



1993

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

**PANİK BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN YETİŞKİN AYRILMA
ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNDA BAĞLANMA BİÇİMLERİ, MİZAÇ,
ÇOCUKLUK TRAVMALARI VE ERKEN YAŞAM OLAYLARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. NADİDE ELMAS GÜLCÜ OK**

ANKARA-2016



1993

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

**PANİK BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN YETİŞKİN AYRILMA
ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNDA BAĞLANMA BİÇİMLERİ, MİZAÇ,
ÇOCUKLUK TRAVMALARI VE ERKEN YAŞAM OLAYLARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. NADİDE ELMAS GÜLCÜ OK**

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. MEHMET ERKAN ÖZCAN**

ANKARA-2016

TEŞEKKÜR

Tez sürecimde tanıdığım ve birlikte çalışmanın benim için büyük bir şans olduğunu düşündüğüm, ilgi ve tecrübeleriyle beni destekleyen ve birçok konuda yol gösteren, sakinliği ile beni kendine hayran bırakan, tez danışmanım *Prof. Dr. Mehmet Erkan Özcan'a*,

Asistanlık eğitimim süresince deneyimlerinden ve bilgisinden yararlandığım, hayata ve insana dair çok şey öğrendiğim, mesleki ve kişisel gelişimime büyük katkı sağlayan, tezimin oluşumunda katkılarını esirgemeyen *Prof. Dr. Nilgün Taşkıntuna'ya*,

Asistanlık eğitimim süresince bilgisi, desteği ve enerjisi ile hep arkamda olduğunu hissettiren *Doç. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili'ye*,

İstatistik analizi sürecinde katkı ve destekleri için *Prof. Dr. Ersin Ögüş'e* ve *Araş. Gör. H. Yağmur Zengin'e*,

Servis rotasyonum sırasında eğitimime katkı sağladıkları için Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri ve asistanlarına, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ruh Sağlığı ve Başkent Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri ve asistanlarına,

Değerli uzmanlarım *Doç. Dr. Burcu Akın Sarı'ya*, *Yrd. Doç. Dr. Ali Ercan Altınöz'e*, *Öğr. Gör. Dr. Nurhak Çağatay Birer'e*, *Öğr. Gör. Dr. Özgün Karaer Karapıçak'a*, *Öğr. Gör. Dr. Güler Alpaslan'a*, *Uzm. Dr. Selvi Ceran'a*, *Uzm. Dr. Arda Karagöl'e*, *Uzm. Dr. Hande Ayraller Taner'e*, *Uzm. Dr. Ozan Kotan'a*,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım, *Uzm. Dr. Hasan Talha Yurdakul'a*, *Uzm. Dr. Özkan Göncüoğlu'na*, *Uzm. Dr. Ceyda Oktay'a*, *Dr. Berna Bulut Çakmak'a* ve kliniğimizin biricik *hemşiresi Sevgi Özel'e* ve tüm desteği için *Nurcihan Koparal'a*,

Tez sürecinde her yönden verdiği destek dolayısıyla eşim *Hüseyin Ok'a* ve ayrılmaz ikilisi *Halil Uluşen'e*,

Son olarak ilgi, sevgi ve desteklerini hep arkamda hissettiren sevgili anneme, babama, abime ve kardeşime sonsuz teşekkürler.

ÖZET

Panik Bozukluğuna Eşlik Eden Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda Bağlanma Biçimleri, Mizaç, Çocukluk Travmaları ve Erken Yaşam Olayları

Bu çalışmada; Panik Bozukluk tanısı konulan hastalar içinde, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu eşlik eden ve etmeyenlerin erken yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, mizaç ve bağlanma özelliklerini incelemek, sağlıklı kontroller ile kıyaslayarak olası etiyolojik farklılıklarını belirlemek amaçlanmıştır.

CIDI uygulanarak belirlenen 74 Panik Bozukluk hastası ve 74 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 148 birey çalışmaya dahil edildi. Panik Bozukluk tanısı konulan 74 hastadan 40'ında Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile belirlenen Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu saptandı. Panik bozukluk belirti şiddetini belirlemek amacıyla klinisyen tarafından Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği uygulandı. Bu tez çalışması için geliştirilmiş Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Temps-A Mizaç Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II katılımcılar tarafından dolduruldu.

AAB'nin %67,5 oranında yetişkinlikte döneminde ortaya çıktığı bulunmuştur. Çocukluk döneminde ebeveynden ayrı kalma, siklotimik mizaç özellikleri, baskın endişeli mizaç, eş tanılu ruhsal hastalıklar ve depresyon, bağlanma kaygı boyutu, işlevsellik kaybı ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında ilişki saptanmıştır. ÇAAB panik bozukluğuna YAAB eşlik etme riskini yaklaşık 7 kat; baskın endişeli mizaç panik bozukluğuna YAAB eşlik etme riskini yaklaşık 5 kat artırmaktadır.

Kaygılı bağlanma, endişeli baskın mizaç ve siklotimik mizaç özellikleri, çocukluğun erken dönemlerinde ebeveynden ayrı kalma gibi etiyolojik faktörler PB'ye YAAB eşlik etme riskini artırmaktadır. YAAB, panik bozukluğuna göz ardı edilemeyecek sıklıkta eşlik etmektedir ve hastalık şiddetindeki artış ile birlikte işlevsellik kaybını da artırdığı bulunmuştur. ÇAAB hem pür PB'yi hem de PB'ye YAAB eşlik etmesini belirgin olarak artırmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Panik Bozukluğu, Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Mizaç, Bağlanma, Erken Yaşam Olayları, Çocukluk Çağı Travmaları.

ABSTRACT

Attachment Styles, Temperament, Childhood Traumas and Early Life Events in Panic Disorder Comorbid with Adult Separation Anxiety Disorder

This study is intended to analyze early life events, childhood traumas, temperament, attachment styles in the patients diagnosed with Panic Disorder with and without ASAD, and to determine the probable etiologic differences through comparison with healthy controls.

