal bir tetikleyici ile karşılaşıldığında ya da karşılaşılabacağı düşünöldüğünde ortaya çıkmaktadır. Başka deyişle bu atakların ne zaman ve nerede olacağı önceden kestirilebilir. Durumsal ataklar daha çok sosyal ve basit fobilerde görölür⁴.

PB hastalarının önemli bir kısmında hem durumsal, hem de spontan ataklar birlikte bulunmaktadır¹¹.

DSM-IV'e göre Panik Atak tanı ölçütleri:

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

- 1.Çarpıntı, kalp atımlarının hissedilmesi, kalp atım hızında artma olması,
2. Terleme,
3. Titreme ya da sarsılma,
4. Nefes darlığı ya da boğulma hissi,
5. Soluk kesilmesi,
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
7. Bulantı ya da karın ağrısı,
8. Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik hissi ya da bayılacakmış gibi olma,
9. Derealizasyon ya da depersonalizasyon,
10. Kontrolünü kaybedeceği yada çıldıracağı korkusu,
11. Ölüm korkusu,
12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma hissi),
13. Üşüme ya da ateş basmaları gibi belirtilerdir⁴.

Panik Atak için ayrı bir tanı kriteri grubunun olmamasının nedeni, panik atakların panik bozukluk dışında diğler mental bozukluklarda, özellikle özgöl fobi, sosyal fobi ve posttravmatik stres bozukluğunda da görölebilmektedir¹².

Panik ataklı hastada, sosyal fobiler (topluluk içinde yemek yeme, bir gruba karşı konuşma, yabancılarla konuşma gibi) olabildiği gibi, panik atakların tekrarlanabileceği durumlara karşı da hastanın fobileri (asansör, toplu taşıma araçları, köprü ve otobanlarda araba kullanma, camiler v.b.) olabilir^{3,10,12}.

2.1.2 Panik Bozukluk Tanı Ölçütleri:

Panik Bozukluk, kendiliğinden beklenmedik panik atak oluşumu ile karakterizedir. Panik Bozukluğu 100 yılı aşkın bir süredir bilinmesine rağmen ancak 1980 yılında DSM-III (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) sınıflandırma sisteminde ayrı bir bozukluk olarak yer almıştır. DSM-II’de yer alan anksiyete nevrozu, DSM-III’te panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere iki ayrı kategoride ele alınmıştır. 1994 yılında yayımlanan DSM-IV’te klinik tanı ölçütleri belirlenmiştir. DSM-III-R’de PB tanısı için, fobik bir uyarandan olmaksızın dört hafta içinde en az dört atak olmalı veya bir ataktan sonra en az bir ay süren yeni bir atak olacak şekilde, beklenti anksiyetesi bulunmalıdır. DSM-IV’de ise belirli bir zaman diliminde belirli sayıda atak geçirme ölçütü kaldırılmış, tek bir nöbet geçirilse bile olası bir atak beklentisi ölçütü yeterli bulunmuştur⁴.

DSM-IV’e göre “Agorafobisiz PB” tanı ölçütleri:

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

1. Yineleyen beklenmedik panik atakları

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

a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma.

c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.

B- Agorafobinin olmaması

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

D- Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.2. Agorafobi

Agorafobi, PB’nun bir komplikasyonu olarak ya da nadiren PB öyküsü olmadan da ortaya çıkabilen; panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması halinde

kişinin yalnız kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da bir yeti yitimi durumunda yardımın gelemeyeceği topluma açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyması şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi bu durum ve yerlerden mümkün olduğunca kaçınmaktadır. Bu durumlarla karşılaştığında yoğun bir anksiyete ve kaçma isteği duymaktadır^{9,12,13}.

Agorafobik kaçınma çok sayıda yer ve durumu içerir. Bunlar içinde toplu taşıma araçları (uçaklar, yeraltı metrosu, otobüsler, trenler vs), kalabalık ortamlar (tiyatro ve sinemalar, süpermarketler, pazaryerleri, konser salonları, stadyumlar, camiler vs), kuyrukta beklemek, kapalı yerler (tünel, asansör vs), otomobile binmek ve sürmek (özellikle trafik sıkışıkken), sokakta yürümek, evden uzaklara gitmek, evde tek başına kalmak, yüksek yerler ve köprülerden geçmek sayılabilir^{1,4,5}.

Agorafobili panik bozukluğu hastalarında birden çok (ortalama 4–5 duruma yönelik) fobik kaçınma saptanmaktadır. Agorafobi, kadın panik bozukluğu hastalarında çok daha sıktır. Erkek hastalar işleri ile ilgili bazı kaçınma ya da kısıtlanmalar sergilemekle birlikte nadiren eve bağlı düzeyde agorafobi yaşarlar^{5,9,12}.

Agorafobi işe gitmede, ev işlerini yapmada, sosyal ilişkileri sürdürmede zorluklar yaratarak toplumsal ve mesleksi işlevsellikte bozulmaya yol açar. Ağır agorafobilerde, hastalar, eve ve aile bireylerine giderek bağımlı hale gelir. Böylece, agorafobili hastalar evden ayrılmaları, sosyal yaşamı sürdürebilmeleri için mutlaka başka birilerine ihtiyaç duyduklarından, aile sistemi olumsuz yönde etkilenebilir^{1,4,6,9,13}.

Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri:

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

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

B- Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (ör. Utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlara sınırlı kaçınma), özgül fobi (ör. Asansör gibi tek durumlara sınırlı kaçınma), OKB (ör. Bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), PTBS (ör. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ör. Evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3. Beklenti anksiyetesi

Panik atak geçiren bireyler o korkutucu anı tekrar yaşamak istemezler. Birkaç şiddetli ataktan sonra “beklenti anksiyetesi”, yani yeni bir panik atağı geçirme korkusu gelişir^{6,9,12,13}. Beklenti anksiyetesinin 3 öğesi vardır:

1. Bir panik atak geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşlar.
2. Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak beklentisi,
3. Süre giden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşun bedensel duyumlardan korkmak^{9,12}.

Beklenti anksiyetesi içindeki hastalar ne zaman panik atak yaşayacaklarını kestirmek amacıyla çevresel ve bedensel ipuçlarını değerlendirmeye çalışmaktadırlar. Belirgin bir uyarılmışlık hali vardır. Beklenti anksiyetesi, doğal olarak, birçok yanlış çıkarsama ve inanca yol açar ve durumsal panik ataklarının ve agorafobik kaçınmanın çekirdeğini oluşturmaya başlar. Hastalar ciddi bedensel hastalığı olabileceği endişesiyle bedenlerine odaklaşır ve hipokondriak tutum ya da davranışlar göstermeye başlarlar. Hekime başvurular artar ve hastalar sürekli tansiyon ölçüp nabız sayar hale gelir. Panik atağı sırasında yaşadığı kalp çarpıntısını kalp krizi geçirebileceğinin kanıtı olarak gören hasta, nabız artışına yol açabilecek etkinliklerden (spor yapma, cinsel ilişkide bulunma, kafeinli içecekler alma vs) kaçınmaya çalışır. Yalnızca bu anksiyeteli bekleyiş bile kişinin gündelik yaşamını sekteye uğratacak boyuta varabilir, gündelik yaşam ve sosyal ilişkiler giderek kısıtlanır, çoğul fobiler gelişmeye başlar^{10,11}.

2.4. Epidemiyoloji

Dünyanın değişik yerlerinde yapılan çeşitli araştırmalarda, PB'nun yaşam boyu sıklığı %1,4–3,8 arasında bulunmuştur^{2,14,15,16,17,18}. Amerika Birleşik Devletleri'nde Panik Bozukluğunun yaşam boyu sıklığı %1–1,5 arasında bulunmuştur^{15,19}. SCID kullanılarak İspanya'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada genel popülasyonda PB'nun yaşam boyu sıklığı %4,1 olarak belirlenmiştir²⁰. Panik bozukluğu ölçütlerini karşılamayan panik atakları, sınırlı belirtileri olan panik atakları ve panik atağı öyküsü olmaksızın agorafobi de ele alındığında ise bu oranlar daha da yükselmekte ve yaşam boyu prevalans yaklaşık %3–5 arasında olmaktadır. Toplumda yaşayanların %10'u yaşamlarında en az bir panik atak deneyimi yaşamaktadırlar^{1,3,4,6,9}. Genel popülasyonda panik atakların yaşam boyu prevalansı panik bozukluğun iki katından daha yüksektir (Amerikan Ulusal Komorbidite Araştırmasında sırası ile %7.3 ve %3.5)¹⁷.

Panik bozukluk hastaları, yaşadıkları belirtiler nedeniyle önce psikiyatri dışı hekimlere başvurdukları için tıbbi yardım arayan hasta gruplarında bu oranlar daha da yüksektir. Panik bozukluğu tanısı alan hastaların en az 1/3'ünde tabloya agorafobi eşlik etmektedir^{10,15,21}.

Panik bozukluk tüm sosyodemografik grupları etkilemekteyse de, tipik bir hasta "50 yaş altında, kadın, dul ve şehirli biri" olarak tanımlanmaktadır. Hastalık genel olarak geç ergenlikte ve erken erişkinlik döneminde (25–35) başlar. Yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde nadiren görülmektedir^{20,22}.

PB genel popülasyonda kadınlarda 2,5 kat fazla görülmektedir. Başlangıç yaşının, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15–34) ve geç başlangıçlı (45–54) olarak bimodal yaş dağılımı gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca cinsiyetler arasındaki oranlar yaşla artmaktadır 15–24 yaş arasındaki kadınlarda %2,5, erkeklerde %1,3; 35–44 yaş arasındaki kadınlarda %2,1, erkeklerde %0,6 sıklığında görülmektedir. Evli olanlarda görülme sıklığı düşmektedir. Evli olmayanlarda (dul, bekar, ayrı yaşayanlar) panik bozukluğu riski evlilere göre iki kat artmaktadır. Panik bozukluğu şehirde yaşayanlarda, kırsal kesimde yaşayanlara göre 1,5–2 kat daha fazla görülmektedir. Sıralanan bu epidemiyolojik veriler değişik kültürlerde çok az farklılık göstermektedir^{9,12,15,18,23}

PB kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür²³. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kadın erkek oranı yaklaşık 2/1 olarak bulunmuştur²⁵. Bu kadınların erkeklere göre uyaranlara daha hassas olmaları, daha az aktif, bağımsız olmalarıyla ilişkilendirilmiştir²⁶. Erkeklere göre kadınlarda otonomik (çarpıntı, nefes darlığı-bulantı gibi.) ve bilişsel belirtiler daha fazladır^{26,27,28}. Ayrıca anksiyete oluşturabilecek durumlara kadınlar daha fazla üzülür, üzerinde düşünür ve yanıt verirler²⁸. Duyguların kontrol edilebilmesi, anksiyetenin düzeyi, stresli yaşam olaylarına ve travmaya maruz kalma, sosyal geri çekilme, evlilik sorunları konularında belirgin bir fark bulunamamıştır²⁸.

PB olan 52 kadın ve 44 erkekle yapılan bir çalışmada hastalara %20'lik CO₂ solutulmuş ve kadınlarda korkunun şiddetinin daha fazla olduğu ve panik atakların daha kısa sürede ortaya çıktığı belirlenmiştir²⁹.

Çocukluk veya erken ergenlik döneminde başlayan PB için yeterince araştırma yapılmamıştır.

2.5. Eşitani:

Panik Bozukluk maliyeti yüksek, ciddi yeti yitimlerine neden olan, kronik gidişli, gidişi oldukça çeşitlilik gösteren komorbiditesi fazla bir hastalıktır. Diğer ruhsal hastalıklarla birlikteliği, alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar ve yüksek özkıyım girişimi riski nedeniyle ortaya çıkan sosyal ve ailesel işlevlerdeki bozulmalar PB'nun önemini arttırmaktadır^{9,12,13,30,31,32,33}.

Panik Bozukluğu olan hastaların %91'i ve agorafobi eşlik edenlerin %84'ünde en az bir psikiyatrik ek tanısı vardır. PB' da depresyon, agorafobi, sosyal fobi, genelleşmiş anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis, alkol ve madde kullanımının gibi eş tanıli durumlar bulunmuştur^{6,9,13,34}.

Yapılan çalışmalarda Agorafobili ya da Agorafobisiz PB'nun yaşam boyu en az bir diğer anksiyete bozukluğu ile %37 oranında ortak görüldüğü, en sık ise yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobinin eş tanıli durum olduğu, panik bozukluğu olmadan agorafobinin %32 oranında görüldüğü bildirilmiştir³⁵. Panik Bozukluğu ile agorafobinin görülme oranının %33, Panik Bozukluk ile Agorafobi,

majör depresyon, madde/alkol kötüye kullanım oranının %72 olduğunu belirlenmiştir³⁶.

Yapılan çalışmalarda, PB'ü olan hastaların %35-91'inin yaşamlarında en az bir majör depresif epizot geçirdikleri bildirilmiş ve sekonder depresyonu olan hastaların, PB başlama yaşlarının daha erken olduğu ve daha uzun süre hastalıktan yakındıklarını bildirilmiştir^{37,38,39}. DSM-IV-TR' ye göre PB olanların %10-15'inde eş zamanlı major depresif bozukluk vardır. 2/3'ü ilk panik atağını depresif dönemi sırasında ya da sonrasında geçirmiştir¹².

Anksiyete Bozuklukları da Panik Bozukluk ve/veya Agorafobi tanısı alan hastalarda sık görülür. PB olanların %15 ile 30'una sosyal fobi, %2 ile 20'sine özgül fobi, %15 ile 30'una genelleşmiş anksiyete bozukluğu ve %30'una obsesif kompulsif bozukluk eştanısı konmaktadır. Diğer yaygın eştanılar hipokondriyazis, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır^{12,40}.

Başlangıçta alkol alımı Panik Bozukluğu olan hastalarda anksiyete belirtilerini azaltsa da, alkolizm sonradan bir komplikasyon halini alır^{41,42}.

Kişilik Bozuklukları %15-75 oranında PB'na eşlik etmektedir. Bazı çalışmalar, kişilik bozukluklarının hastalığın gidişini ve etkin tedavi yapılmasını güçleştirdiğini bildirmişlerdir^{43,44,45}

2.6. Etiyoloji

Panik Bozukluğunun etiyojisine yönelik son yıllarda oldukça fazla araştırma yapılmıştır. PB etiyojisine yönelik kuramlar biyolojik ve psikososyal olarak iki grupta incelenebilir.

2.6.1. Erken Yaşam Olayları

Erişkin yaşamdaki PB ve çocukluk anksiyetesi arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma bulunmaktadır^{46,47,48,49,50,60}. Silove ve arkadaşları erken ayrılık anksiyetesinin, erişkin panik bozukluk riski ile bağlantılı olduğunu ve yaşam boyu panik bozukluk ve agorafobisi olanların, PB öyküsü olmadan GAB ve diğer fobik bozukluğu olanlardan daha fazla ayrılık anksiyetesi belirtileri gösterdiklerini bulmuşlardır^{51,52,53}. Pollak ve arkadaşları PB'ü olan erişkin hastalarının %55'inin

çocukluk çağı anksiyete belirtilerini taşıdıklarını ve çocukluk döneminde anksiyete öyküsü olanların yüksek oranda eşanlı anksiyete bozuklukları tanısı aldıklarını bildirmişlerdir⁴⁸. Yapılan birçok araştırmada çocukluk döneminde davranışların kısıtlanmasının anksiyete bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü olabileceğini belirtmişlerdir^{54,55,56,57,58,59}.

2.6.2. Ayrılık Anksiyetesi:

On yedi yaşından önce anneden ayrılık gibi travmatik yaşam olayları ile anksiyete bozukluklarının gelişiminde anlamlı bir bağ olabileceği ileri sürülmüştür. Raskin ve ark'nın yaptığı bir çalışmada, PB grubunun %53'ünde çocuklukta aileden ayrılmanın olduğunu bildirilmiştir⁶¹. Panik ataklı agorafobik hastaların, normal deneklere göre, çocukluk ve ergenlikte ana-baba ölümü, aileden uzamış ayrılık, ana-babanın boşanması gibi travmatik yaşam olaylarını daha fazla yaşadıkları bulunmuştur^{32,62,63}.