A total of 148 subjects were included in the study, of whom 74 had PD and 74 were healthy controls identified with CIDI. In 40 of the 74 patients diagnosed with PD, ASAD was identified with Structured Clinical Interview for SAD. Panic Disorder Severity Scale was applied by the clinician to determine the severity of PD. Sociodemographic and Clinical Data Collection Form which was developed for this study, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Temps-A Scale, Childhood Trauma Scale and Inventory of Experiences in Close Relationships II were filled by the participants.

SAD was determined to emerge in adulthood by 67.5%. In childhood, a relationship was determined between separation from parents, cyclothymic temperament traits, dominant anxious temperament, comorbid psychiatric disorders and depression, dimension of attachment anxiety, loss of functionality and PD with ASAD. Childhood SAD increases the risk of PD with ASAD 7 times as much. Dominant anxious temperament, however, increases the risk of PD with ASAD 5 times as much.

Anxious attachment, dominant anxious temperament and cyclothymic temperament traits, and the etiologic factors such as separation from parents in the early childhood increase the risk of PD with ASAD, which accompanies PD at a non-negligible frequency. ASAD increases the loss of functionality along with the increased severity of disease. Childhood SAD also increases PD both with and without ASAD significantly.

Keywords: Panic Disorder, Adult Separation Anxiety Disorder, Temperament, Attachment Styles, Early Life Events, Childhood Traumas.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Panik Bozukluğu.....	4
2.1.1 Tanım	4
2.1.2 Tarihçe.....	4
2.1.3 Tanı.....	5
2.1.4 Epidemiyoloji	9
2.1.5 Etiyoloji.....	10
2.1.6 Ayırıcı Tanı	17
2.1.7 Eş Tanı.....	18
2.1.8 Tedavi.....	19
2.2 Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu.....	20
2.2.1 Tanım	20
2.2.2 Epidemiyoloji	21
2.2.3 Tanı.....	21
2.2.4 Etiyoloji.....	23
2.2.5 YAAB ile PB İlişkisi.....	25
2.3 Bağlanma	27
2.3.1 Tanım	27
2.3.2 Bebeklikte Bağlanma Biçimleri	29
2.3.3 Ergenlikte ve Erişkinlikte Bağlanma Biçimleri	30
2.3.4 PB ile Bağlanma İlişkisi	31
2.3.5 YAAB ile Bağlanma İlişkisi	32
2.4 Çocukluk Çağı Travmaları	33

2.4.1	Tanım	33
2.4.2	Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri.....	34
2.5	Mizaç	36
2.5.1	Tanım	36
2.5.2	PB'nin Afektif Bozukluklarla İlişkisi	38
2.5.3	PB, YAAB ile Mizaç İlişkisi.....	39
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1	Örneklem Oluşturulması.....	40
3.2	Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama.....	40
3.2.1	Ölçekler	40
3.2.2	Uygulama	43
3.3	İstatiksel Değerlendirme.....	43
4.	BULGULAR	45
4.1	Katılımcıların Demografik Özellikleri	45
4.2	Grup Karşılaştırmaları	47
5.	TARTIŞMA	73
5.1	PB Hastaları ile Kontrol Grubu Bulgularının Tartışılması	73
5.2	PB'ye YAAB Eşlik Eden ve YAAB Eşlik Etmeyen Hastaların Bulgularının Tartışılması.....	77
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	85
7.	KAYNAKLAR.....	87
8.	EKLER	107

KISALTMALAR

AA	: Ayrılık Anksiyetesi
AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
AAB-YKG	: Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
ASK	: Anterior Singulat Korteks
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BPB	: Bipolar Bozukluk
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CI	: Confidence Interval
CIDI	: Composite International Diagnostic Interview
CRF	: Kortikotropin Salınım Faktörü
CO2	: Karbondioksit
COMT	: Katekol-O-metiltransferaz
ÇAAB	: Çocukluk Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
ÇADG	: Çeyrekler Arası Dağılım Grafiği
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DDB	: Duygu Durum Bozukluğu
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	: Gamma Aminobütirik Asit
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
HPA	: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal
5HT	: Serotonin
ICD	: International Classification of Mental Disorders
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OFK	: Orbito Frontal Korteks
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖF	: Özgöl Fobi
PB	: Panik Bozukluk

PBŞÖ	: Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PFK	: Prefrontal Korteks
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
SF	: Sosyal Fobi
SNGİ	: Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitorleri
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
SPECT	: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
TSPO	: Translokator Protein
YAAB	: Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YİYE-II	: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1-1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	46
Tablo 4.2-1 PB ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 4.2-2 PB'ye YAAB Eşlik Eden ve Etmeyenlerin Sosyodemografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması	49
Tablo 4.2-3 Katılımcıların 1.ve 2.Derece Yakınlarında Ruhsal Hastalık ile PB Tanısı İlişkisi	51
Tablo 4.2-4 Katılımcıların Ebeveyninden Ayrı Kalma Açısından Karşılaştırılması	51
Tablo 4.2-5 Katılımcıların Erken Yaşam Olayları Açısından Karşılaştırılması	52
Tablo 4.2-6 PB Hastalarının Erken Yaşam Olayları ile YAAB İlişkisi.....	52
Tablo 4.2-7 Katılımcıların Mizaç Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	53
Tablo 4.2-8 PB'ye YAAB Etmesi İle Mizaç İlişkisi.....	55
Tablo 4.2-9 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 4.2-10 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi.....	58
Tablo 4.2-11 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Bağlanma Kaygı Boyutu İlişkisi.....	59
Tablo 4.2-12 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Bağlanma Kaçınma Boyutu İlişkisi	60
Tablo 4.2-13 Depresyon, Anksiyete, Bağlanma, Şimdiki Hastalık Süresi İle PB Şiddeti İlişkisi	60
Tablo 4.2-14 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Komorbid Hastalık İlişkisi.....	61
Tablo 4.2-15 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Beck Depresyon Skoru İlişki	61
Tablo 4.2-16 Ailede Ruhsal Hastalık ile PB Şiddeti İlişkisi	61
Tablo 4.2-17 PB Hastalarında Komorbiditenin PB Şiddetine Etkisi	62
Tablo 4.2-18 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi İle PB Şiddeti ve Hastalık Süresi İlişkisi	62
Tablo 4.2-19 PB'de Depresif ve Anksiyeteli Mizaçların PB Şiddeti ile İlişkisi.....	63
Tablo 4.2-20 PB'de Erken Yaşam Olaylarının PB Şiddetine Etkisi	64
Tablo 4.2-21 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Anksiyete Skoru İlişkisi	65
Tablo 4.2-22 İlk PB Tanısı Yaşı İle Cinsiyet İlişkisi	65
Tablo 4.2-23 ÇAAB İle İlk PB Yaşı İlişkisi	66
Tablo 4.2-24 YAAB İle İlk PB Yaşı İlişkisi	66
Tablo 4.2-25 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi İle İşlevsellik Kaybı İlişkisi	67
Tablo 4.2-26 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi İle Cinsiyet İlişkisi	67
Tablo 4.2-27 Kontrol Grubunda YAAB İle Cinsiyet İlişkisi	68
Tablo 4.2-28 Katılımcılarda ÇAAB Sıklığı	68
Tablo 4.2-29 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile ÇAAB İlişkisi.....	68
Tablo 4.2-30 Katılımcılarda ÇAAB Dağılımı	69
Tablo 4.2-31 Katılımcıların ÇAAB Sıklığı	69
Tablo 4.2-32 PB Eşlik Eden YAAB Sıklığı.....	70
Tablo 4.2-33 PB Hastaları ile Kontrol Grubu Arasında Bulunan Anlamlı Farklılıklar	70
Tablo 4.2.34 PB'ye YAAB Eşlik Edenler ile Etmeyenler Arasında Bulunan Anlamlı Farklılıklar	72

1. GİRİŞ

Panik Bozukluğu (PB) yaygınlığı ve yol açtığı yeti yitimi ile önemli psikiyatrik bozukluklardan birisi ve aynı zamanda ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, PB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1-2 olduğunu ortaya koymuştur [1]. Panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığı ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, birçok ülkede %7 ile %9 arasında bulunmuştur [2]. PB panik atakları, beklenti anksiyetesi ve bazı hastalarda gelişen agorafobik kaçınmadan oluşan bir klinik tablodur [2].

Ayrılma Anksiyetesi (AA); kişinin, anne ya da başka bir bağlanma nesnesinden ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde kaygı yaşaması halidir. AA'nın uzun sürmesi, şiddetli ve gelişimsel açıdan uygunsuz olması ya da işlevselliği bozması durumunda Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) tanısı konulur [3]. Manicavasagar ve arkadaşları (1997) Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunun (ÇAAB) yetişkinliğe dek uzandığını saptamıştır [4]. Başka araştırmalar da AA'nın yetişkinlikte de görüldüğünü ve sanıldığından daha yaygın olduğunu belirtmektedir [5-7].

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (YAAB) tanısı konulan hastalar önemli bağlanma nesnelere (eş, çocuk, anne, baba vs.) ayrılma durumlarında aşırı kaygılanmaktadır. Bu kaygı nedeniyle hastalar bağlanma nesnelere devamlı yakın olma ihtiyacı hisseder ve bir süre sonra onlardan ayrılamaz hale gelebilirler. Böylelikle, bireylerin sosyal ilişkilerinde önemli kayıplar olabilir ve bireysel davranışları olumsuz etkilenebilir [8].

Bir grup araştırmacı, YAAB'nin ÇAAB tanısı almaktan bağımsız olarak ilk kez yetişkinlikte ortaya çıkabileceğini öne sürmüş ve araştırmalarıyla bu görüşü desteklemişlerdir [9-11]. Shear ve arkadaşları bir epidemiyolojik çalışmada, YAAB'yi araştırmışlar ve yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6 olarak saptamışlardır [12]. Bu verilerden hareketle araştırmacılar, YAAB'ye DSM'de (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yer verilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Bu görüşler doğrultusunda; DSM V'te AAB tanı ölçütleri tekrar şekillendirilmiş ve YAAB tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Ayrıca yapılan bu çalışmada, PB'ye YAAB eşlik eden hastaların son bir ayda daha sık panik atak geçirdiği, PB belirtilerinin daha fazla olduğu, agorafobinin daha sık eşlik ettiği ve PB belirtilerinin daha şiddetli yaşandığı saptanmıştır [13].

ÇAAB ile yetişkin PB arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir [14]. Bazı çalışmalarda ÇAAB'nin bulunmasının yetişkinlikte PB oluşumu riskini artırdığına dair kanıtlar bulunmuştur [15, 16]. Yapılan bir diğer çalışmada ise ÇAAB'nin yetişkinlikte PB dışında birçok farklı kaygı bozukluğu için risk artışına sebep olduğu öne sürülmüştür [17].

PB'de erken dönem yaşam olaylarının araştırıldığı çalışmalarda, hastaların %25-50'sinde çocukluk döneminde ebeveynlerinden uzun süreli ayrı kaldıkları gösterilmiştir [18, 19]. Kagan ve arkadaşları (1988), çocuklukta davranışsal ketlenmenin, AA'nın erişkinlikteki anksiyete bozuklukları gelişimini ve tedaviye direnci yordayabilecek önemli bir etken olduğunu saptamışlardır [20]. Yetişkin PB ve/veya agorafobik hastalarının %40-60'ında çocukluğun erken dönemlerinde cinsel veya fiziksel istismara maruziyet saptanmıştır [21]. Ayrıca yetişkin anksiyete ve depresyonu olan hastaları çocukluk travmaları ve belirti şiddeti açısından karşılaştıran bir çalışmada anksiyete bozukluğu grubunda çocukluk çağı travmaları olması tedaviye yanıtızsızlık, belirti şiddetinde artış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır [22]. Yapılan bir diğer çalışmada ise ÇAAB olması yetişkinlikte PB'nin erken başlangıçlı olarak ortaya çıkmasını yordayan önemli bir faktör olarak saptanmıştır [23].