Pini ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, benzodiazepinin periferal reseptör düzeyi ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Benzodiazepinin periferal reseptörü 18000 dalton ağırlığında, farmakolojik, yapısal ve fonksiyonel olarak santral benzodiazepin reseptöründen farklı olan, steroidlerin sentezinde görev alan transmembran proteinidir. Ayrılık anksiyetesi yaşayan ve anksiyete bozukluğu olan(genelleşmiş anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk gibi...) hastalarda periferal benzodiazepin reseptöründe azalma belirlenmiştir⁶⁴.

Özellikle agorafobili hastalar ile agorafobisi olmayan PB hastaları karşılaştırıldığında çok büyük oranda 16 yaşından önce en az bir travmatik olay yaşadıkları belirlenmiştir⁶⁵.

Saunders ve ark. 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismara uğrayan çocukların, %44'ünde gelişen agorafobinin, en yaygın psikiyatrik bozukluk olduğunu bildirmişlerdir⁶⁶.

Erken dönem yaşam olayları dışında, yapılan birçok klinik araştırmada, ilk panik atağın öncesinde de stresli yaşam olaylarının bulunduğu bildirilmiştir^{30,31,32,61,65,67,68}.

2.6.3. Genetik:

Yapılan aile ve ikiz çalışmalarında, PB' da %40 oranında genetik faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir⁶⁹. Panik bozukluğu olan hastaların birinci derece

akrabalarında panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %7–20 olarak bulunmuştur^{3,9,13}. İkiz çalışmaları, PB için eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde %31 olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalara karşın PB'un biyolojik temelinden sorumlu genler henüz bulunamamıştır⁷⁰. Ancak kesin bir gen gösterilememesine rağmen 16. kromozom ve 22.kromozom (COMT GENİ) şüpheli genler olarak bildirilmiştir. PB oluşumundan genetik ve çevresel faktörlerin birlikte sorumlu olabilecekleri yaygınlaşmış bir kanıdır^{83,84,85}.

Klinik ve deneysel çalışmalar PB'un nörobiyolojisinde serotonin sisteminin önemine işaret etmektedir. SSRI'ların tedavide etkili olması, 5 hidroksitriptaminin(5-HT) deneysel ortamlarda azaltılıp panik yapıcı maddelerin verilmesiyle panik atakların olmaması PB' da serotonin sisteminin önemini göstermektedir^{71,72,73,74,79}. 5 HT'nin beyinde etkin düzeyde bulunabilmesi için sentez ve yıkım aşamalarında görev yapan moleküllerin genetik kodunun yapılması gerekir; 5-HT taşıyıcısı(5-httt), Monoamin Oksidaz A (MAO A), Triptofan Hidroksilaz 1 (TPH 1) VE 5HT-1B Reseptörü. Serotonin Transporter Geninin L (uzun) ve S (kısa) polimorfik alelleri vardır. L aleli varlığında 5HT'nin lenfositlere alımı ve sinaptik aralıktaki düzeyi artarken, S aleli sağlıklı bireylerde anksiyete belirtileri ve bazı hastalıklar ile ilişkilidir^{80,81}.

Norepinefrin Transporter Geni ile ilgili araştırmalarda PB ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır⁸².

MAO A, Serotonin ve NE yıkımından sorumlu olan enzimlerden birisidir. MAO A geninin polimorfizmi MAOA düzeyi ve etkinliği ile ilişkili bulunmuştur. MAO A'nın L aleli S aleline göre daha fazla enzim aktivitesi gösterir⁷⁵. Katekol-O-Metil Transferaz nörotransmitterlerin yıkımından sorumlu diğer bir enzimdir⁷⁶. COMT inhibitörü kullanan Parkinson Hastalarında, %40'ın üzerinde panik atak görülür⁷⁷. COMT 'un V158M (metiyonin yerine valin geçmiş) polimorfizmi PB hastalarında yüksek oranda (özellikle kadınlarda) bulunmuştur⁷⁸.

2.6.4. Gelişimsel Faktörler:

2.6.4.1.Panik Bozuklukta Biyolojik Modeller:

PB, üzerinde çok sayıda araştırma yapılan ancak biyolojik mekanizması tam olarak aydınlatılamamış bir bozukluktur. Ancak tedavide kullanılan ilaçlara yanıt

vermesi, genetik yatkınlığın olması, provokasyon testleri ile panik ataklarının uyarılması bozukluğun etiolojisinden biyolojik bir fizyopatolojik düzeneğin sorumlu olduğunu desteklemektedir^{3,6,9,12,13}.

Hastalıkta rol oynayan ana nörotransmitter noradrenalin, serotonin ve GABA'dır. Bu bireyler artmış sempatik tonüs gösterirler. Uyarılara yoğun bir tepki verirler ve tekrarlayan uyarılara yavaş adapte olurlar.

İlk kez 1979 yılında Redmond ve Huang primatlarda locus ceruleusun (beyindeki önemli noradrenerjik alan) aşırı aktivitesi ile anksiyete arasında bağlantı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Yapılan çalışmalarda PB hastalarında başlangıçta noradrenalin fazlalığının olduğu, alfa2 agonisti olan yohimbinin presinaptik noradrenalin reseptörünü etkileyerek noradrenalini arttırdığı ve bu yolla daha çok anksiyete, bedensel belirtiler ve panik ataklara neden olduğu bulunmuştur⁸⁶.

PB etiolojisinde SSRI'ların etkili bulunması, davranışçı ve nöroendokrin modellerde 5-HT'nin rol aldığı belirlenmesi serotoninin önemini arttırmıştır⁸⁷. Fenfluramin ve M-CCP gibi 5-HT'ni arttıran maddeler kortizol, büyüme hormonu ve prolaktin düzeylerini arttırarak anksiyete oluştururlar^{88,89}. M-CCP parsiyel 5-HT-2C reseptör agonisti olup, 5HT'nin diğer reseptörlerine düşük oranda bağlanır⁹⁰. M-CCP'nin oral yoldan yavaşça 0,25–0,5 mg/kg oranında verilmesi PB olanlarda %55–70 oranında panik atak oluşturur. İntravenöz yoldan yavaşça 0,05–0,1 ya da hızlı 0,06–0,08 mg/kg verilmesiyle PB olan hastalarda %9–52 oranında panik atak oluşur^{91,92,93}.

PB'un biyolojik temelinde GABA ve BZ'in rol aldığı bildirilmiştir. Benzodiazepinlerin tedavide kullanılması, GABA-BZ-Cl reseptör kompleksinin birlikteliği ve flumazenilin bu kompleksi etkileyerek PB olanlarda panik atak oluşturması bu teoriyi desteklemektedir⁸⁶.

2.6.4.2.Solunumsal Hipotezler:

Bir başka hipoteze göre panik ataklar solunum fonksiyonlarındaki bozukluklardan ileri gelmektedir. Panik bozuklukta olasılıkla MSS' de beyin sapı kemoreseptörleri düzeyinde bir defekt olduğu düşünülmektedir^{3,12,13,83,84}.

Panik bozukluk etiolojisine biyolojik yaklaşımlar çerçevesinde; bugüne kadar yapılan çalışmaların içinde en tutarlı sonuçları, laktat provokasyon testi vermiştir^{3,12,13}. Cohen ve White tarafından ortaya atılan bu hipoteze göre, panik

bozukluğu olanlarda güçlü solunum uyarıcısı olan karbondioksit ve laktatta karşı duyarlılık vardır. Egzersizden sonra laklatın artmasını da, bu kişilerde hücrel metabolizmanın yetersiz olması nedeniyle laklatın yeterince parçalanamamasına bağladılar. Araştırmalarda panik bozukluğu olan kişilere, 0.5 mol/L'lik laktattan 10 ml/kg dozunda 20 dakika boyunca intravenöz olarak verilmesinin panik atak oluşumuna neden olduğu bulunmuştur. Aynı uygulama ile normal kişilerde panik atak ortaya çıkmadığı belirlenmiştir^{3,9,13}. Benzer yolla diğer anksiyete bozukluklarında anksiyetenin ortaya çıktığı bulunmuştur^{3,9,13,83,84}.

Laktat ile ilgili hipotez, "CO₂ birikimi" ile ilgilidir. Laktat verildikten sonra karaciğer tarafından alınıp pirüvata dönüştürülür. Pirüvat metabolizması sırasında HCO₃⁻, ondan da CO₂ meydana gelir. CO₂ kan beyin bariyerini aşarak MSS' ye girer. Panik atağı geçiren kişilerin MSS' de CO₂ birikimine karşı aşırı hassas oldukları ve bu nedenle laktat infüzyonu sırasında normallerden daha fazla hiperventilasyon cevabı gösterdikleri bulunmuştur^{3,13,83}.

Yapılan çalışmalarda HPA (Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal) ekseninde bozukluk, CRF' de (Kortikotrofin Salıverici Faktör) dengesizlik olduğu da düşünülmektedir. Stres karşısında HPA ekseninde hormonal değişikliklerin olduğu bulunmuştur⁹⁷. CRF salınımı strese verilen bir yanıtıdır ve NA salınımını artırır. Anksiyete tedavisinde CRF antagonistleri de deneme aşamasındadır.

Çeşitli antidepresanların tiroit hormon düzeylerini etkilediği ve tiroit hormonları ile otonom sinir sistemi arasındaki ilişki uzun yıllardan beri bilinmektedir⁹⁸. Hayvan çalışmalarında beyinde T3 hormon düzeyinin azalması ile seratonin düzeyinin azalması arasında ilişki bulunmuştur. Kikuchi ve ark 66 PB olan hasta üzerinde yaptığı çalışmada tiroit hormonları ile PB arasında belirgin bir ilişki olduğu belirlenmiştir⁹⁸.

Biyolojik verilerin toplamı; beyin sapında locus ceruleus bölgesinin noradrenerjik hiperaktivite ve panik ataklarla, limbik sistemin beklenti anksiyetesi ile prefrontal korteksin fobik kaçınma ile ilişkili olduğunu işaret etmektedir.

2.6.5. Panik Bozuklukta Görüntüleme (MRI, PET, SPECT) Bulguları:

Magnetik Rezonans (MRI) ile yapılan görüntüleme çalışmalarında PB olan hastalarla kontrol grubu karşılaştırıldığında, medial temporal lob anomalilerinin

daha fazla olduğu bulunmuştur. Sık panik atak geçiren ve uzun süredir hastalığı devam edenlerde MRI bulgularının daha fazla olduğu bildirilmiştir⁹⁹.

PET ve SPECT çalışmalarında çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Bazı PET çalışmalarında laktat infüzyonu ile panik atak oluşturulan PB hastalarında temporofrontal ve parahipokampal bölgelerin kontrol grubuna ve atak oluşmayanlara göre kan akımında anlamlı olarak artış bulunmuştur^{100,101}. Bazı çalışmalarda da inferior parietal lobda kan akımında artış belirlenmiştir¹⁰². İstirahat halindeyken PB hastalarında hipokampus ve inferior frontal kortekste anlamlı bulgular saptanmıştır^{101,103}.

Panik bozukluktaki en önemli bağlantı parahipokampal bölge ile amigdala arasındadır. Ayrıca temporopolar korteks ve locus ceruleus'ta panik atak ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır^{3,83}. Panik atak sırasında gözlenen davranışların düzenlendiği yer parahipokampal bölgedir. Bu bölge, hipokampusa gelen ve hipokampustan çıkan uyarıların toplandığı merkezdir. Duyusal merkezlerle sıkı bağlantısı bulunmaktadır. Hipokampus gibi anksiyete nörobiyolojisi ile yakından ilgili bir bölgenin input ve outputlarını kontrol etmektedir^{3,83,84}. Bu nedenle panik atağının ortaya çıkmasında parahipokampal bölgedeki hipoaktivitenin önemli rol aldığı düşünülmektedir^{3,13,84}.

2.6.6. Bilişsel-davranışçı Kuram

Davranışçı kuramlar, anksiyetenin anne ve babanın davranışlarını örneklemekten ya da klasik koşullanma sürecinden bir öğrenilmiş yanıt olduğunu belirtir. Bilişsel kurama göre Panik atak (PA) yaşayan kişi atak sırasında oluşan belirtileri bedensel ya da ruhsal açıdan tehlikeli, zararlı ve hatta ölümcül olabileceği inancına kapılır. Bir anlamda panik hastaları “korkudan korkmakta” ve dikkatlerini bu belirtilere yoğunlaştırmaktadırlar. Bu katastrofik inançlar anksiyete artışına ve dolayısıyla daha fazla bedensel duyuma neden olmaktadır. Oluşan bu kısır döngü anksiyete ve otonomik uyarılmanın artışına ve yeni PA oluşumuna yol açmaktadır. Böylece, koşullanmış uyaranlara karşı (ör. Çarpıntı), koşullanmış yanıtlar (PA) ortaya çıkmaktadır. Bu durum çoğu zaman agorafobi ve birçok kaçınma davranışına da neden olmaktadır^{1,3,6,9,12,23}.

Bilişsel ve davranışsal terapiler PB'nun tedavisinde etkilidir. Çeşitli yayınlarda bilişsel davranışsal terapilerin yalnız başına farmakoterapiden daha üstün olduğu

iddia edilmektedir^{104,105,106}. Bazı yayınlarda bunun tersini söylenmektedir. Birkaç çalışma ve yayında kombine terapinin etkinliği üzerinde durmuştur. Bilişsel davranışsal terapilerle farmakoterapi kombine edildiğinde, yalnız başına yapılan tedaviden daha yüksek etki elde edilmiştir¹⁰⁷.

PB için bilişsel terapinin iki büyük odağı vardır. Bunlar hastanın yanlış inanışlarının yeniden yapılandırılması ve düzeltilmesi, PA'ın gelişimi ile ilgili bilgilendirilmesidir. Yanlış inanışların yeniden yapılandırılmasının merkezinde, hastanın vücudundaki duyuları yanlış yorumlaması yatmaktadır. Hasta vücudundaki bu duyuları ölüm ve dehşet olarak algılamakta ve PA geçirmektedir.

2.6.7. Psikodinamik Kuram

Freud, çocukluğun çeşitli gelişim dönemleri ile ilgili dört farklı anksiyete türü tanımlamıştır. Bunlardan ilki ayrılma anksiyetesi olup annenin kaybolması ve terk edebileceği tehdidini yaşadığı zaman ortaya çıkar.

Agorafobide, psikanalitik teoriye göre, ayrılık anksiyetesi öyküsü ve çocukluk döneminde ailenin kaybedilmesi üzerine gelişmiş bir patolojik süreç vardır. Kalabalık yerlerde yalnız başına bulunma, çocukluk döneminde yaşanan yalnız bırakılma veya terk edilmiş olma duygularını yeniden canlandırır. Bu durumda kişi, yer değiştirme, kaçınma savunma düzeneklerini kullanır. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik ayrılıklar ve terk edilmeler çocuğun gelişen sinir sistemini etkileyebilir. Bu da sonuçta gençlik dönemi şüpheli ve anksiyete içerisinde bulunan bir kimliğin gelişimine neden olabilir.

Yapılan çalışmada çocukların 17 yaşından önce ailelerinin ölümü ve ailesel ayrılık yaşamaları ile PB arasında kuvvetli bir ilişki bulmuşlardır.

PB'ü olan hastalar, belirgin kayıplara, stres dolu yaşam olaylarının yüksek bir sıklığına sahiptirler. Panik atağın başlamasından önce aylarca kontrollerini muhafaza edebilmişlerdir. Bu hastalar tipik olarak yaşam olayları ile ilgili büyük streslerle karşı karşıya kalmışlardır^{30,46,32, 61,65}.

2.7.Klinik Gidiş:

PB'nun başlangıç yaşı çok değişken olmakla birlikte genellikle ergenliğin son dönemleri ile 30'lu yaşlar arasında kalan bir döneme rastlar. Çocukluk döneminde ve 45 yaşından sonra başlaması nadirdir. Panik bozukluk, yinelemelerle giden, olağan gidişi süregelenlik gösteren bir hastalıktır^{9,12}. Yapılan çalışmalarda 1- 2 yıl sonra %25- %72 oranında iyileşme, beş-on yıl sonra %10-30'unda tam düzelme bulunmuştur^{1,1,3,4,6,9,12,140,141}. Agorafobik kaçınma davranışları gösteren olgularda, olmayanlara göre daha şiddetli bulgular görüldüğü ve hastalığın daha uzun süre devam ettiği gözlenmiştir. Agorafobik kaçınma davranışları zamanla ve tedaviyle azalma göstermesine rağmen, hastaların çoğunda panik ataklar devam etmektedir. Panik bozukluk ve eşanlı depresyonu olan olgularda daha uzun hastalık dönemi, daha şiddetli anksiyete belirtileri, daha sık panik ataklar ve daha fazla fobik kaçınma gösterdikleri gözlenmiştir³⁴.

PB' da yaşam kalitesi bozulmuştur. Yaşam kalitesinin bozulması, sağlıkla ilgili ciddi kaygılar, mali sorunlar, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmalar moral bozukluğuna ve ümitsizliğe neden olup öz kıyım riskini arttırabilmektedir. Kadın, genç ve evlenmemiş olmak öz kıyım riskini arttıran diğer etmenlerdir. Panik bozukluğu olan bireylerdeki ölüm düşünceleri şaşırtıcı değildir, panik bozukluk yaşantıları sıkıntı vericidir ve yardım arama davranışı ve yaşam kalitesi azalır^{16,142}.

Dürtüsellik, cinsiyet (kadın olma hem agorafobili panik atakların hem de iyileşmeden sonra yineleme riskini arttırır), kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, sosyal ve mesleki desteğin zayıf olması, erken başlangıç, kişilik bozukluğu bulunması panik bozuklukta kötü prognostik etmenler olarak bildirilmiştir^{143,144,145}.

2.8. Ayırıcı Tanı

Panik Bozukluğu özellikle ataklar sırasında gözlenen belirtiler nedeniyle birçok hastalıkla karışabilir. Bu nedenle tanı konulmadan önce diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıkların ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir.

Tıbbi Şartlara ve Diğer Organik Faktörlere Bağlı Olarak Ortaya Çıkabilen Panik Bozukluk^{12,163,165,166}:

Kardiyovasküler Hastalıklar: Angina pectoris, aritmiler, kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü, supraventriküler taşikardi, mitral valv prolapsusu

Endokrin Hastalıklar: Tiroid disfonksiyonu, hipertiroidizm, hipotiroidizm, hipoparatiroidizm, feokromasitoma, Cushing Sendromu, insülinoma, menapoz, hipoglisemi

Nörolojik Hastalıklar: Ensefalopatiler, temporal epilepsi, multipl skleroz, vestibüler işlev bozukluğu, wilson hastalığı, vestibüler disfonksiyon

Merkezi Sinir Sistemi Uyarıcıları (Kokain, amfetamin vb.) ve Depresanları (Alkol, barbitürat vb.)

Metabolik Bozukluklar: Hipo veya hiperkalsemi, hiponatremi, hipertermi.

İmmunolojik Hastalıklar: Anafilaksi, sistemik lupus eritematozus

Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pnömoni vb.

Herhangi bir zamanda hasta risk faktörlerine ve yaşına bakmaksızın acil servise başvurmuşsa, iyi bir öykü alınmalı ve tam bir fizik muayeneden geçirilmeli, standart laboratuvar muayeneleri yapılmalıdır. Bu çerçevede tam kan sayımı, elektrolit değerleri, glukoz oranı, kalsiyum konsantrasyonu, karaciğer fonksiyon testleri, üre, kreatinin, tiroit fonksiyonları, idrar analizi yapılmalı, ilaç alımı sorgulanmalı ve EKG çekilmelidir.

Sağlıklı kontrol gruplarına göre PB'lu hastalarda mitral valv prolapsusu daha sık görülür. Mitral valv prolapsusu olan hastalar ile PB'lu hastalar benzer belirtileri taşıyabilirler^{160,161}.

Panik atağa neden olabilecek faktörlerden madde kullanımı, tiroid, paratiroid ve adrenal bezin fonksiyonları standart olarak incelenmelidir.

Göğüs ağrısı olan ve yüksek risk özellikleri taşıyan (şişman ve hipertansif) hastalar daha ileri kardiyak testlere tabi tutulmalıdır. Bu testler arasında 24 saat EKG takibine alma, stres testleri, göğüs filmi ve kardiyak enzimlerin ölçülmesi vardır.

Atipik nörolojik bulgular varsa bu hastalarda açıklayıcı ileri testler uygulanmalıdır. EEG ve MRI yapılarak muhtemel bir temporal lob epilepsisi, multipl sklerozis ve beyinde yer işgal eden lezyonların ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Çok az karşılaşılmamasına rağmen hastalarda karsinoid tümör ve feokromasitoma da düşünölmelidir. Bunun içinde 24 saatlik idrarda seratonin metabolitleri veya katekolaminlerin miktarına bakılmalıdır.

Hipoglisemide panik atağını düşöndürebilir. Hipogliseminin diğer belirtileri yoksa nadir olarak hipogliseminin panik atağı yapabileceği unutulmamalıdır.

Panik bozukluktan ayrılması gereken psikiyatrik hastalıklar arasında simölasyon, hipokondriazis, depersonalizasyon bozukluğu, sosyal ve spesifik fobi, post travmatik stres bozukluğu, depresif bozukluk ve şizofreni vardır.

Ayrııcı tanıda somatoform bozukluklarda dikkati alınmalıdır. Buna rağmen bir hastada aynı anda hem somatoform bozuklukların hem de PB'un tanı ölçütlerine birlikte rastlanabilir.

Atipik depresyon ile anksiyete bozuklukların birbirinden ayırmak oldukça zordur. Panik atak ve atipik depresyon sıklıkla birlikte bulunur.

3- PANİK BOZUKLUK VE YAŞAM KALİTESİ

3.1.Yaşam Kalitesi: Kavram

Yaşam Kalitesi kavramı 1960-1970'li yıllarda tüketici hakları hareketlerinin yaygınlaşmasıyla, sağlık sisteminde hoşnutsuzluğun artmasına bir yanıt olarak ortaya atılmıştır¹⁰⁸.

Yaşam kalitesi sözcüğü ilk defa 1966 yılında Elkinton tarafından kullanılmıştır.¹¹⁹ Daha sonra kanser tedavilerinde ve antihipertansif tedavi sonrasında iyilik düzeyleri ve yaşam memnuniyetini belirlemede kullanılmıştır⁷⁵. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesinin araştırıldığı ilk çalışmalar konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında olmuş, bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve çocukluk-yaşlılık psikiyatrisi çalışmaları izlemiştir¹²⁰.

Tıpta yaşam kalitesi kavramının kullanılması geleneksel eskimiş, dar bakışlı görüşlerin değişmesinde etkili olmuştur. Ayrıca ilaç endüstrisindeki gelişmeler ilaçların tedavi sonrasında kişilerin yaşamlarına olan etkilerinin daha iyi değerlendirmesi de önemli bir etken olmuştur¹⁰⁹.

Yaşam kalitesi, yaşam süresinden farklı bir kavramdır. Yaşam kalitesi bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı

toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması gibi yaşamın birçok alanından söz eder. Başka bir söyleyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biimidir¹²⁰. Yaşam kalitesi geleneksel sistemde olduğu gibi hastaların öznel memnuniyeti ve iyilik hallerini değerlendirmeleri değil işlevsellik ve yetersizlik kavramlarını kapsar¹⁰⁹.

Genel kabul görmüş tek bir yaşam kalitesi tanımı yoktur¹²¹. Yaşam kalitesinin ölçülmesi konusundaki en önemli sorunlar nesnel bir kavram olması ve çevresel etkenlerden oldukça fazla etkilenmesidir^{110,122,123}. Ayrıca belirli sayıda alanı kapsayacak şekilde, çok boyutlu bir yapısının da olması önem taşımaktadır^{124,125}.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin çok boyutlu tanımı Patrick ve Erickson tarafından tarif edilmiş, daha sonra Aaronson ve grubu, yaşam kalitesinin değerlendirilmesini dört ana başlıkta toplamıştır.

1-Fiziksel Fonksiyonel Durum

2-Hastalık ve Tedavi ile İlişkili Fiziksel Semptomlar

3-Psikolojik Fonksiyon

4-Sosyal Fonksiyon^{130,131}.

Yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan lekler:

Son zamanlarda yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçek 36 başlıklı Kısa-Form Sağlık Araştırmasıdır (SF-36)^{126,127,128}. İki boyutu değerlendirir; Ruhsal sağlık ve fiziksel sağlık. Her biri 4 alt grubu içerir (yani toplam sekiz); fiziksel işlevsellik, fiziksel sağlık problemlerine bağlı işlev kısıtlılıkları, bedensel ağrı, sosyal işlevsellik, genel ruhsal sağlık, duygusal sorunlara bağlı işlev kaybı, yaşam ve genel sağlık algılaması bulunmaktadır¹²⁹.

3.2 Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi

Anksiyete bozukluklarında (PB dahil) yaşam kalitesi ile ilişkili bilgiler, yapılan epidemiyolojik çalışmalar ve klinik çalışmalardan alınmaktadır.

PB ‘da yaşam kalitesi ile ilgili ilk alışmalar Amerikan Akıl Sağlığı Ulusal Enstitüsü’nün (NIMH-ECA) alan çalışmasından ıkmıştır^{2,111,112,113,132}. Bu alışmada PB olanların %35’inde genel sağlığın, %38’inde ruhsal sağlığın kısmen ya da tamamen bozulduğu belirlenmiřtir¹¹¹. Hastaların hemen hemen tamamında sosyal aktivitelerde yetersizlik saptanmıřtır¹¹³. PB ve/veya PB+Agorafobili

hastaların %65'inin işsiz, %27'sinin yardım kuruluşlarından destek aldığı ve %23'ünün geçmiş yıllarda acil servisleri kullandığı belirlenmiştir¹¹².

Medikal Outcome çalışmasında PB olanlarla artrit, diabetes mellitus, kalp hastalığı, hipertansiyonu olanlarla karşılaştırıldığında ruhsal sağlıktaki bozulmanın daha fazla, fiziksel fonksiyonlar ve bugünkü durumlarını algılayışlarının benzer olduğu bulunmuştur¹¹⁴. Aynı çalışmada, depresyonu olanların, diğer tıbbi hastalıklar kadar veya daha büyük işlev kaybı olduğu belirlenmiştir. Sherbourne ve arkadaşlarının bulguları Kısa-Form Sağlık Araştırmasının kullanıldığı diğer pek çok çalışmanın sonuçları ile uyumludur¹¹⁴. Akıl hastalığı olmayanlara göre PB olanlarda fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevlerin anlamlı oranda düşük olduğu tanımlanmıştır¹¹⁵. PB+Agorofobili ve major depresyonu olan hastalar karşılaştırıldığında daha iyi cinsel aktivite, boş zamanlarını değerlendirme ve işe uyumlarının olduğu gösterilmiştir¹³³.

Schanfeld ve arkadaşları, Sherbourne ve ark gibi, major depresyonun panik bozukluğunu da içeren tüm anksiyete bozukluklarından çok daha fazla işlev kaybına yol açtığını bildirmişlerdir^{114,135}.

Panik bozukluğu olan hastalardaki ruhsal işlevlerde olduğu kadar, fiziksel işlev alt ölçeklerinde de anlamlı bozukluklar bildirilmiştir^{134,135,136}.

Tedavi edilmeyen PB hastaları genel populasyon ile karşılaştırıldığında 12/5.2 gün/yılda işe devam etmedikleri, 7 kat fazla oranda hastanelere başvurdukları, bunun ciddi miktarlarda maddi kayıplara neden olduğu belirlenmiştir¹¹⁶. Ayrıca tedaviden sonra bu oranlarda anlamlı oranda azalma olmuştur¹¹⁷.

Delina-Marina P. tarafından 65 PB olan hasta ile yapılan çalışmada, bu hastaların %70'inde sosyal, mesleki alanda, %30'unda evlilik yaşamında bozulma belirlenmiştir¹³⁷.

Carrera ve ark tarafından yapılan kontrollü bir çalışmada 85 PB olan hastada yaşam kalitesi değerlendirilmiş; PB olan hastalarda SF-36 ölçeğinin tüm alt gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı oranda azalma belirlenmiştir¹¹⁸.

Sınırlı panik atağı olan hastalarda bile fiziksel ve duygusal sağlık, mesleki işlevsellik ve maddi konularda önemli bozukluklar görüldüğü bildirilmektedir. Klerman ve arkadaşları, hemen tüm alt ölçeklerde panik atağı olan bireylerin

ölçümlerinin, panik bozukluğun tüm ölçütlerini karşılayanlar ile panik bozukluğu olmayan bireyler arasında ara bir durum oluşturduğunu ortaya koymuşlardır ¹³⁸.

Panik atak panik bozukluk tanısı almasa bile işlevsellikte ve yaşam kalitesinde önemli sorunlara yol açabilmektedir ¹³⁹.



4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Verilerin toplanması:

Veriler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğine 01.01.2004–01.05.2004 tarihleri arasında başvuran panik bozukluk ve/veya agorafobi veya depresyon tanısı alan ardışık 146 hastadan toplandı. Çalışmaya PB tanısı koyulan 73 (31 PB, 42 PB+Agorafobili) olgu, majör depresyon tanısı koyulan 73 olgu kabul edildi.

Çalışmaya alınan hastalar yapılandırılmış görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre PB tanısı konan, son 2 yıl içinde PB gelişmiş ve halen hastalığı sürmekte olan, yaşları 20–73 arasında (ortalama $40,3\pm 12,9$) değişen 22 kadın ve 9 erkek, panik bozukluk+agorafobi tanısı alan yaşları 18–57 (ortalama $33,6\pm 11,5$) arasında değişen 27 kadın ve 15 erkek ile major depresyon tanısı alan yaşları 20–69 (ortalama $38,5\pm 11,7$) olan 54 kadın ve 19 erkek hasta alındı. Şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar ve tıbbi duruma bağlı panik ya da madde ya da ilaç kullanımına bağlı durumlar çalışmaya alınmadı.

Tüm deneklere ilk görüşme sırasında SCID-I, Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi ölçeği (SF-36), Panik ve Agorafobi ölçeği ve Endicott İş Üretkenlik ölçeği (EWPS) uygulanmıştır. Bu testler (SCID-I haricindekiler) 0, 1., 3. aylarda hastalara tekrar uygulandı.

4.2. KULLANILAN ÖLÇEKLER

4.2.1. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Depresif belirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir testtir. M. Hamilton ve BW. Willians tarafından geliştirilmiştir. Toplam 17 soru içeren bu testte her soru 0–4 arasında derecelendirilir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği A.Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Test tekrar korelasyonu 0.85, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, Spearman- Brown güvenilirlik katsayısı 0.76'dır. Dört psikiyatrisin bağımsız derecelendirmesine dayana derecelendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0.87–0.98 arasındadır^{146,158,159}.

4.2.2. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

HAM-A ölçeği anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş, 1998 yılında Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Test 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek için kullanılır, toplam 14 soru içerir. Her soruya 0–4 arasında puan verilerek, her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Ölçeğin toplam puanı 0–56 arasında değişmektedir. Bruss ve arkadaşları, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliğini arttırabilmek amacıyla yapılandırılmış bir görüşme kılavuzu geliştirmiş, ortalama madde ve toplam puan grup içi korelasyon katsayılarını 0,99 olarak belirlemiştir¹²⁶. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliği hesaplanmış ve tek tek maddeler için 0.51–0.97 arasında bulunmuştur. Ortalama değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0.72, toplam puan için ise 0.94 olarak elde edilmiştir^{147,148}.