Bağlanma, çocuk ile bakım veren kişi arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır [24]. Bağlanma, yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyunca sürer ve bu süreçte doğası ve ifade ediliş şekli değişir. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi, sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar için örnek teşkil etmektedir [25].

Bağlanma biçimleri ve kaygı bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen Warren ve arkadaşları (1997), çocuklukta güvensiz bağlanma biçimine sahip bireylerin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde daha sık kaygı bozukluğu geliştirdiklerini gözlemlemişlerdir [26]. Güvensiz bağlanma çocuklarda özellikle tepkisel bağlanma bozukluğu, AA, SF ile bağlantılı bulunmuştur [26]. Yetişkinlerde bağlanma biçimleri ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran Muller ve arkadaşları (2000), saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma örüntüsü olan kişilerin daha fazla psikopatoloji belirtisi gösterdiklerini saptamışlardır [27]. Yetişkinlerde güvensiz bağlanma biçiminin (kaygılı/kararsız ya da kaçınan), depresyon, kaygı bozukluğu ve madde bağımlılığı ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir [28]. Ayrıca

başka bir çalışmada, PB'ye eşlik eden YAAB olduğunda kaygılı/kararsız bağlanmanın anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur [29].

Mizaç da yaşamın ilk yıllarından başlayarak var olur, görece aynı kalır ve kişinin davranış örüntülerini belirler [30]. Yeni doğanın çok ağlaması, sakinleştirilmesinin uzun sürmesi, bakım vereni yetersiz hissettirmesi gibi zor mizaca sahip olması, duygusal ve fiziksel ihmal için başlı başına bir risk etmenidir. Bağlanma açısından önem taşır [31]. Yapılan birçok çalışmada, psikopatoloji ile baskın mizaç arasında ilişki olduğu saptanmıştır [31]. PB ve OKB hastalarını mizaç özellikleri açısından karşılaştıran bir çalışmada, hipertimik mizaç özellikleri PB grubunda daha yüksek saptanmakla birlikte baskın bir mizaç saptanmamıştır [32]. PB'si olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştıran bir çalışmada ise PB grubunda depresif mizaç ve anksiyeteli mizaç baskın mizaçlar olarak saptanmıştır [33].

Bu araştırmanın amacı, PB tanısı alan hastalar içinde YAAB eşlik eden ve YAAB eşlik etmeyenleri çocukluk çağı travması, erken yaşam olayları, bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri açısından karşılaştırmak ve bunları sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslayarak olası etiyolojik farklılıkları ortaya koymaktır.

Çalışmanın hipotezleri;

1. YAAB'nin eşlik ettiği PB'si olan hastalarda erken yaşam olayları ve çocukluk çağı travmaları daha sık görülür.
2. YAAB'nin eşlik ettiği PB'si olan hastalarda anksiyeteli bağlanma daha yüksektir ve anksiyeteli mizaç daha fazladır.
3. YAAB'nin eşlik ettiği PB'si olan hastalarda hastalığın şiddeti ve işlevsellik kaybı daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Panik Bozukluğu

2.1.1 Tanım

PB, yaşam boyu yaygınlığı giderek artan, düzelmeler ve yinelemelerle seyreden, hastaların yaşam kalitesini ve günlük yaşam etkinliklerini önemli derecede bozan, birinci basamak sağlık sistemine giderek daha fazla başvuru yapılmasına neden olan ve bunun yanında tedaviye dirençli olguların sayısının her geçen gün arttığı bir ruhsal bozukluktur. PB'nin yol açtığı bu durumlar bir yandan bu bozukluğun daha iyi tanınmasının, bir yandan da etiyolojik ve epidemiyolojik bileşenlerinin daha iyi anlaşılmasının gerekliliğini artırmaktadır [34, 35].

PB, panik ataklar ve beklenti anksiyetesi ile karakterizedir ve bazı hastalarda agorafobik kaçınmanın eşlik ettiği bir klinik tablodur. Temel belirtisi olan panik atakları yineleyici ve beklenmedik niteliğe sahiptir. Bedensel belirtiler genellikle soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme ve göğüs ağrısıdır. Bu tabloya sıklıkla, ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler de eşlik eder [36, 37]. Bazı çalışmalar, PB hastalarının abartılı tehdit algısına ve artmış anksiyete duyarlılığına sahip olduklarını vurgulamaktadır [38].

2.1.2 Tarihçe

Panik (Panikos) sözcüğü, Yunan tanrısı Pan'dan türetilmiştir. Panik; “bir kimseyi ya da bir topluluğu, akılcı bir nedeni olmaksızın saran dehşet ve bunun yol açtığı büyük şaşkınlık, kargaşa ve karışıklık” olarak tanımlanmaktadır [39].

Pan; Eski Arkadya'da vücudunun üst kısmı insan, alt kısmı keçi biçiminde olan çobanların ve ormanların tanrısıdır. Panik kelimesi üzgün olduğu zaman bir mağaraya kapanan, yalnız yaşayan, rahatsız edildiğinde çığlık atarak korkutan, ürkütücü çığılığı ve korkunç görünümü ile sürülerin, orman ve su perilerinin korku içinde kaçışmalarına yol açan “Pan” kelimesinden türetilmiştir [40, 41].

Panik atağın belirtileri ilk kez 17.yüzyılda Robert Burton tarafından “Melankolinin Anatomisi” isimli kitapta tanımlanmıştır. Bu tanımlamanın DSM-III tanı ölçütlerine

benzerliği dikkat çekicidir [39]. Örneğin; Sauvages, 1700'lü yıllarda “vertigo hysteriqua” olarak isimlendirmiştir. Daha sonra George Miller Beard, histeri, obsesyon, hipokondriyazis ve anksiyeteyi kapsayan “nevrasteni” terimini kullanmış ve bu terim o yıllarda oldukça kabul görmüştür [38]. Benedikt ise panik atağını 1870'de halka açık yerlerde baş dönmesi anlamına gelen “platzwindel” olarak tanımlamıştır [42].

1871 yılında Jacob Mendes Da Costa tarafından tanımlanan, Amerikan İç Savaşı'nda askerlerde gözlenen Da Costa Sendromu, bugün PB'yi oluşturan birçok psişik ve somatik belirtiyi içermektedir. Birçok belirtinin birlikte olduğu bu hastalık, geçmişte Asker Kalbi, Efor Sendromu, Nörosirkülatuar Asteni gibi isimler de almıştır [37, 43].

“Anksiyete Nevrozu” terimini ise ilk kez 1894'de Sigmund Freud kullanmış ve PB'yi karşılayan bu tabloyu nevrasteni grubundan ayırmıştır. Çalışmalarda, Freud'un anksiyete nevrozunun DSM-IV'de tanımlanan PB tanı ölçütlerinin 12'sinden 9'unu içermesine dikkat çekilmektedir [3, 39]. Krapelin, 1909'da yayınladığı kitabında, “Korku Nevrozu” adıyla kaygının fiziki, otonomik ve davranışsal görünümünden söz etmiştir. Francis Henkel ise 1917'de yayınladığı kitabında, Paroksizmal Anksiyete Atağını tanımlamıştır [44].

Literatürde ilk kez kaygı atakları olarak tanımlanan durumlar için panik atağı terimini Klein kullanmıştır. “Farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan YAB'den ayırmış ve bu ayırmadan yola çıkarak PB'yi farklı bir kaygı bozukluğu olarak tanımlamıştır. 1980 yılında Klein'in yoğun çabaları sonucunda PB, DSM- III tanı sisteminde ayrı bir klinik tablo olarak yerini almıştır [45]. Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı sınıflaması olan International Classification of Mental Disorders (ICD-10)'da “Epizodik Paroksizmal Anksiyete” olarak tanımlanmıştır [46].

2.1.3 Tanı

Tanı Ölçütleri

- **DSM-V Panik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri**

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları: Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dört ya da daha fazlasının eşlik ettiği, aniden yoğun bir korku ya da içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur.

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
 2. Terleme
 3. Titreme ya da sarsılma
 4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
 5. Boğulma hissi
 6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
 7. Bulantı ya da karın ağrısı
 8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
 9. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları
 10. Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (kendine yabancılaşma)
 11. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
 12. Ölüm korkusu
 13. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
- B. Ataklardan en az birinden sonra aşağıdakilerden biri ya da daha fazlası 1 ay süreyle (ya da daha uzun süre) eşlik eder.
1. Başka ataklarında olacağına ve getireceği sonuca ilişkin sürekli kaygı duyma ya da tasalanma
 2. Panik atak geçirmekten kaçınmak amacıyla uyum bozukluğuyla giden davranış değişikliği gösterme
- C. Panik atağı bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D. Panik atağı; SF, Özgül Fobi (ÖF), OKB, Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) ya da AAB gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz [47].
- **DSM-V Panik Atağı İçin Tam Ölçütleri**
- A. Aşağıdaki belirtilerden dördünün ya da daha fazlasının birden başladığı ve on dakika içinde en yüksek düzeye ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma durumunun olmasıdır.
1. Çarpıntı, kalp atımlarını hissetme ya da kalp hızında artma olması
 2. Terleme
 3. Titreme ya da sarsılma
 4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
 5. Boğulma hissi

6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma hissi
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
9. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
10. Ölüm korkusu
11. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
12. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları
13. Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (kendine yabancılaşma)

DSM-V'te panik atağı ölçütleri ayrı olarak yer almaktadır çünkü panik atağı PB'ye özgü değildir. Panik atağı tıbbi bozukluğa bağlı (kalp, akciğer hastalıkları), durumsal ve beklenmedik panik ataklar olarak üç sınıfa ayrılır. PB tanısı konulabilmesi için yineleyen beklenmedik panik ataklarının ortaya çıkması gerekir. PB tanım olarak bazı panik ataklarının beklenmedik olmasını gerektiriyorsa da özellikle hastalığın ileri dönemlerinde duruma bağlı panik atağı görülebilmektedir [47].

• **ICD-10 Tanı Epizodik Paroksizmal Anksiyete Ölçütleri:**

Dünya Sağlık Örgütü tanı çizelgesinde PB ölçütleri DSM tanı sistemi ile benzerlik göstermektedir. ICD-10 tanı sisteminde Epizodik Paroksizmal Anksiyete tanısı aşağıdaki ölçütlere göre konur.

A. Kişi daima özel bir durum ya da nesne ile ilişkili olmayan ve kendiliğinden ortaya çıkan yineleyen panik atakları geçirir. Panik atakları beklenen, tehlikeli ya da yaşamı tehdit eden durumlarla karşılaşmakla ilişkili değildir.

B. Panik nöbeti aşağıdakilerin tümü ile tanımlanır:

1. Sınırlı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma dönemidir.
2. Aniden başlar.
3. Birkaç dakikada en üst düzeye ulaşır ve en az birkaç dakika sürer.
4. Aşağıdaki belirtilerden en az dördü olmalı; bunlardan biri 'a-d' arasında olmalıdır.

Otonom sistemde uyarılma belirtileri:

- a. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- b. Terleme
- c. Titreme ya da sarsılma

d. Ağız kuruluğu (ilaç ya da dehidratasyon nedeniyle olmayan)

Göğüs ve karınla ilgili belirtiler:

- e. Nefes darlığı
- f. Boğuluyor gibi olma duyumları
- g. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma hissi
- h. Bulantı ya da karın ağrısı (örn. midede yanma)

Mental durumla ilgili belirtiler:

- i. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- j. Derealizasyon ya da depersonalizasyon
- k. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- l. Ölüm korkusu

Genel belirtiler:

- m. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları
- n. Uyuşma ya da karıncalanma duyumları

C. Panik atakları fiziksel bir bozukluk, organik mental bozukluk ya da şizofreni vb. bozukluklar, DDB ya da somatoform bozukluklar gibi başka ruhsal bozukluklar nedeniyle oluşmamalıdır [46].