4.2.3 Panik ve Agorafobi Ölçeği

Panik Bozukluğu tanısı almış hastalarda panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde hastalığın şiddetini belirleyen test, B.Bandelow tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Özellikle klinik ilaç çalışmalarını izlem amacıyla geliştirilmiş olmakla beraber, psikolojik tedavilerin etkinliğini ya da bu bozukluğun hangi boyutunun hangi sağıltım biçimine yanıt

verdiğinin saptanmasında kullanılmaktadır¹⁵⁰. Tanısal değerlendirmede kullanılan bir araç değildir¹⁴⁹. Gerek gözlemci ve gerekse öz bildirim formlarından her biri beşer başlıkta toplam 14'er soru içermektedir. Başlıklar ve kapsadıkları soru sayıları sırasıyla; (A başlığı: panik atakları ve özellikleri (3+1), B başlığı: agorafobi kaçınma davranışı (3), C başlığı: beklenti anksiyetesi(2), D başlığı: yeti yitimi(3), E başlığı: organik hastalık inancı(2) ve klinik çalışmaların haftalık değerlendirmesi amacıyla kullanılmıştır¹⁵¹. "U" maddesi (atakların kendiliğinden mi yoksa beklenen durumlarda mı ortaya çıktığı) toplam puanlamaya katılmayarak, geriye kalan 13 maddenin aritmetiksel toplamı ölçeğin toplam puanını oluşturur¹⁴⁹. Her iki ölçekte de her bir başlığın başlık puan toplamı, o başlık puanını ve tüm başlıklar toplamı toplam panik bozukluğu ve bileşenleri şiddet puanını verir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini, Tural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹⁵⁰. Ülkemizde yapılan çalışma sonucunda kesme noktası 11/12 puan arasında alındığında en yüksek özgüllük (%92.94) ve duyarlılık (%92.00) sağlanmaktadır.

Cronbach alfa katsayısı, gözlemci formu için 0.88, hasta formu için 0.86 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği, gözlemci formu için $r = 0.82$, hasta formunda $r=0.70$ bulunmuştur. Sonuç olarak "Panik ve Agorafobi Ölçeği" ihtiyaç duyulan standardize panik bozukluğu şiddet ölçüm aracı özelliklerini taşımaktadır¹²³.

4.2.4. Kısa Form-36 (Short Form-36) (SF-36):

SF-36, Yaşam kalitesi ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir. Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur¹⁵². Özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir¹⁵³. En belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilişkili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel fonksiyonları değerlendirmek üzere soru bulundurmamasıdır^{154,155}. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde),

ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) ¹⁵². Ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirilmektedir ¹⁵⁴. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir ¹⁵².

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamış, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı 0.70'in üzerinde bulunmuştur, ayrıca maddeler arası korelasyon katsayıları, test-yeniden test korelasyon katsayıları güvenilirliği destekler nitelikte bulunmuştur. Güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0,7324–0,7612 arasında elde edilmiştir. Alt ölçekler için ayrı ayrı hesaplanmıştır: fiziksel fonksiyonda 0.4712–0,7348 arasında, sosyal fonksiyonda 0,8353–0,8445 arasında, emosyonel rol kısıtlanmasında 0,6539–0,8257 arasında, fiziksel rol kısıtlanmasında 0,6883–0,9034 arasında, ağrıda 0,7887–0,8872 arasında, mental sağlıkta 0,6893–0,7815 arasında, enerjide 0,6167–0,7943 arasında ve sağlığın genel algılanmasında 0,5670–0,7812 arasında bulunmuştur ¹⁵⁵.

4.2.5. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği:

İş performansı ölçeklerinin çoğu işte kaybedilen saat ya da gün sayısı, iş performansı ile ilgili doyum düzeyleri ve denegin kendi ifadesi temelinde toplam iş performansı düzeyi ile sınırlıdır. Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği (Endicott Work Productivity Scale-EWPS) ruhsal bozuklukların hastanın iş verimi üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla tasarlanmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yakın zamanda geliştirilmiş olan (Endicott ve Nee 1997) Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği (EİÜÖ), hissedilen bu gereksinime yanıt verebilecek nitelikte bir ölçme aracıdır. ¹⁵⁶.

Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği, depresif bozukluklar gibi ruhsal bozuklukların, hastanın işteki üretkenliği üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan, (1) hastalığa bağlı olarak işlerini tamamlamakta çektikleri güçlük açısından farklı derecelerdeki bireyleri ayırt edebilen ve (2) iş üretkenliği ile ilgili küçük değişimleri bile yansıtan, duyarlı bir ölçümdür. Farklı iş ortamlarında, farklı ruhsal bozukluğu olan kimseleri değerlendirmek üzere tasarlanmış olan EİÜÖ 25 maddeden oluşmaktadır. Maddeler davranışın, duygunun ya da tutumun bir önceki hafta içerisinde ne sıklıkta

görüldüğüne bağlı olarak 5 dereceli bir ölçekle (0=hiç, 1=çok nadir, 2=bazen, 3=sık sık, 4=hemen her zaman) değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ila 100 arasında değişmekte ve yüksek puan düşük iş verimine işaret etmektedir. Ölçeğin, iç tutarlık Cronbach alfa katsayılarının hasta grubu için. 93, kontrol grubu için ise. 92 olduğu tespit edilmiştir. Yalnızca hasta grubundan elde edilen verilerle hesaplanan güvenilirlik katsayısı ise .92 olarak tespit edilmiştir¹⁵⁶.

Endicott İşte Üretkenlik Ölçeğinin Türkçe formunun yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının sonuçlarına göre ölçeğin her iki grupta da yüksek düzeyde iç tutarlık katsayılarına (alfa> .90) sahip olduğu söylenebilir¹⁵⁷. Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlık katsayıları (alfa> .90) bu çalışmada elde edilen değerlerle paralellik göstermektedir¹⁵⁶.

4.3.İstatistiksel İşlemler:

Çalışma ölçütlerine uyan ve çalışmaya alınan deneklere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra tüm deneklere ayrıntılı klinik görüşme yapıldı, elde edilen bilgiler sosyodemografik veri formuna işlendi. Daha sonra kullanılacak ölçekler uygulandı. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi Mikrossoft Excel'de hazırlanan bir program kullanılarak yapıldı. Diğer ölçekler uygun şekilde değerlendirildi.

İstatistiksel İşlemler:

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 12.0 paket programı ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normale uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ve histogram ile kontrol edildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında student t testi ve Mann Whitney U testi, Kruskal Vallis testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni yaklaşımı uygulandı (p/n n; karşılaştırma sayısı) ve p<0.016 anlamlı kabul edildi. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı. Veriler ortalama±SS (standart sapma), ortanca, AD (alt değer), ÜD (üst değer) olarak gösterildi.

Bu çalışma natüralistik bir izlem çalışmasıdır. Panik bozukluk ve depresyon tanısı almış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş (sözel) 141hastanın 3 aylık tedavi sonuçları ve yaşam kaliteleri açısından değerlendirilmiştir.

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 1: Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özellikleri

	PB (n=31)	PB+Agorofobi (n=42)	Depresyon (n=73)	P
Panik Atak Yaşı	33,5±11,0 18-73			
Hastalık Yaşı	37,9±12,8 19-70	31,8±12,0 16-57	36,7±11,9 17-69	0,37
Hastaneye Başvuru Yaşı	40,3±12,9 20-73	33,6±11,5 18-57	38,5±11,7 20-69	0,038
Eğitim (Yıl)	9,9±5,5 11 (0-20)	11,3±3,9 11 (5-18)	10,3±4,2 11 (0-15)	0,3
Cinsiyet				
Kadın	22 (%71)	27(%64,3)	54 (%74)	0.3
Erkek	9 (%29)	15(%35,7)	19 (%26)	
Medeni durum				
Evli	26 (%83,9)	29 (%69)	44 (%64,7)	0.15
Bekar	18 (%16,1)	13 (%31)	24 (%35,3)	
Alkol kullanımı				
Yok	31 (%100)	34 (%82,9)	59 (%86,8)	0.06
Var	0 (%0)	7 (%17,1)	9 (%13,2)	
Sigara Kullanımı(adet)	3,3 (0-60)	3,7 (0-42)	2,2 (0-42)	0.6
Çocuk Sayısı	2,2 (0-7)	1,4 (0-5)	1,8 (0-6)	0,1

Çalışmaya 73'ü depresyon ve 73'ü PB (Agorafobili ve agorafobisiz) olmak üzere 141 hasta dahil edildi.

Depresyonu olan hastaların %64,7'si, Pan+Agorafobili %6,9'u Agorafobisiz Panik Bozukluğu olanların % 83,9'u evliydi.

Gruplar arasında cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde, PB olgularının %29'u erkek, %71'i kadın; PB+Agorafobi'li hastaların %64,3'ü kadın, %35,7'si erkek; depresyonlu olguların %26'sı erkek, %74'ü kadındı. Her iki hastalık da literatürle uyumlu olarak kadınlarda erkeklere oranla fazlaydı.

Genel olarak hastaları incelediğimizde PB başlama yaşının 33,5 olduğu, ancak başvuru yaşının 40,3 olduğu bulunmuştur. Depresyon başlama yaşının, panik bozukluğa benzer olduğu ve istatistiksel açıdan farklılık olmadığı bulunmuştur

Panik Bozukluğu olan hastaların ortalama eğitim yılı 9,9, pan+agorafobi olanların 11,3, depresyonluların 10,3 yıl olarak bulunmuştur.

PB olan hastaların çalışma oranının depresyondan daha düşük olduğu saptandı, ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Alkol kullanımı değerlendirildiğinde PB olgularında alkol alımının olmadığı, PB+Agorafobide %17,1, depresyonda %13,2 olduğu bulundu.

Tablo 2: Çalışmaya alınan olguların meslek gruplarına göre sınıflandırılması

Meslek	Depresyon	Panik Bozukluk	Panik Bozukluk + Agorafobi	P değeri
Ev Hanımı	28(%38,4)	10(%32,3)	12(%28,6)	0,17
Memur	15(%20,5)	7(%22,6)	7(%16,7)	
Emekli	10(%13,7)	3(%9,7)	3(%7,1)	
Diğer	19(%26)	10(%32,2)	16(%38,1)	
Çalışmıyor	1(%1,4)	1(%3,2)	4(%9,5)	

Meslek gruplarına göre hastalıklar değerlendirildiğinde depresyonu olanların %1,4'ü, PB+agorofobisi olanların %9,5'i, PB'u olanların %3,2'si çalışmıyordu. Depresyonu olan hastalarda çalışma oranı daha fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Tablo 3: Çalışmaya alınan olguların sosyo-demografik özellikleri

	Panik (n=31)	Panik+Agorafobi (n=42)	Depresyon (n=68)	P
Özgeçmiş Tıbbi Hastalık				
Yok	15(%48,5)	16(%38,1)	27 (%39,7)	0.82
Var	16(%51,6)	26(%61,9)	41 (%60,3)	
Soygeçmiş Psikiyatrik Hastalık				
Yok	13 %41,9)	20(%47,6)	41(%63)	0.01
Kadın Var	10(%32,2)	16(%38)	23(%31,5)	
Erkek Var	8(%25,9)	6(%14,4)	4(%5,5)	
Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık				
Yok	21(%67,7)	16(%38,1)	33(%49,3)	0.043
Var	10 (%32,3)	26(%61,9)	35 (%50,7)	
Çocuklukta İstismar				
Yok	28(%90,3)	39(%92,9)	53(%77,9)	0.067
Var	3 (%9,7)	3(%7,1)	15 (%22,1)	
Başlatan Stres Etkeni				
Yok	6(%19,4)	3(%7,1)	9 (%13)	0.27
Var	25(%80,6)	39(%92,9)	59 (%86,8)	
6 yaşından önce anneden ayrılık				
Yok	31(%100)	42(% 100)	63 (%92,6)	0,05
Var	0(%0,0)	0(%0)	5 (%7,4)	

Panik Bozukluğu olanların %51,6'sında, PB+Agorafobisi olanların %61,9'unda, depresyon hastalarının %60,3'ünde eşlik eden bir organik hastalığın olduğu belirlendi.

Psikiyatrik hastalıklar açısından soygeçmişleri değerlendirildiğinde PB hastalarının %32,2 kadın ve %25,9 erkek ; PB+Agorafobi'si olanların %38 kadın ve %14,4 erkek ; depresyonluların %31,5 kadın ve %5,5 erkek aile üyesinde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlıydı.

PB hastalarının %32,6 sı daha önce bir psikiyatrik tedavi alırken, depresyonda bu oran %64,2 olarak saptandı.

Depresyonu olan olguların %50,7'sine, PB olanların %32,3'üne, PB+Agorafobili hastaların %61,9'una bir psikiyatrik bozukluk eşlik ediyordu. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Çocukluk çağı istismar sıklığının ise PB olgularında %9,7, PB+Agorafobi'da %7,1, depresyonda %22,1 olduğu, hastalığı başlatan stres etken oranlarının her üç hastalık grubunda yüksek olduğu saptandı.

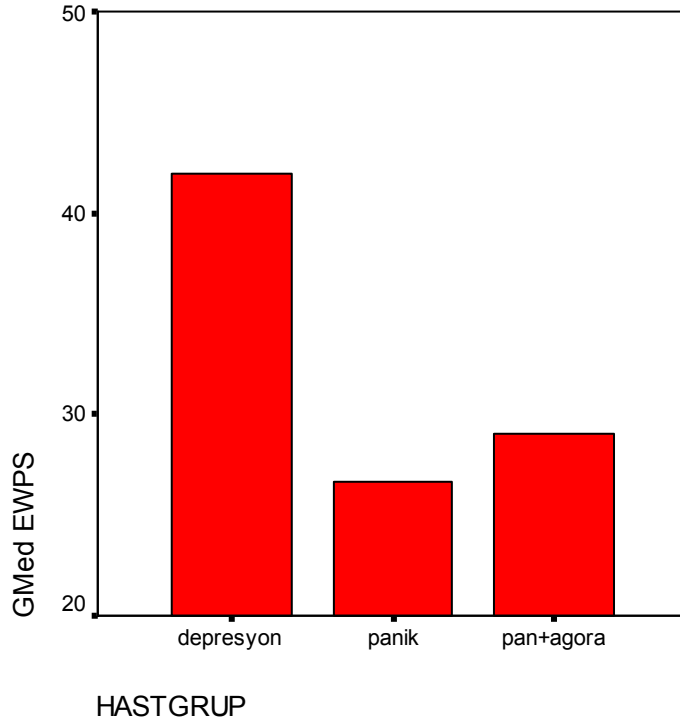
Depresyonlu hastaların %7,4'ü altı yaşından önce annelerinden altı aydan fazla ayrı kalmıştı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı.

5.2.Ölçekler

Tablo 4: Hastalık gruplarına göre ölçek puanları

	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik+Agorafobi Ort±SS Ortanca(AD-UD)	P
PAN- ÖLÇEĞİ		21,5 ± 9,6 21,5 (6-37)	27,5 ± 10,2 28 (6-45)	0,04
HAM-A	19,8±6,9 19 (7-35)	16,8±6,8 16(3-31)	18,3±7,8 16(5-40)	0,17
HAM-D	20,8±6,2 21 (6-33)	15,9±8,1 16 (0-31)	15,7±6,1 15,5(4-25)	0,000
CGI-S	4,8±0,6 5 (3-6)	4,3±1,4 4 (0-6)	4,5±1,2 5 (0-6)	0,14
EWPS	42,06±24,1 42 (0-86)	35,9±28,8 33 (12-91)	34,2±19,8 28,5(7-83)	0,457

Hastalık gruplarına göre ilk kontrol ölçekleri değerlendirildiğinde; Panik Agorafobi Ölçeği Doktor Formu ortalaması PB+Agorafobide 27,5, PB' da ise 21,5'idi ve istatistiksel olarak anlamlıydı. HAM-A ölçek puanı ortalamaları PB olgularında 16,8, PB+Agorafobide 18,3, depresyonda 19,8; HAM-D ölçek puanı ortalamaları PB' da 15,9; PB+Agorafobide 15,7, depresyonda 20,8; CGI-S değerleri PB' da 4,3, PB+Agorafobide 4,5, Depresyonda 4,8'di. EWPS ölçek puanı ortalamaları PB' da 35,9, PB+Agorafobide 34,2, depresyonda ise 42,06 olarak belirlendi.