Panik Atağı Çeşitleri

- **Durumsal Panik Atakları**

Durumsal panik atakları; daima belirli bir tetikleyici durumla karşılaşıldığında ya da karşılaşma olasılığında yaşanan, ne zaman ve nerede olacağı önceden kestirilebilen panik ataklardır. Diğer kaygı bozukluklarında görülen durumsal ataklarla karşılaştırıldığında, PB'deki durumsal ataklarda ölüm korkusu, çıldırma korkusu ve parestezi belirtileri daha fazla eşlik etmektedir [39].

- **Sınırlı Belirtili Panik Atakları**

Dört taneden daha az panik atağı ölçütünü karşılayan panik atakları “sınırlı belirtili ataklar” olarak tanımlanmaktadır. Bu ataklar yeti yitimine, kaçınmaya ve kalıntı belirtilerin sürmesine yol açmaktadır [39].

- **Gece Gelen Panik Atakları**

Uykudan panik halinde ve aniden uyandıran, bilişsel ve fizyolojik semptomlara korku ve huzursuzluğun eşlik ettiği panik ataklardır. Gece gelen panik atakları, bir tetikleyici olmaksızın, uykudan aniden, büyük bir korkuyla uyanma ve fizyolojik uyarılma haliyle karakterizedir. PB dışında görüldüğü tek psikiyatrik bozukluk PTSS'dir [39].

- **Klinik Olmayan Panik Atakları**

Panik atağı yaşayan ancak herhangi bir emosyonel bozukluk (PB, agorafobi vb.) sahibi olmayan kişilerdeki panik ataklarını tanımlamak için kullanılmıştır [39].

- **Korkusuz Panik Ataklar**

Korkusuz panik ataklar, bilişsel belirtiler ya da öznel korku olmaksızın göğüs ağrısı ile kardiyolojiye başvuran hastalarda tanımlanmış ve PB'nin kardiyak hastalardaki bir değişkeni olarak değerlendirilmiştir. Göğüs ağrısı yakınmasıyla başvuran hastaların yaklaşık 1/3'ünde korkusuz panik atağı olduğu bildirilmiştir [39].

Beklenti Anksiyetesi: İlk panik ataktan sonra ya da atakların artmasıyla beraber, başka bir panik atak olacağına dair bir yaşanan yoğun korku ve kaygılı halidir [41].

2.1.4 Epidemiyoloji

PB, toplumda sık görülen bir ruhsal bozukluktur [40]. Yineleyici panik atakların toplumdaki sıklığı %7 civarındadır [48]. Epidemiyolojik çalışmalarda, PB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1-2 ile %1,5-3,8 olarak gösterilmiştir [49] [39, 50]. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü PB'nin birinci basamak sağlık kurumlarındaki hastalarda yaşam boyu yaygınlığını %3,4 bildirmiştir [51].

Kadınlarda, erkeklere göre yaklaşık 2-3 kat fazladır [49, 52, 53]. PB her iki cinsiyette de benzer iki yaş grubunda pik yapmaktadır [49]. Başlangıç yaşı, kadınlarda erken (15-25 yaş) ve geç başlangıçlı (45-54 yaş) olarak bimodal yaş dağılımı göstermektedir [39]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, PB tanısı alan hastaların %62'sinin kadın olduğu bildirilmiştir [54]. ABD'de yapılmış olan Epidemiyolojik Alan Tarama Çalışmasında (ECA), kadınlarda yaşam boyu yaygınlık oranı %0,7, erkeklerde ise %0,3 olarak saptanmış ve yapılan diğer çalışmalarla da bu sonuçlar desteklenmiştir [55, 56]. Son yıllarda yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda ise kadınlarda bir yıllık yaygınlık %0,5, erkeklerde ise %0,2 belirlenmiştir [57].

Yürütülen birçok çalışma, panik atakların ve PB'nin, eğitim, etnik ve sosyal durumla bağlantılı olmadığını ancak boşanma ve ayrılığın PB riskini artırdığını göstermektedir [56, 58]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hastaların çoğunluğunun (%80) evli olduğu saptanmıştır [54]. Diğer bir çalışmada ise evli olmayanlarda (dul, bekar, ayrı yaşayanlar) PB riskinin evlilere göre iki kat arttığı gösterilmiştir [59]. Ayrıca PB'nin şehirde yaşayanlarda 1,5-2 kat daha fazla görüldüğü belirlenmiştir [59]. PB gelişiminde çeşitli epidemiyolojik farklılıklar olmasına rağmen etkili olduğu tanımlanmış tek toplumsal etken boşanma ve ayrılık olarak ortaya konmuştur [53].

2.1.5 Etiyoloji

PB'nin oluşum nedenleri oldukça karmaşıktır. Çoğu olguda ortaya çıkmasından sorumlu tek bir etken bulunmadığı gibi söz konusu bozukluğun özgül nedenini tam olarak bilmek olanaksızdır [39]. PB'nin oluşumunda rolü olan düzenekler şöyle özetlenebilir:

- Genetik yatkınlık,
- Biyolojik etkenler (Örneğin; Nörotransmitter değişiklikleri gibi),
- Psikolojik ve bilişsel süreçler,
- Çevresel etkenler [54].

Genetik Etkenler

Manfro ve arkadaşları (1996) PB'nin genetik geçişi en iyi gösterilen kaygı bozukluğu olduğunu savunmuştur [60]. Çünkü etiyolojik araştırmalarda PB olan kişilerin birinci ve ikinci derece akrabalarında 4-10 kat daha sık PB bulunduğu saptanmıştır [61, 62]. PB hastalarının birinci derece akrabalarında, yaşam boyu PB riskinin 3-17 kat artmaktadır [63].

Aile ve ikiz çalışmalarında, PB'de %40 oranında genetik faktörlerin etkili olduğu belirlenmiş ve PB olan hastaların birinci derece akrabalarında PB'nin yaşam boyu yaygınlığı %7-20 bulunmuştur [40, 64, 65]. PB hastalarının birinci derece yakınlarında yüksek oranda karbondioksit aşırı duyarlılığının saptanması, bu duyarlılığın da kalıtsal nitelikte olduğunu düşündürmektedir [66]. Genetik linkage çalışmalarında özellikle kromozom 16'nın PB geninden sorumlu olduğu düşünülmektedir [33].