Şekil 1: EİÜÖ puanlarının hastalık gruplarına göre dağılımı

EİÜÖ'ne baktığımızda her üç hastalık grubunda da iş üretkenliğinin bozulduğu, ancak görece depresyonu olanlarda daha fazla olduğu belirlendi. PB ve PB+Ago'li olgular karşılaştırıldığında ise PB+Ago'de işte üretkenliğin daha fazla bozulduğu görüldü.

5.3. Yaşam Kalitesi

Tablo 5: PB ve Depresyon hastalarının SF-36 alt gruplarına göre ölçek puanları

	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik Bzk. Ort±SS Ortanca (AD-UD)	P değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	83,1±25,9 100 (0-100)	90,8±19,1 100(15-100)	0.07
Fiziksel Rol Güçlüğü	71,2±43,03 100 (0-100)	75±39,3 100 (0-100)	0.7
Ağrı	57,3±25,3 61 (0-90)	65,8±22,2 67 (12-90)	0,004
Genel Sağlık	29,5±24,06 20 (0-82)	42,2±25,5 42,5 (0-100)	0.003
Enerji	17,7±12,9 15 (0-55)	25,9±19,01 20 (0-90)	0.006
Sosyal Fonksiyon	26,3±21,5 25 (0-100)	45,3±33,8 37,5 (0-100)	0.002
Duygusal Rol Güçlüğü	8,7±26,07 0 (0-100)	26,4±40,7 0 (0-100)	0.001
Ruhsal Sağlık	22,5±13,8 20 (0-68)	33,9±20,4 28 (0-92)	0.000

Depresyon ve panik bozukluğu olan hastalar yaşam kalitesi ölçeği göz önüne alınarak karşılaştırıldığında (fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyonlar haricinde) tüm alt gruplarda depresyonda yaşam kalitesinin daha bozuk olduğu belirlendi.

Tablo 6: PB, PB+Ago, Depresyon Gruplarının Yaşam Kalitesi Tablosu

	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik+Agorafobi Ort±SS Ortanca(AD-UD)	P değeri
Fiziksel Fonksiyonlar	82,8±26,03 100 (0-100)	90,2±20,2 100 (25-100)	91,4±18,3 100(15-100)	0.15
Fiziksel Rol Güçlüğü	70,8±43,2 100 (0-100)	79,8±37,9 100 (0-100)	72,02 ± 40,3 100 (0-100)	0.66
Ağrı	57,6±25,4 61 (0-90)	66,5±22,5 72 (22-90)	64,5±22,7 61,5(12-90)	0,19
Genel Sağlık	29,6±24,2 20 (0-82)	47,3±26,7 45 (0-100)	37,9±24 40 (0-85)	0.007
Enerji	17,4±12,7 15 (0-55)	27,6±22,9 25 (0-90)	25,1±15,7 20 (0-60)	0.13
Sosyal Fonksiyon	25,8±21,2 25 (0-100)	48,4±35,2 50 (0-100)	43,5±32,7 31,3(0-100)	0.003
Duygusal Rol Güçlüğü	7,4±23,9 0 (0-100)	34,4±44,3 0 (0-100)	22,2±38,7 0(0-100)	0.001
Ruhsal Sağlık	22,6±19,9 20 (0-68)	35,6±25,5 24 (0-92)	32,3±15,7 28 (8-72)	0.001

Her üç alt grup yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında ise panik bozukluk+agorafobisi olan olgularda yaşam kalitesinin depresyonla karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyonlar, fiziksel rol güçlüğü ağrı, genel sağlık, enerji alt gruplarında bozulmanın yakın olduğu ancak diğer alt gruplarda depresyonda bozulmanın daha fazla belirlendi.

Tablo 7: PB, PB+Ago, Depresyon Gruplarında Yaşam Kalitesi Tablosu(2.Görüşme)

	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik+Agorafobi Ort±SS Ortanca(AD-UD)	p
Fiziksel Fonksiyonlar	90,6±19,3 100 (0-100)	95,7±11,5 100 (60-100)	99,3±3,12 100(85-100)	0.012
Fiziksel Rol Güçlüğü	86,6±33,7 100 (0-100)	92,3±27,7 100 (0-100)	93,5 ± 22,9 100 (0-100)	0.71
Ağrı	68,6±25,7 84 (0-90)	72,6±25,3 90 (15-90)	74,8±18,9 84 (22-90)	0,78
Genel Sağlık	49,9±27,07 52 (0-100)	67,8±28,6 75 (5-92)	40,4±29,8 30 (0-97)	0.023
Enerji	42,9±23,2 45 (0-100)	59,2±27,3 65 (10-90)	47,4±24,9 45 (0-85)	0.074
Sosyal Fonksiyon	60,8±29,5 62,5 (0-100)	67,3±35,2 87 (0-100)	63±32,9 62,5(0-100)	0.77
Duygusal Rol Güçlüğü	61,2±47,7 100 (0-100)	77,9±42,1 100 (0-100)	55,07±49,9 100(0-100)	0.029
Ruhsal Sağlık	54,7±25,3 56 (12-100)	70±31 84 (0-96)	60,9±23,7 60 (12-96)	0.072

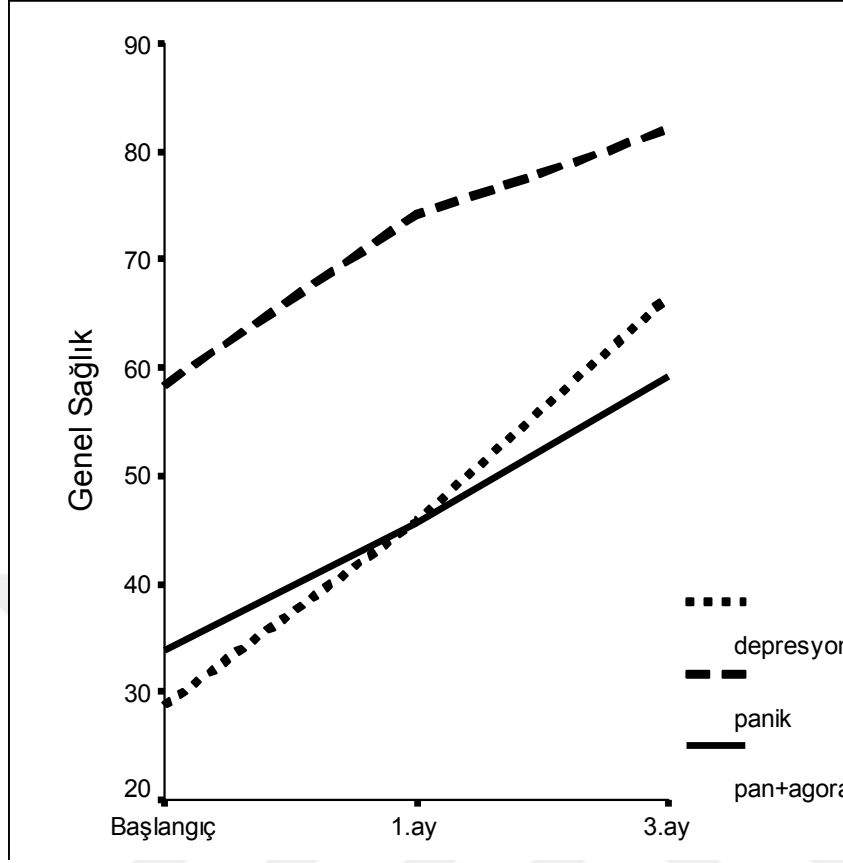
İkinci görüşmede genel sağlık ve duygusal rol güçlüğü alt gruplarında PB+Agorofobi grubunda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu belirlendi. Agorofobili panik bozukluk hastalarında tüm alt gruplarda bozulma agorofobisiz panik bozukluk ile karşılaştırıldığında daha fazlaydı.

Tablo 8: PB, PB+Ago, Depresyon Gruplarında Yaşam Kalitesi Tablosu (3.Görüşme)

	Depresyon Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik Ort±SS Ortanca (AD-UD)	Panik+Agorafobi Ort±SS Ortanca(AD-UD)	p
Fiziksel Fonksiyonlar	86,6±6,9 100 (75-100)	97±6,7 100 (85-100)	100±0,0 100(100- 100)	0.23
Fiziksel Rol Güçlüğü	91,07±26,5 100 (0-100)	100±0,0 100 (0-100)	100 ± 0,0 100 (100- 100)	0.38
Ağrı	70,8±27,8 87 (0-100)	90±0,0 90 (90-90)	80±13,8 84 (51-90)	0,1
Genel Sağlık	68,3±20,3 67,5 (32-97)	82±16,9 92 (57-97)	62±31,9 73,5 (5-97)	0.31
Enerji	63,8±24,9 67,5 (10-100)	79±8,2 75 (70-90)	61,7±30 65 (10-95)	0.44
Sosyal Fonksiyon	85,7±25,4 100 (12,5-100)	95±11,2 100 (75-100)	83,3±27,4 100(25-100)	0.77
Duygusal Rol Güçlüğü	85,7±35,6 100 (0-100)	100±0,0 100 (100-100)	75±45,2 100(0-100)	0.42
Ruhsal Sağlık	69,6±24,6 76 (8-100)	79,2±13,08 80 (64-92)	73±24 78 (28-96)	0.77

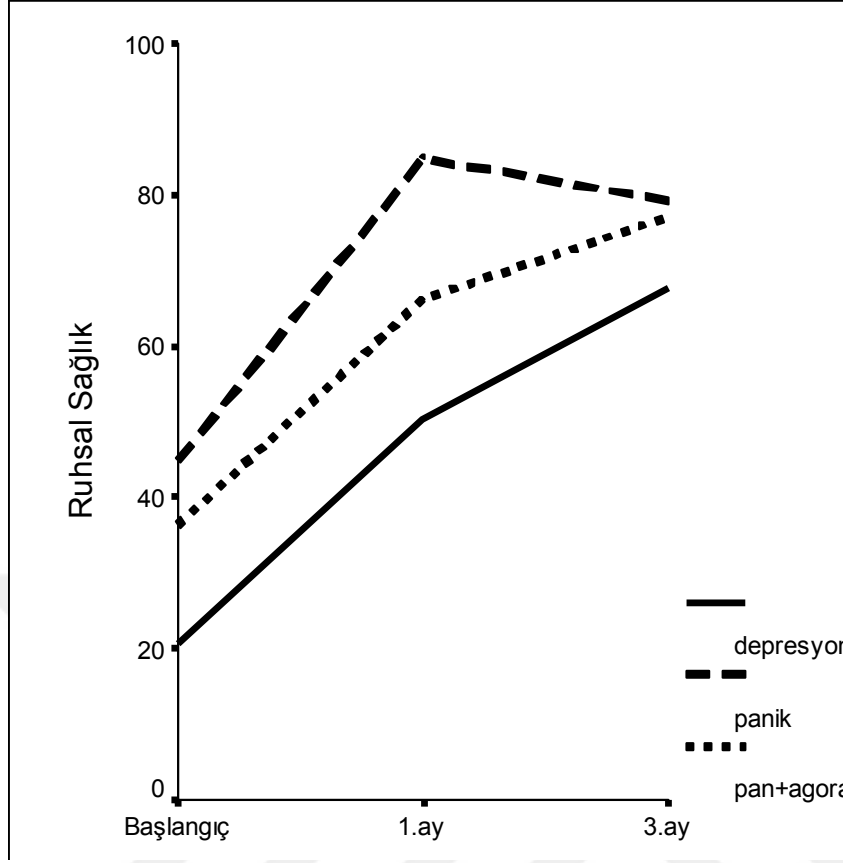
Üçüncü görüşmede depresyon, PB, PB+Agorafobi hastaları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldıklarında tüm alt gruplarda istatistiksel olarak fark kalmamıştı.

Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk hastalarının yaşam kalitesi fizik fonksiyonlar, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyonlar, duygusal rol güçlüğü alt ölçekleri 1. Ay sonunda anlamlı olarak iyileşmekteydi ve bu iyilik 3. ayda da devam etmekteydi (R= p< 0.05) Ruhsal sağlık alt ölçeğinde ise düzelme 3. aydan sonra başlamaktaydı.



Şekil 2: Hastalık Gruplarının Genel Sağlık Yönünden Karşılaştırılması

Şekilde görüldüğü gibi üç görüşmede de, panik+agorafobisi olan hastalarda genel sağlık depresyona göre daha bozuktur.



Şekil 3: Hastalık Gruplarının Ruhsal Sağlık Yönünden Karşılaştırılması

Yaşam kalitesinin ruhsal sağlık alt grubunda depresyon ve panik+agorafobi hasta gruplarında panik bozukluğa göre daha fazla bozulmanın olduğu belirlendi.

6.TARTIŞMA

Panik Bozukluk, beklenmedik panik ataklarıyla beraber yoğun korku, kontrolünü kaybedeceği, delireceği, ölebileceği, kalp krizi geçirebilecekleri düşünceleri ve beklenti anksiyetesi ile karakterize bir bozukluktur. Sosyal ve mesleki alanlarda da yetersizliklere neden olan ciddi ve süreklilik gösteren bir bozukluktur³⁶. Panik ataklar, hastalığın en önemli temel belirtisidir⁴. Panik ataklar ani olarak başlar. Kardiyovasküler, respiratuvar, nörolojik ve gastrointestinal belirtiler, terleme, titreme ve fizyolojik belirtiler(bulantı, delireceği ya da kontrolünü kaybedeceği korkusu vs...) ile karakterizedir¹⁶².

Evli olmayanlarda (dul, bekar, ayrı yaşayanlar) panik bozukluğu riski evlilere göre iki kat artmaktadır^{9,12,15,18,23}. Bu çalışmada da, Agorafobili Panik Bozukluğun literatürle uyumlu olarak dul, bekar ya da ayrı yaşayanlarda daha fazla olduğu bulundu. Bu durum hastalığın iyileşmesinde ya da daha kötüye gitmemesinde sosyal desteğin önemli bir faktör olabileceğini düşündürmüştür.

Genel olarak hastaları incelediğimizde; PB başlama yaşının 33,5 olduğu, ancak başvuru yaşının 40,3 olduğu bulunmuştur. Depresyon başlama yaşının, panik bozukluğa yakın olduğu ve istatistiksel açıdan farklılık olmadığı bulunmuştur. Başlangıç yaşının, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15–34) ve geç başlangıçlı (45–54) olarak bimodal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca cinsiyetler arasındaki oranlar yaşla artmaktadır. 15–24 yaş arasındaki kadınlarda %2,5, erkeklerde %1,3; 35–44 yaş arasındaki kadınlarda %2,1, erkeklerde %0,6 sıklığında görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, panik bozukluğun genellikle ergenlik ile 30 yaş arasında başladığını, ortalama başlangıç yaşının 25 olduğunu ve tedavi için başvuruların 25–45 yaşlarında yapıldığı bildirilmektedirler^{9,12,15,18,23}. Weissman ve arkadaşları yaşlandıkça panik bozukluğu sıklığının azaldığını ve 65 yaş üzerinde ise nadiren görüldüğünü bildirmişlerdir¹¹⁴.