Biyolojik Etkenler

Kaygı bozukluklarında kaygının normal olan biyolojik sistemlerin aşırı uyarılması sonucu mu, yoksa biyolojik sistemde olan patolojik işleyen mekanizmalar sebebiyle mi ortaya çıktığı henüz açıklığa kavuşturulamamıştır [67]. Bu mekanizmalarla ilgili görüşler aşağıda özetlenmiştir:

- **Nöroanatomik Hipotez**

PB'nin davranışsal belirtileri, nöroanatomik hipoteze göre beyindeki korku ağı aracılığıyla oluşmaktadır. Bu korku ağı merkezinde amigdalanın bulunduğu; prefrontal korteks (PFK), insula, talamus, hipotalamus ve beyin sapı yapılarına projeksiyonlar içeren bir yapıdır. Korku ağında uyarılma eşiğinin düşük olması veya aşırı uyarılma sonucunda oluşan otonomik ve nöroendokrin aktivasyonun PB belirtilerine yol açtığı öne sürülmektedir [68]. Amigdala, beyin sapı yapıları ve duyuşal talamustan doğrudan gelen bu duyuşal bilgileri alır. Korku uyarısıyla ilgili bu bağlamsal bilgi hipokampus aracılığıyla bellekte depolanır ve panik atakları ile ilişkilendirilip korku ağının aktifleşmesine ve kaçınmaya neden olur. Nöroanatomik hipotezde bilişsel hataların öğrenilmesinde PFK'nın rolünün de bu açıdan önemli olduğu ileri sürülmektedir [68, 69].

- **Merkezi Noradrenerjik Sistem**

Araştırmalar, beyin sapındaki locus seruleus'un korku ve alarm tepkilerinden sorumlu olduğunu göstermektedir [70]. PB hastalarında telaşlandırıcı bir zorlanma sonrasında NA düzeylerinin kontrollerden daha yüksek olduğu bir çalışmayla gösterilmiştir [71]. Bu nedenle PB'nin noradrenerjik düzensizlik sonucu oluştuğu ileri sürülmektedir [72]. Yapılan diğer çalışmalarda klonidinin PB hastalarında kaygıyı, MHPG düzeyini ve NA deşarjını azalttığı gösterilmiş ve bu bulgular ışığında PB'nin presinaptik alfa-2 reseptörlerinde duyarlılık artışına bağlı oluştuğu ileri sürülmüştür [73].

- **Merkezi Serotonerjik Sistem**

Korku ve savunma yanıtlarının düzenlenmesinde serotoninin (5HT) rolü olduğu bilinmekte ve PB'nin tedavisinde serotonerjik geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) etkili bulunması, serotonerjik sistemde olan bir bozukluğun panik atakları ortaya çıkışı ile ilişkili olabileceği görüşünü desteklemektedir [70]. 5HT-1 ve 5HT-2 reseptörlerinde agonist

etkili olan m-klorofenilpiperazin ve 5HT salınımını artıran fenfluramin, PB hastalarında kaygı ve panik atak ortaya çıkarmaktadır [74].

- **GABA’erjik Sistem**

Beklenti anksiyetesinin oluşumunda Gamma Aminobütirik Asit (GABA) Benzodiazepin reseptör kompleksinin rolü olabileceği öne sürülmektedir [41]. Benzodiazepinler, GABA’erjik işlevi artırarak, merkezi sinir sisteminde 5HT işlevini dolaylı olarak azaltarak anksiyolitik etki göstermektedirler [41].

- **Kortikotropin Salınım Faktörü ve Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Sistem**

Bireyler stres altındayken Kortikotropin Salınım Faktörü (CRF) düzeyi artmakta ve Hipotalamo Pitüiter Adrenal sistemi (HPA) aktive ederek kortizol ve dehidroepiandrosteron salınımını artırmaktadır [53]. Tehdit edici çevresel uyaranların PB hastalarında HPA sistemini sağlıklı insanlardan daha fazla uyardığı ve bu uyarılmanın bilişsel müdahaleler ile değiştirilebileceği gösterilmiştir [75].

DeneySEL Anksiyete Oluşturma Çalışmaları

- **Sodyum Laktat Provakasyonu**

Laktat infüzyonu ile PB hastalarının %50-70’inde, kontrol grubunun ise %10’undan daha azında panik atak gelişmekte olduğu saptanmış ve buradan yola çıkarak laktat infüzyonu ile panik atak oluşmasının PB tanısı için biyolojik bir belirteç olabileceği düşünülmüştür [41, 76]. Cohen ve White (1951), PB hastalarının karbondioksite (CO₂) aşırı duyarlı olduklarını ve fiziksel egzersiz sırasında kanda biriken laktatın kontrollere göre daha yüksek düzeylere ulaştığını göstermişlerdir [74].

- **CO₂ ve Hiperventilasyon**

Yüksek konstrasyonlarda CO₂ inhalasyonunun kaygıyı artırdığı ve PB hastalarında panik atakları tetiklediği gösterilmiştir [77]. CO₂ inhalasyonu periferik ve santral parsiyel CO₂ basıncını artırarak solunumu uyarmakta ve hiperventilasyona neden olmaktadır. Arteriyel parsiyel CO₂ artışı, asfiksini habercisi olarak duyarlı beyin sapı nöronlarını aktive etmekte ve NA deşarjına yol açarak panik atağını başlatmaktadır [39]. PB’de CO₂ aşırı duyarlılığının bir belirteç olarak kabul edilebileceği düşünülmüştür [39].

Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) ile yapılan çalışmalarda, PB hastalarında sol insula, sol temporal girus, orta beyin ve ponsa gri madde hacminde artış, sağ anterior singulat korteks hacminde ise azalma bulunmuştur [78].

Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) çalışmaları bilateral frontal aktivitenin azaldığını, sağ medial ve superior frontal lobta aktivitenin arttığını göstermiş ve serebral asimetrideki bu değişikliği hastalık şiddeti ile ilişkili saptamıştır [79, 80].