Cinsiyete göre dağılım değerlendirildiğinde, PB olgularının %29'u erkek, %71'i kadın, Pan+Ago'li hastaların %64,3'ü kadın %35,7'si erkek; depresyonlu olguların %26'sı erkek, %74'ü kadındı. PB ve PB+Ago hastalıklarının her ikisinde de, literatürle uyumlu olarak kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu belirlendi²⁵.

Hastaneye başvuru yaşı PB+Agorafobi grubunda depresyon ve PB hastalarına göre daha erkendi. Bu Agorafobi eşlik ettiğinde hastaların daha yoğun sıkıntı yaşamaları ve sosyal, mesleki ve aile yaşamlarında kısıtlamalara yol açması ile açıklanabilir.

Meslek gruplarına göre hastalıklar değerlendirildiğinde; depresyonu olanların %1,4'ü, PB+Ago olanların %9,5'i, PB olanların %3,2'si çalışmıyordu. PB olanlarda çalışma oranı daha düşüktü ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Literatürde panik bozuklukta işsizlik oranlarının daha fazla bulunmaktadır¹¹². Çalışma örnekleme bakıldığı zaman, bir üniversite hastanesine başvurunun daha çok çalışan ya da resmi güvencesi bulunan gruptan olabileceği bilinmektedir. Bu durum literatürle ortaya çıkan uyumsuzluğu açıklayabilmektedir. Çalışmaya katılan hastalarda EİÜÖ'ne göre iş üretkenliğinin belirgin olarak bozulması panik bozukluğunun iş yaşamını da olumsuz olarak etkilediğini düşündürmüştür.

Panik Bozukluğu olanların %51,6'sında, PB+Ago'si olanların %61,9'unda, depresyon hastalarının %60,3'ünde eşlik eden bir organik hastalığın olduğu belirlendi. Literatürde de Panik Bozukluğuna sıklıkla organik hastalıklar eşlik etmektedir¹⁶³.

Psikiyatrik hastalıklar açısından soygeçmişleri değerlendirildiğinde PB hastalarının %32,2 kadın ve %25,9 erkek; PB+Ago'si olanların %38 kadın ve %14,4 erkek; depresyonluların %31,5 kadın ve %5,5 erkek aile üyesinde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Yapılan araştırmalarda PB olan hastaların birinci derece akrabalarında ortalama %10,7(%7,7–20,5) oranında PB eşlik ettiği bulunmuştur¹⁶³. Goorwood ve ark çalışmasına göre PB olanların aile üyelerinde hastalığın ortaya çıkma riski %78,3'lere çıkmaktadır¹⁶⁴.

Çocukluk çağı istismar sıklığının, PB olgularında %9,7; PB+Ago'da %7,1, depresyonda %22,1 olduğu, hastalığı başlatan stres etken oranlarının her iki hastalık için de yüksek olduğu saptandı. Depresyonu olan hastaların %7,5'u altı yaşından önce annelerinden altı aydan fazla ayrı kalmıştı, istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu literatürden daha düşük oranları yansıtmaktaydı. Bu durum çalışmanın yapıldığı grupta istismarın daha az olduğu anlamına gelmemektedir. Yapılan çalışmalarda, PB grubunun %53'ünde çocukluk döneminde aileden ayrılmanın olduğunu

bildirmiştir⁶¹. PB+Ago'li hastaların, normal deneklere göre, çocukluk ve ergenlikte ana-baba ölümü, aileden uzamış ayrılık, ana-babanın boşanması gibi travmatik yaşam olaylarını daha fazla yaşadıkları bildirilmiştir^{32, 62, 63}.

Eş tanılar diğer birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi panik bozuklukta da oldukça sıktır. Çalışmamızda depresyonu olan olguların %50,7'sine, PB olanların %32,3'üne, PB+Agorofobili hastaların %61,9'ine bir psikiyatrik bozukluk eşlik ediyordu. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Literatürde PB'da depresyon, sosyal fobi, genelleşmiş anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis, alkol ve madde kullanımının gibi eş tanı durumları bulunmuştur^{6,9,13,34}. Goisman ve ark. agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğun yaşam boyu en az bir diğer anksiyete bozukluğu ile %37 oranında ortak görüldüğünü, en sık ise GAB ve sosyal fobinin eş tanı durum olduğunu, panik bozukluğu olmadan agorafobinin %32 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir³⁵. Stein ve ark Panik Bozukluğu olan hastaların %35-91'inin yaşamlarında bir majör depresif epizoddan yakındıklarını bildirdiler³⁷.

Yaptığımız çalışmada PB+Agorofobili hastalarda alkol kullanımı literatürle uyumlu olarak depresyondan daha fazla olarak bulunmuştur. Bu durum hastaların depresyondan farklı olarak daha fazla alkol kullandıkları, anksiyeteli durumdan kurtulmak için buldukları bir yol olarak değerlendirilmiştir. Yapılan aile çalışmalarında alkol kullanımı ile PB arasında birinci derece ilişki bulunmuş ve PB olan hastalarda alkol kullanma oranının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir^{40,42}.

Yaptığımız çalışmada sigara kullanımının PB+Ago, PB ve depresyon hastalarında sırasıyla ortalama 3.3, 3.7, 2.2/adet/gün olduğu ve PB,PB+Ago'li hastalarda depresyona göre daha fazla olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.

PB ile PB+Ago arasındaki farklara baktığımızda; PB+Agorofobide tek başına PB grubuna göre belirtilerin şiddeti daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Agorafobinin eşlik ettiği durumlarda sadece panik belirtileri değil aynı zamanda HAM-A ölçek puanları da daha fazlaydı. Tüm bunlar agorafobi eşlik ettiğinde hastalığın şiddetinin arttığının bir göstergesi olarak değerlendirildi.

PB ve Depresyon gruplarının her ikisinde yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilese de Depresyon (fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyonlar haricinde) yaşam kalitesini istatistiksel olarak daha fazla bozmaktaydı.

PB, PB+Agorafobi ve Depresyon grupları yaşam kalitesi alt grupları göz önüne alınarak karşılaştırıldığında, genel sağlık, sosyal fonksiyonlar, duygusal rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt gruplarında anlamlı olarak daha fazlaydı.

Panik bozukluk+Agorafobisi olan olguların yaşam kalitesi depresyonu olanlarla karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyonlar, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji alt gruplarında bozulmanın yakın olduğu ancak diğer alt gruplarda bozulmanın depresyonda daha fazla olduğu görüldü. Agorafobili Panik Bozukluk hastalarında Agorafobisiz Panik Bozukluk ile karşılaştırıldığında bozulma daha fazlaydı.

Depresyon grubunda SF-36'nın ruhsal sağlık alt grubundaki bozulma başlangıçta diğer hastalık gruplarına göre daha fazlaydı. Bu PB olan hastaların hastalıklarını organik bir bozukluk gibi algılamaları ve bu yönde tedavi arayışı göstermeleriyle ilişkili olabilir.

Hastaların bir aylık tedavilerinden sonraki ikinci görüşmelerinde genel sağlık alt gruplarında PB+Agorofobi grubunda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu belirlendi. Bu durum PB+Agorafobili hastaların tedaviye biraz daha geç yanıt verebileceğini, hissettikleri bu bedensel belirtilerini olumsuz algı yüzünden daha fazla sağlık harcamaları yapabileceğini düşündürmüştür.

Üçüncü görüşmede (tedaviden sonraki üçüncü ayda) depresyon, PB, PB+Ago hastaları yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldıklarında tüm alt gruplarda istatistiksel olarak fark bulunmadı.

Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk hastalarının yaşam kalitesinin fizik fonksiyonlar, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyonlar, duygusal rol güçlüğü alt ölçekleri 1. ay sonunda anlamlı olarak iyileşmekteydi ve bu iyilik 3. ayda da devam etmekteydi ($R = p < 0.05$). Ruhsal sağlık alt ölçeğinde ise düzelmeye 3. aydan sonra başlamaktaydı. Bu da bedensel semptomların daha önce düzelmeye başlamasına rağmen ruhsal belirtilerin tedaviye daha geç yanıt verdiğini bu nedenle hasta takipleri sırasında hem ruhsal hem de bedensel belirtilerin ayrı ayrı üçüncü ay sonuna kadar sorgulanması gerektiğini düşündürmüştür.

SONUÇ

Bu çalışmanın asıl amacı, toplumda son zamanlarda daha fazla tartışılmaya başlanan, hem doktorlar hem de hastalar tarafından tanınırlığı giderek yaygınlaşan panik bozukluğunun, yaşam kalitesini depresyona oranla ne denli etkilediğini araştırmaktır. Çalışmanın sonucunda, oldukça gürültülü semptomlarla başlayan panik bozukluğunun eşanlı durumlar eklenmedikçe yaşam kalitesini depresyon kadar bozmadığı ama özellikle agorafobi eşlik ettikten sonra yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle erken tanınıp eşanlı durumlar eklenmeden önce tedaviye alınmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmüştür.



7. KAYNAKLAR

1. **Güleç C, Köroğlu E.** *Temel Psikiyatri Cilt 1.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.
2. **Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ.** One-month prevalence of mental disorders in United States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45:977-986
3. **Ceylan ME, Yazan B.** *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 3.Cilt, Anksiyete Bozuklukları.* 1.Baskı, 2000.
4. **Köroğlu E (çeviren).** *Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*, Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1994
5. **Angst J.** Panic Disorder: History and epidemiology. *Eur.Psychiatry*, 1998; 13(suppl.2): 51-55
6. **Atalay ND, Bayraktar E** *Panik Bozukluk.* İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 141, 1992.
7. **Sevin BH.** Mitral valve prolapse, panic states and anxiety. *Psychiatr Clin. North Am.*, 1987; 10:1,141-150.
8. **Pichot P.** Nosological models in psychiatry. *Br J Psychiatry*, 1994; 164:232-240
9. **Kaplan HI, Sadock BJ.** *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry.* Baltimore: 1998: 594-602
10. **Aronson TA, Logue CM.** Phenomenology of panic attack: a descriptive study of panic disorder patients self reports. *J Clin. Psychiatry*, 1988 ; 49: 8-13
11. **Davidson JRT.** The long-term treatment of the panic disorder. *J.Clin. Psychiatry*, 1998; 59(suppl.8): 17-21
12. **Kaplan Harold I, Sadock BJ.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Anxiety Disorders.* Williams and Wilkins, 1995
13. **Atalay ND, Bayraktar E.** *Panik Atağı ve Panik Bozukluk.* Anksiyete Monografaları 6, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995: 225-254.
14. **Katerndahl DA, Realini JP.** Lifetime prevalence of panic states. *Am. J. Psychiatry*, 1993; 150: 246-249.

15. **Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ.** Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*, **1994**; 151(3): 413-420
16. **Katerndahl DA, Realini JP.** Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, **1997**; 58(4) : 153-158.
17. **Regier CA, Farmer MA, Rae ds et al.** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, **1990**; 264:2511-2518
18. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ.** The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **1997**; 54: 305-309.
19. **Weissman MM.** Panic Disorder: Impact of uality of Life American Psychiatric Assosiation Symposium: Strategies for Long Term Treatment. *Journalof Clinical Psychiatry*, **1990**;52(2):6-8
20. **Sergui J, Marquez M, Garcia L et al.** Differatial Clinical Features of Early-Onset Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders*, **1999**; 54: 109-117
21. **Dager SR, Khan A, Corness KA ve ark.** Mitral valve prolapse and the anxiety disorders. *Hosp Com Psychiatry*, **1988**; 39(5):517-531
22. **Sergui J, Carulla SE, Marquez M, Garcia L et al.** Differatial Clinical Features of Late-Onset Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders*, **2000**; 57: 115-124
23. **Fyer AJ, Mannuzza S, Copland JD.** *Panic Disorders and agoraphobia, In Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI Vol 1*(Eds: Kaplan HI, Sadock BJ.) Williams and Wilkins, Baltimore, **1995**; 1191-1204
24. **Bourdan KH, Boyd JH, Rae DS et al.** Gender Differences in Phobias: Results from ECA Community Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, **1988**; 2:227-241
25. **Gater R, Tansella M, Karten A et al.** Sex differences in the prevelance and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: Report for the World Health Organization Collaborative Study on psychological problemsin general health care. *Archives of General Psychology*, **1998**; 55:405-413.
26. **Chambless DL, Mason J.** Sex, sex role stereotyping and agarophobia. *Behaviour Research and Therapy*, **1986**; 24:231-235.
27. **Oei TPS, Wanstall K, Evans L.** Sex differences in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, **1990**;4:317-324
28. **Turgeon L, Marchand A, Dupuis G.** Clinical features of panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *Journal of Anxiety Disorders*, **1998**;12:539-553

29. **Papp LA, Martinez JM, Klein DF et al.** Respiratory psychophysiology of panic disorder: Three respiratory challenges in 98 subjects. *Am J Psychiatry*, **1997**; 154(11): 1557-1565
30. **Finaly-Jones R, Brown GW.** Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol Med*, **1981**; 11: 803-815.
31. **Roy-Byrne P, Geraci M, Uhde T.** Life events and the course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, **1986**; 143:1033-1035.
32. **Faravelli C.** Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affective Disord*, **1985**; 9: 103-105.
33. **Keller MB, Hanks DL.** Course and outcome in panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, **1993**; 17: 551-570.
34. **Noyes R, Reich J, Christiansen J et al.** Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, **1990**; 47: 809-818.
35. **Goisman RM, Warshaw MJ, Steketee GS et al.** DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry*, **1995**; 152(10): 1438-1443.
36. **Klerman GL, Weissman MM, Ouellette Ret al.** Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assoc*, **1991**; 265(6): 742-746.
37. **Stein MB, Tancer ME, Uhde TW.** Major depression in patients with panic disorder: Factors associated with course and reoccurrence. *J Affect Disord*, **1990**; 19: 287-296.
38. **Van Valkenburg C, Akiskal HS, Puzantian V, Rosenthal T.** Anxious depressions: clinical, family history and naturalistic outcome: comparison with panic and major depressive episode. *J Affect Disord*, **1984**; 6:67-82.
39. **Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathac D.** Comparison of primary and secondary panic disorder: A preliminary report. *J Affect Disord*, **1993**; 27: 81-86.
40. **Munjack M, Moss HB.** Affective disorders and alcoholism in family of agoraphobics. *Arch Gen Psychiatry*, **1981**; 38: 869-871.
41. **Cox BJ, Norton R, Dorward J, Fergusson PA.** The relationship between panic attacks and chemical dependencies. *Addict Behav*, **1989**; 14: 53-60.
42. **Goodwin RD, Lipsitz JD, Chapman TF et al.** Alcohol use disorders in relatives of patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, **2006**;47:88-90

43. **Hoffman SG, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM et al.** Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depress. Anxiety*, **1998**;98(2): 116–123
44. **Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Philips KA et al.** Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **2002** ;59:434-440
45. **Marchesi C, Cantoni A, Fanto S, RM Giannelli, Maggini C.** The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: A 1-year naturalistic study. *Journal of Affective Disorders*, **2005**; 89:189-194.
46. **Klein RG.** Adult consequences of childhood separation anxiety disorders. In Macher JQ Crocq (Eds). *New Prospects in psychiatry/ the Bioclinical Interface I*. Amsterdam: Elsevier Science, **1992**.
47. **Klein RG.** Is panic disorder associated with childhood separation anxiety disorder? *Clin. Neuropharmacol*, **1995**; 18. suppl:17-14.
48. **Pollak MH, Otto MW et al.** Longitudinal course of panic disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry*, **1990**; 51: 12-16
49. **Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA et al.** Behavioural inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Rev Psychiatry*, **1993**; 1: 2-16
50. **Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S et al.** Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, **1994**; 151: 927-929
51. **Silove D, Manicavasagar V.** Adults who feared school: Is early separation anxiety specific to pathogenesis of panic disorder? *Acta Psychiatry Scand*, **1993**; 88: 390
52. **Silove D, Manicavasagar Y, O'Connell D et al.** Reported early separation anxiety symptoms in patients with panic and generalised anxiety disorders. *Aust N Z Psychiatry*, **1993**; 27: 487-494.
53. **Silove D, Harris M, Morgan A et al.** Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychol Med*, **1995**; 25: 405-411
54. **Kagan J, Reznick JS, Clarke C et al.** Behavioural inhibition to the unfamiliar. *Child Dev*, **1984**; 55: 2212-2225
55. **Rosenbaum JF, Biederman J, Gersten M et al.** Behavioural inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, **1988**; 45: 463-470
56. **Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfeld MA et al.** Psychiatric correlates of behavioural inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, **1990**; 47: 21-26.

57. **Reznick JS, Kagan J, Snidman N et al.** Inhibited and uninhibited children: A follow-up study. *Child Dev*, **1986**; 51:660-680.
58. **Last CG, Hersen M, Kazdin A et al.** A family study of childhood anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, **1991**; 48:928-934.
59. **Turner SM, Beidel DC, Costello A.** Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *J Consult Clin Psychol*, **1987**; 55: 229-235.
60. **Marshall RD, Schneider FR, Lin SH et al.** Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *Am J of Psychiatry*, **2000**; 157:451-453
61. **Raskin M, Peeke HVS, Dikman W et al.** Panic and generalized anxiety disorders: Developmental antecedents and precipitants. *Arch Gen Psychiatry*, **1982**; 39: 587-589
62. **Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK et al.** The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, **1989**; 154: 823-828.
63. **Harris EL, Noyes R, Crowe RR et al.** Family study group of agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry*, **1983**; 40: 1061-1064.
64. **Pini S, Martini C, Aballi M et al.** Peripheral-type benzodiazepine receptor binding sites in platelets of patients with panic disorder associated to separation anxiety symptoms. *European Neuropsychopharmacology*, 2005; 15(2): 171.
65. **Faravelli C, Pallanti S.** Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*, **1989**; 146: 622-626.
66. **Saunders BE, Villeponteaux LA, Liipovsky JA et al.** Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Interpersonal Violence*, **1992**; 7: 189-204.
67. **Klein DF.** Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacol*, **1964**; 5: 397-408.
68. **Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde T.** Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry*, **1986**; 143: 1424-1427.
69. **Hattema JM, Neale MC, Kendler KS.** A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J of Psychiatry*, **2001**; 158:1568-1578.
70. **Knowles JA, Ryer AJ, Vieland VJ et al.** Results of genome-wide genetic screen for panic disorder. *American Journal of Medical Genetics*, **1998**; 81:139-147

71. **Bell C, Forshall S, Adroven M et al.** Does 5-HT restrain panic? A tryptophan depletion study in panic disorder patients recovered on paroxetine. *Journal of Psychopharmacology*, **2002**; 16:5-14.
72. **Nutt DJ, Forshall S, Bell C et al.** Mechanisms of action of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, **1999**;9:81-86
73. **Schruers K, Klassen T, Pols H et al.** Effects of tryptophan depletion on carbon dioxide provoked panic in panic disorder patients. *Psychiatry Research*, **2000**;93:179-187
74. **Schruers K, Von Diest R, Overbeek T, Griez E.** Acute L-5hydroxytryptophan administration inhibits carbon dioxide-induced panic in panic disorder patients. *Psychiatry Research*, **2002**;113:179-187
75. **Deckert J, Catalano M, Sygö U et al.** Excess of high activity monoamine oxidase A gene promoter alleles in female patients with panic disorder. *Human Molecular Genetics*, **1999**; 8:621-624.
76. **Schulman R, Griffiths J, Diewold P.** Catechol-O-methyl transferase activity in patients with depressive illness and anxiety states. *British Journal of Psychiatry*, **1978**;132:133-138
77. **Richard IH, Schiffer RB, Kurlan R.** Anxiety and Parkinson Disease. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, **1996**; 8:383-392.
78. **Damschke K, Freitag CM, Kühlenbaumer G et al.** Catechol- O – methyl- transferase polymorphism with panic disorder in women. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, **2004**;7:183-188
79. **Deakin JFW, Graeff FG.** 5HT and mechanism of defence. *Journal of Psychopharmacology*, **1991**;5:305-315
80. **Lesch KP, Bergel D, Heils A et al.** Association of anxiety related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, **1996**;274:1527-1531
81. **Maron E, Kuikka JT, Shlik J.** Reduced brain serotonin transporter binding in patients with panic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, **2004**;132:173-181
82. **Lee YJ, Hohoff C, Damschke K et al.** Norepinephrine transporter (NET) promoter and 5' – UTR polymorphisms: association analysis in panic disorder. *Neuroscience Letters*, **2003**;377:40-43
83. **Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein S.** A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *Am J Psychiatry*, **1989**; 146: 148-161.
84. **Grove G, Coplan JD, Hollender E.** The neuroanatomy of 5-HT dysregulation and panic disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, **1997**; 9: 198-207.

85. **Stein MB, Uhde TW.** *Biology of anxiety disorders. Textbook of Psychiatry*, Hales RE, Yudovsky SC, Talbott JA (eds.) 2. Baski. Washington, DC: American psychiatric Press. **1994**.
86. **Stahl SM.** *Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 2th Ed, United States of America: Cambridge University Press, **2000**
87. **Den Boer JA, Westenberg HG.** Effect of a serotonin and noradrenaline uptake inhibitor in panic disorder: a double blind comparative study with fluvoxamine and maprotiline. *Int. Clin. Psychopharmacology*, **1988** ; 3 :59-74
88. **Kahn RS, Wetzle S, Van Praag HM et al.** Behavioral indications for serotonin receptor hypersensitivity in panic disorder. *Psychiatry Research*, **1988** ; 25 :101-104
89. **Targum SD.** Panic attack frequency and vulnerability to anxiogenic challenge studies. *Psychiatry Research*, **1991** ; 36 :75-83
90. **Van Der Wee NJA, Fiselier J, Van Megen HJGM, Westenberg HGM.** Behavioural effects of rapid intravenous administration of meta-chlorophenylpiperazine in patients panic disorders and controls. *European Neuropsychopharmacology*, **2004** ; 14 :413-417
91. **Brooks A, Bandelow B, George A et al.** Increased psychological responses and divergent neuroendocrine responses to m-CCP and ipsapirone in patients in panic disorder. *Int Clin Psychopharmacology*, **1999** ; 15 :153-161
92. **Klein E, Zohar J, Geraci MF et al.** Anxiogenic effect of m-CCP in patients of panic disorder: comparison to caffeine's anxiogenic effects. *Biol. Psychiatry*, **1991** : 30 ; 973-984
93. **Benjamin J, Nemets H, Fux M et al.** Acute inositol does not attenuate m-CCP induced anxiety, mydriasis and endocrine effects in panic disorder. *J Psych Research*, **1997** ; 31 :489-495
94. **Charney DS, Woods DS, Goodman WK, Heninger GR.** Serotonin function in anxiety :II Effects of the serotonin agonist m-CCP in panic disorder patients and healthy subjects. *Psychopharmacology*, 1987 ; 92 :14-24
95. **Germine M, Goddard AW, Sholomskas DE et al.** Response to meta-chlorophenylpiperazine in panic disorder patients and healthy subjects: influence of reduction in intravenous dosage. *Psychiatry Research*, **1994** ; 54 :115-133
96. **Wetzler S, Asnis GM, DeLecuona JM, Kalus O.** Serotonin function in panic disorder : intravenous administration of meta-chlorophenylpiperazine. *Psychiatry Reseach*, **1996** ; 64 :77-82
97. **Roy-Byrne PP, Uhde TW, Rubinow DR, Post RM.** Reduced TSH and prolactin responses to TRH in patients with panic disorder. *Am J of Psychiatry*, **1986** ; 143 :503-507

98. **Kikuchi M, Komuro R, Oka H et al.** Relation between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, **2005** ; 29 :77-81
99. **Ontiveros A, Fontaine R, Breton G, Elie R et al.** Correlation of severity of panic disorder and neuroanatomical changes on magnets resonance imaging. *J Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, **1989** ; 1 :404-408.
100. **Reiman E, Raichle M, Butler F.** A focal brain abnormality in panic disorder, a severe form of anxiety. *Nature*, **1984** ; 310 :683-685.
101. **De Cristofora MT, Sessarego A, Pupi A, Biondi F, Farevelli C.** Brain perfusion abnormality in drug naive, lactate sensitive panic patients. *Biol. Psychiatry*, **1993** ; 33 : 505-512.
102. **Nordahl T, Sample W, Gross M et al.** Cerebral glucose metabolic differences in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology* ,**1990** ; 3 :261-272.
103. **Woods SW, Kaster K, Krystal JK et al.** Yohimbine alters regional cerebral blood flow in panic disorder. *Lancet*, **1988** ; 2 :678.
104. **Beck JG, Starley MA, Boldwin LE, Deagle EA et al.** Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*.**1994**, 62 ; 818-826.
105. **Barlow DH, Craske MG, Cerry JA, Klasko JS.** Behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Therapy*, **1989** ; 20 :261-282.
106. **Michelson L, Maussabolian M, Marchione K.** Cognitive, behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia : a comparative outcome investigation, *Behaviour Therapy*, **1988** ; 19 :97-120.
107. **Craske MG, Maidenberg E, Bystritsky A.** Brief cognitive-behavioral versus non directive therapy fix panic disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. **1995**, 26 ; 113-120.
108. **Williams B.** Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, **1994**; 38:509-516.
109. **Quilty LC, Van Ameringen M, Mancini C, Oakman J, Farvolden P.** Uality of life and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, **2003** ; 17 :405-426.
110. **Frisch MS.**Quality of life therapy and assesment in health care. *Clinical Psychology : Science and Practice*, **1998** ; 5 :19-40.
111. **Weissman MM.** Panic disorder impact on quality of life. *J Clin Psychiatry*, **1991** ; 51(2) :6-8

112. **Massion AO, Warshaw MG, Keller MB.**Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, **1993** ; 150(4) :600-607
113. **Markowitz JS, Weissman MM, Oulellethe R et al.** Quality of life in panic disorder . *Archives of General Psychiatry*, **1989** ; 46 :984-992.
114. **Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL.** Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J of Psychiatry*, **1996** ; 153 :213-218.
115. **Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MR.** Structured clinical interview of DSM-III-R (SCID-II), Washington DC ;**1990**, *American Psychiatric Press*.
116. **Siegel L, Jones WC, Wilson JO.**Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, **1990** ;4(3) :201-211
117. **Salvador-Carulla L, Segur J, Fernandes-Caro P, Canet J.** Costs and offset effect in panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, **1995** ;53(2) :213-218
118. **Carrera M, Herran A, Ayuso Mateas JL, Sterra- Biddle D et al.** Quality of life in early phases of panic disorder :_Predçptive factors. *Journal of Affective Disorders*,**2006** ; Article in Press.
119. **Katsching H.** Schizophrenia and Quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, **2000**; 102 (suppl 407): 33-37.
120. **Katsching H.** How usefull is the concept of quality of life in psychiatry. Quality of life in Mental Disorders, H Katsching, H Freeman, N Sartorius (Ed), England: John Wiley&Sons, **1999** s.3-16.
121. **Gill TM, Feinstein AR.** A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, **1994**; 272:619-626.
122. **Palmore E, Luikart C.** Health and social factors related to life satisfaction. *J Health Soc Behav*, **1972**; 13:68-80.
123. **Larson R.** Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J Gerontol*, **1978**; 33:109-125.
124. **Gerin P, Dazord A, Biossel J, Chifflet R.** Quality of life assessment in therapeutic trials: rationale for and presentation of a more appropriate instrument. *Fundam Clin Pharmacol*, **1992**; 6:263-276.
125. **Ware JE Jr.** Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis*, **1987**; 40:473-480.

126. **Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S.** A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results Cancer Res*, **1988**; 111:231-249.
127. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), I: conceptual framework and item selection. *Med Care*, **1992**; 30:473-483.
128. **Jacobs RJ, Davidson JR, Gupta S, Meterhoff AS.** The effects of clonazepam on quality of life and work productivity in panic disorder. *Am J Manag Care*, **1997**; 3:1187-1196.
129. **McDowell I, Newell C.** Measuring health: A guide for rating scales and questionnaires, 2nd ed. New York: Oxford University Press, **1996**.
130. **Patrick DL, Erickson P.** What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr*, **1988**, 7: 53-63.
131. **Aaronson NK.** Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. *Control Clin Trials*, **1989**; 10(4 suppl):195S-208S.
132. **Kessler RC, McGonale KA, Zhao S, Nelson CB, Huges M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, **1994**; 51:8-19.
133. **Perugi G, Akiskal HS, Simonini E, Cassano GB.** Social adjustment in panic-agoraphobic patients reconsidered. *British Journal of Psychiatry*, **1994** ; 164 :88-93.
134. **Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballinger JC, Mannuzza S, Fyer AJ.** Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *Am J Psychiatry*, **1997**; 154:766-772.
135. **Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschultz RC, Lubeck DP, Buesching DP.** The functioning and well-being of patients with unrecognised anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord*, **1997**; 43:105-119.
136. **Candilis PJ, McLean RY, Otto MW, Manfro GG, Worthington JJ III, Penave SJ, Marzol PC, Pollack MH.** Quality of life in patients with panic disorder. *J Nerv Ment Dis*, **1999**; 187:429-434.
137. **Delia Marina P.** The quality of life in panic disorder. *European Psychiatry*, **2000** ; 15(2) : 349-350.
138. **Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Jhonson J, Greenwald S.** Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. *JAMA*, **1991**; 265:742-746.

139. **Katon W, Hollifield M, Chapman T, Mannuzza S, Ballenger J, Fyer A.** Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res*, **1995**; 29:121-131.
140. **Maier W, Buller R.** The course of panic attacks and agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry*, **1988**; 45: 501.
141. **Lepine JP, Chignon JM, Teherani M.** Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **1993**; 50: 144-149.
142. **Kan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA.** Suicide risk in patients with anxiety disorders :a meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, **2002** ; 68 :183-190.
143. **Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J et al.** Is the course of panic disorder the same in the women? *Am J Psychiatry*, **1998**; 155: 596-602.
144. **Cowley DS, Flick SN, Roy-Byrne PP.** Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study. *Depress Anxiety*, **1996**; 2: 13-21.
145. **Pollack MH, Otto MW, Sabatino S et al.** Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry*, **1996**; 153: 376-381.
146. **Hamilton M.** A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **1960**, 23: 56–62.
147. **Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD ve ark.** Hamilton Anxiety Rating Scale interview guide: Joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Res*, **1994**; 53: 191-202
148. **Yazıcı MK, Demir B.** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi* **1998**; 9(2): 114-117
149. **Bandelow B.** Assessing the efficiency of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*, **1995**; 10: 73-81
150. **Tural U, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B:** Panik ve Agorafobi Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2000**; 11(1): 29-39.
151. **Bandelow B, Broocks A, Meyer T ve ark.** The panic and agoraphobia scale: an instrument sensitive to differences between treatment modalities. *Eur neuropsychopharmacol*, **1998**; 8 (suppl 2): S268-S270.
152. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* **1992**; 30: 473-483.

153. **Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B.** SF-36 Health Survey: Manual and interpretation Guide. New England Medical Center, Boston, **1993**.
154. **Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, Hsu MA, Damiano AM, Goss TF.** Comparison of responses to SF-36 Health Survey questions with one-week and four-week recall periods. *Health Serv Res* **1997**; 32: 367-384
155. **Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A.** SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* **1999**.
156. **Endicott J ve Nee J.** Endicott Work Productivity Scale (EWPS): A new measure to assess treatment effects, *Psychopharmacol Bull* **1997**; 33 (1): 13-6
157. **Uğuz Ş, İnanç BY, Yerlikaya EE, Aydın H.** Endicott İşte Üretkenlik Ölçeği'nin (EIÜÖ) Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 15(3): 209 – 214
158. **Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark.** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* **1996**, 4: 251-259.
159. **Rezaki M, Rezaki B, Tek C ve ark.** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: bazı psikometrik özellikleri ve ICD-10 depresyon tanısı ile karşılaştırması. 2. Bahar Sempozyumu, Poster Bildiri **1998**.
160. **Gorman JM, Fyer AF, Gliklich J, King D, Klein DF.** Effect of sodium lactate on patients with panic disorder and mitral valve prolapse. *Am J of Psychiatry*, **1981**; 138(2): 247-249.
161. **Vankatesh A, Pauls DL, Crowe R et al.** Mitral valve prolapse in anxiety neurosis (panic disorder). *Am Heart J*, **1980**; 100(3): 302-305.
162. **RD Goodwin, C Faravelli, S Rosi et al.** The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Psychopharmacology*, **2005**; 15(4): 435-443.
163. **Işık E, Taner YI.** Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları, 1.baskı, **İstanbul**, Golden Print, Mayıs **2006**.
164. **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.
165. **Tueth MJ.** Emergencies caused by side effects of psychiatric medications. *Am J Emerg Med*, **1994**; 12:212
166. **Lessmeier TJ, Gamperling D, Johnson-Liddon J et al.** Unrecognized paroxysmal supraventricular tachycardia: Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Intern Med*, **1997**; 157:537-543.

8. EKLER

8.1. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. yok

1. Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınmıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığını ceza olarak görüyor. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. “Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

6.Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7.Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor.
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.

8.Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma).

0. Düşünce ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
4. Tam stuporda.

9.Ajitasyon

0. Yok
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10.Psişik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11.Somatik anksiyete

0. Yok
1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli

12.Gastrointestinal somatik semptomlar

0. Yok
1. İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor yada ilaca ihtiyaç duyuyor.

13.Genel somatik semptomlar

0. Yok
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok
1. Hafif
2. Şiddetli
3. Anlaşılamadı.

15.Hipokondriaklık

0. Yok
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriaklık delüzyonları.

16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok
1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B.Psikiyatr tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama

17.Durumu hakkında görüşü.

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olmasına bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.



8.2.HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlara başa çıkması önemli çabalar gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

	<u>BİRİNİ İŞARETLEYİN</u>				
	0	1	2	3	4
1. Anksiyeteli mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite	0	1	2	3	4
2. Gerilim: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama	0	1	2	3	4
3.Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, hayvanlardan, yalnız bırakılmaktan, trafik ve kalabalıktan	0	1	2	3	4
4.Uykusuzluk: Uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları	0	1	2	3	4
5. Entelektüel (Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6.Depresif mizaç: İlgi yitimi, depresyon, hobilerden zevk alamama, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar	0	1	2	3	4
7.Somatik (Müsküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4
9.Solunum Semptomları: Göğüste baskı ya da sıkışma,	0	1	2	3	4

boğulma duygusu, iç çekme, dispne.

10.Gastrointestinal Semptomlar: Yutma güçlüğü, barsaklarda0 1 2 3 4
gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı,
kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.

11.Genitoüriner Semptomlar: Sık işeme, amenore, menoraji, 0 1 2 3 4
firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.

12.Otonomik Semptomlar: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, 0 1 2 3 4
solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı,
saçların diken diken olması.

13.Görüşme sırasında davranış: Yerinde duramama, 0 1 2 3 4
huzursuzlukya da gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz,
iç çekme ya da hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme,
canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.

Toplam Puan:

Psişik (1,2,3,5,6)

Somatik (4,7,8,9,10,11,12,13)

8.3.PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ GÖZLEME ANKETİ **Son haftayı değerlendirin**

A.Panik atakları

A.1.Panik atağı sıklığı

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

A.2.Şiddet

0. Panik atağı olmadı
1. Ataklar genellikle çok hafif şiddetliydi
2. Ataklar orta derecede şiddetliydi
3. Ataklar epeyce şiddetliydi
4. Ataklar çok şiddetliydi

A.3.Panik ataklarının her birinin ortalama süresi

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

U. Ataklardan çoğu beklenen ataklar mı (korkulan durumlarda mı ortaya çıkıyor) yoksa beklenmedik (kendiliğinden) mi?

5. Çoğunlukla beklenmedik
1. Beklenmedikler beklenenlerden çoğunlukta
2. Bazısı beklendik, bazısı beklenmedik
3. Beklenenler beklenmediklerden çok
4. Çoğunlukla beklendik

B. Agorafobi, kaçınma davranışı

B.1. Kaçınma davranışı sıklığı

0. Hiç kaçınma yok (ya da agorafobi yok)
1. Korku yaratan durumlardan oldukça nadir kaçınma
2. Korku yaratan durumlardan bazen kaçınma

- 3.Korku yaratan durumlardan sık sık kaçınma
- 4.Korku yaratan durumlardan her zaman kaçınma

B.2.Kaçınılan durum sayısı

- 0.Hiç (ya da agorafobi yok)
- 1.1durum
- 2.2-3durum
- 3.4-8durum
- 4.Pek çok farklı durumda ortaya çıkıyor.

B.3.Kaçınılan durumların önemi

- 0.Önemli değil
- 1.Çok az önemli
- 2.Orta derecede önemli
- 3.Epeyce önemli
- 4.Çok önemli

C.Beklenti anksiyetesi ya da korkudan korkmak

C.1.Beklenti anksiyetesinin sıklığı

- 0.Hiç beklenti anksiyetesi yok
- 1.Panik atağı geçirmekten duyulan korku oldukça nadir
- 2.Panik atağı geçirmekten duyulan korku bazen
- 3.Panik atağı geçirmekten duyulan korku sık sık
- 4.Panik atağı geçirmekten duyulan korku her zaman

C.2.Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.Yeti Yitimi

D.1.Aile ilişkilerinde yeti yitiminin (eş, çocuklar vb.) şiddeti

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede

- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.2.Sosyal ilişkiler ve boş zamanları değerlendirmede (sinema, sosyal olaylar vb.) yeti yitiminin şiddeti

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.3.İş yaşamı ve evdeki sorumluluklardaki yeti yitiminin şiddeti

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

E.Sağlık konusunda endişe

E.1.Sağlığa zarar geleceği konusunda endişe. Hastanın bedensel zarara uğrayacağı endişesi

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

E.2.Organik hastalık inancı. Hastanın anksiyete semptomlarının psikolojik değil de somatik nedenli olduğunu düşünmesi.

- 1.Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
- 2.Oldukça nadir
- 3.Bazen
- 4.Sık sık
- 5.Her zaman

Toplam Puan (U hariç tüm başlıklara ait puanları toplayın)

8.4.PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ HASTA ANKETİ

A.1.Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

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

0. Panik atağı olmadı
1. Ataklar genellikle çok hafif şiddetliydi
2. Ataklar orta derecede şiddetliydi
3. Ataklar epeyce şiddetliydi
4. Ataklar çok şiddetliydi

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

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

U. Ataklardan çoğu beklenen ataklar mıydı (korkulan durumlarda mı ortaya çıkıyor) yoksa beklenmedik anda(kendiliğinden) mı ortaya çıkıyordu?

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

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

0. Hiç kaçınma yok (ya da panik ataklarının nerede olacağı belli olmuyor)
1. Oldukça nadir kaçındım
2. Bazen kaçındım

3.Sık sık kaçındım

4.Her zaman kaçındım

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

1.Uçaklar

2.Metro

3.Otobüsler, trenler

4.Gemiler

5.Tiyatrolar, sinemalar

6.Süpermarketler

7.Kuyrukta beklemek

8.Konser salonları, stadyumlar

9.Parti ya da sosyal toplantılar

10.Kalabalıklar

11.Lokantalar

12.Müzeler

13.Asansörler

14.Kapalı yerler (tünel gibi)

15.Sınıflar, konferans salonları

16.Otomobile binmek ya da sürmek (örneğin trafik sıkışıkken)

17.Geniş salonlar (lobiler)

18.Sokakta yürümek

19.Tarlalar, geniş caddeler, avlular

20.Yüksek yerler

21.Köprülerden geçmek

22.Evden uzaklara gitmek

23.Evde tek başına kalmak

Diğer durumlar

24.....

25.....

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

0.Önemli değil (ya da kaçınma yok)

- 1.Çok az önemli
- 2.Orta derecede önemli
- 3.Epeyce önemli
- 4.Çok önemli

C.1.Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

- 0.Hiçbir zaman korkum olmadı
- 1.Oldukça nadiren korktum
- 2.Bazen korktum
- 3.Sık sık korktum
- 4.Her zaman korktum

C.2.Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

D.1.Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

- 0.Bozulma yok
- 1.Çok az bozulma oldu
- 2.Orta derecede bozulma oldu
- 3.Epeyce bozulma oldu
- 4.Çok şiddetli bozulma oldu

D.2.Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz toplumsal yaşamınız ya da boş zamanlarınızı değerlendirirkenizde kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya ya da bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

- 0.Bozulma yok
- 1.Çok az bozulma oldu
- 2.Orta derecede bozulma oldu
- 3.Epeyce bozulma oldu
- 4.Çok şiddetli bozulma oldu

D.3.Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz iş ya da evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

- 0.Bozulma yok
- 1.Çok az bozulma oldu
- 2.Orta derecede bozulma oldu
- 3.Epeyce bozulma oldu
- 4.Çok şiddetli bozulma oldu

E.1.Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (ör kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak, yaralanmak) endişesi yaşadınız mı?

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

E.2.Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

- 1.Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
- 2.Oldukça nadir
- 3.Bazen
- 4.Sık sık
- 5.Her zaman(daha çok organik bir hastalıktır)

B.2.Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin

Korkulan durum yoksa= 0 puan

1 durum= 1 puan

2-3 durum= 2 puan

4-8 durum= 3 puan

8 durumdan çoksa= 4 puan

Toplam Puan (U hariç tüm başlıklara ait puanları toplayın)

8.5. SF-36 SAĞLIK TARAMASI

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinize ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

1. Genel Olarak Sağlığınıza Nasıl Değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

Mükemmel.....	1
Çok iyi.....	2
İyi.....	3
Fena değil.....	4
Kötü.....	5

2. Geçen Seneye Karşılaştırıldığında Şimdi Sağlığınıza Nasıl Değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....	1
Bir yıl önceye göre daha iyi.....	2
Hemen hemen aynı.....	3
Bir yıl önceye göre daha kötü.....	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü.....	5

3.Aşağıdaki normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

FAALİYETLER	Evet Oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a)Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b)Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c)Çarşı-Pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d)Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e)Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f)Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g)Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h)Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i)Yüz metre yürümek	1	2	3
j)Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4.Geçtiğimiz bir ay(4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a.İş yada dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak	1	2
b.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler,temizlenmeyen ev gibi.....)	1	2
c.Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d.İş yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5.Geçtiğimiz bir ay (4 hafta)içerisinde veya diğer faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a.İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak	1	2
b.Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi.....)	1	2
c.İş yada diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapmamak	1	2

6.Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz aileniz,arkadaşlarınız,komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

(birinin etrafına daire çizin)

- Hiç.....1
- Biraz.....2
- Orta derece.....3
- Epeyce.....4
- Çok fazla.....5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?
(birinin etrafına daire çizin)

Hiç.....	1
Çok hafif.....	2
Hafif.....	3
Orta hafiflikte.....	4
Aşırı derecede.....	5
Çok aşırı derecede.....	6

8. Son bir ay(4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize(ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?
(birinin etrafına daire çizin)

Hiç olmadı.....	1
Biraz.....	2
Orta derecede.....	3
Epey.....	4
Çok fazla.....	5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı-

(Her satırda bir sayının etrafını daire çiziniz)

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Epeyce	Arada Sırada	Çok Ender	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b.Çok sınırlı bir kişi olduğunuz?	1	2	3	4	5	6
c.Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d.Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e.Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f.Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g.Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h.Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
ı.Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6

10.Geçtiğimiz bir ay (4 hafta)içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız yada duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (birinin etrafına daire çizin)

- Her zaman.....1
Çoğu zaman.....2
Bazen.....3
Çok ender.....4
Hiçbir zaman.....5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çok kere yanlış	Kesinlikle Yanlış
a.Başkalarından biraz daha kolay hasta olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
b.Bende tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d.Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

8.6. ENDICOTT İŞTE ÜRETKENLİK ENDEKSİ (EWPS)

Haftada kaç saat çalışmanız gerekir? Haftada ____ saat.

Son bir hafta içinde kaç saat çalıştınız? Haftada ____ saat.

Son bir hafta içinde yapmanız gereken işten geri kaldıysanız lütfen nedenlerini belirtiniz:

- İzinliydim (Tatil - bayram)
 Bedensel hastalığım vardı _____
(Lütfen açıklayınız)
 Moralim bozuktu, üzgündüm, sinirlerim gergindi
 Diğer _____

1. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işe geç kaldınız ya da işten erken çıktınız ?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
2. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla öğle yemeğiniz ya da çay-kahve molanız normalden daha uzun sürdü?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
3. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışmanız gereken saatlerde çalışmadınız?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
4. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışmanız gereken saatlerde hayal kurduğunuzu, endişe duyduğunuzu ya da dalıp gittiğinizi farkettiliniz?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
5. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla hata yaptığınız ya da yeni baştan yapmanız söylendiği için bir işi, silbaştan yaptınız?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
6. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla yanlış yere koyduğunuz eşyaları, malzemeleri, kâğıtları, telefon numaralarını vb. aramakla zaman kaybettiniz?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
7. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla birini telefonla aramayı unuttüğunuzu farkettiliniz?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
8. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla *sizden* istenenleri yapmayı unuttüğunuzu farkettiliniz?
a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
9. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla iş arkadaşlarınıza, patronunuza, amirinize, müşterilerinize, satıcılara ya da başkalarına kızıp sinirlendiniz?

- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
10. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla *işiniz* sırasında başkalarına karşı tahammülsüz davrandınız?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
11. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla *toplantılara* katılmaktan kaçındınız?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
12. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla iş arkadaşları, müşteriler, satıcılar ya da amirlerinizle görüşmekten kaçındınız?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
13. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla sizin yaptığınız bir işi, iş arkadaşlarınızın silbaştan yapması gerekti?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
14. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla elinizdeki işe dikkatinizi vermekte zorlandınız?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
15. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışırken beklenmedik şekilde uyuyakaldınız ya da çok uykunuz geldi?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
16. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla çalışırken kendinizi huzursuz hissettiniz?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
17. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işinizi daha düşük verimle yaptığınızı farkettiniz?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
18. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işinizi daha düşük kalitede yaptığınızı farkettiniz?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
19. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işe ilginizi kaybettiniz ya da işinizden sıkıldınız?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
20. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla yavaş çalıştınız ya da elinizdeki işleri bitirmeniz gerekenden uzun sürdü
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman
21. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla amiriniz ya da iş arkadaşlarınız, size yapmanız gereken işleri hatırlattı?
- a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman

22. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla telefonlara cevap vermek istemediniz ya da geri aramayı ertelediniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman

23. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işlerinizi düzenlemekte ya da hangi işi önce yapacağınıza karar vermekte güçlük çektiniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman

24. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla yapmanız gereken işleri bitiremediniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman

25. Son bir hafta içinde hangi sıklıkla işinizi yapamayacak kadar bitkin hissettiniz?

a. Hiç b. Çok nadir c. Bazen d. Sık sık e. Hemen her zaman



9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ebru Yurdagül Altıntaş

Doğum Tarihi ve Yeri : 1976- Adana

Medeni Durum : Evli

Adres : Beyazevler mahallesi 16 sokak no:5 kat:2
Seyhan/ADANA

Telefon : 0 5336540990

Fax : -

E-mail : yurdagulebru@hotmail.com-

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Varsa Mezuniyet Derecesi :-

Görev Yerleri : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve
Reanimasyon ABD
Ç.Ü.T.F. Psikiyatri ABD Balcalı/ADANA

Dernek Üyelikleri : Türkiye Psikiyatri Derneği
Türkiye Bilişsel ve Davranışçı Terapi Derneği

Alınan Burslar :-

Yabancı Dil(ler) : İngilizce

Diğer Hususlar :-