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çalışmalarında PB hastalarında amigdala, hipokampus, talamus, orta beyin, pons, medulla ve serebellumda glukoz metabolizmasında artış bulunmuştur [79]. Katekol-O-metiltransferaz (COMT) enzimini kodlayan COMT geninin val158met polimorfizmini taşıyan PB hastalarının korkulu yüz ifadeleri karşısında sağ amigdala aktivite artışı gösterdikleri, bu polimorfizmin PB için yatkınlığı belirleyebileceği öne sürülmüştür [81]. PB hastalarında, benzodiazepin reseptörlerine benzodiazepin antagonisti flumazenil bağlanmasının orbito frontal korteks (OFK), insular korteks ve sol hipokampusta azaldığı bulunmuştur [79]. Proton manyetik rezonans spektroskopisi çalışmaları oksipital korteks, anterior singulat korteks (ASK) ve bazal ganglionlarda GABA yoğunluğunda azalma bildirilmiştir [82]. SPECT çalışmalarında orta beyin, bilateral temporal lob ve talamusta 5HT taşıyıcısı bağlanmasının azaldığı bulunmuştur [83]. Bu bulgular PB etiyojisinde 5HT sisteminin rolünü desteklemektedir.

Çevresel Etkiler

• Erken Yaşam Olayları

Freud 1917'de, melankoli ve kayıp arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır ve bu ilişki sonraki araştırmalar tarafından desteklenmiştir. Kanıtlara dayanarak annenin erken dönem kaybı özellikle ilgisizlik ve bakımda aksamalar ile gidiyorsa kişi yetişkin yaşamda zorluklar ile karşılaştığında MDB, PB, AAB, sınır kişilik bozukluğuna daha yatkın hale gelmektedir [84]. Çocukluk çağı istismarı, PB gelişimi için bir risk etmeni olarak tanımlanmış ve PB hastalarında %13-54 arasında istismar öyküsü bildirilmiştir [71]. Breier ve arkadaşları (1986) tarafından yapılan bir araştırmada, PB hastalarının %8'inin cinsel, %12'sinin fiziksel kötü davranıma maruz kaldığı bildirilmiştir [39]. Tweed ve arkadaşlarının 1989'da yaptıkları bir çalışmada 10 yaşın altında annesini kaybeden ya da

ailesinden ayrılan kişilerde, PB riskinin arttığını ve ölüm ya da başka nedenlerle meydana gelen ebeveyn kaybının kötü gidişle bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir [19]. Aile içinde fiziksel şiddete tanık olma veya maruz kalma, kendisi için önemli bir aile bireyini kaybetme veya kaybetme riski yaşama (ör: ciddi hastalık), PB oluşumunda öne çıkan erken yaşam olaylardır [85]. Yapılan araştırmalara göre, yetişkin PB ve/veya agorafobik hastaların %40–60'ında çocukluğun erken dönemlerinde cinsel veya fiziksel istismar öyküsü tespit edilmiştir [21]. Kadınlarda diğer kaygı bozuklukları ile PB'yi çocukluk döneminde fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü açısından karşılaştıran bir çalışmada ise diğer kaygı bozukluklarında sadece % 31 fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü bulunmasına karşın, PB bulunan kadınlarda bu oran %60 olarak bulunmuştur [86]. Erken dönemde ayrılık ve kayıp gibi travmaların, çocukluktaki cinsel ve fiziksel istismarın, yaşamdaki stres kaynaklarının başta PB olmak üzere kaygı bozukluklarıyla ilişkili olabileceği yapılan birçok araştırmayla ortaya çıkarılmıştır [85, 87-89].

- **Stresli Yaşam Olayları**

Stres verici yaşam olayları PB'nin ortaya çıkmasında önemli bir etken olarak gösterilmiştir [87]. Stresli yaşam olaylarının PB'ye etkisi üzerine yapılan bir araştırmada, hastaların 2/3'ünde, hastalığın başlamasından önceki altı ay içerisinde stresli yaşam olaylarının bulunduğu bildirilmiştir [90]. Bu stresli yaşam olayları, görülme sıklığı dikkate alınarak şu şekilde sıralanmıştır; sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehdidi yaşama, iş değiştirme, gebelik, göç, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık [59].

Psikolojik ve Bilişsel Etkenler

- **Psikanalitik Görüş**

1970'lerin ortalarına dek, kaygı ve fobilerin oluş nedenleri ve biçimi, Freud'un başlattığı psikanalitik kuramla açıklanmakta olup bu kurama göre, kaygı temelde bir iç çatışmanın bir ürünü olarak görülmekteydi. Psikanalitik yapısal varsayıma göre iç çatışma, ego ve id ya da ego ve süperego arasında oluşmaktadır. İde özgü bilinçdışı dürtülere karşı denge kurmaya çalışan ego, herhangi bir nedenle zayıflarsa ya da dürtülerin gücü artarsa, ego ve id arasında bir çatışma ortaya çıkmakta ve çatışma durumunda kalan ego kaygıya karşı savunma düzeneklerini kullanmaktadır. Panik atakların, kaygı uyarıcı dürtülere karşı savunma mekanizmalarının yetersiz kalmasıyla ortaya çıktığı kabul görmektedir.

Genellikle kullanılan savunma düzenekleri; bastırma, yer değiştirme, kaçınma ve sembolizasyondur. Çocukluk çağında yaşanan örseleyici bir ayrılma yada travma, çocuğun gelişmekte olan sinir sistemini etkileyebilir ve çocuğu erişkinlikte kaygıya eğilimli hale getirebilir. Çevresel stresörlerle bu nörofizyolojik zeminin etkileşimi sonucunda panik atak oluşabilmektedir [64].

Freud, anksiyete nevrozunun altta yatan cinsel bir çatışma sonucunda cinsel gerilimin artmasıyla ortaya çıktığını bildirmiştir. Ancak güncel psikodinamik bakış açısına göre, kaygı sadece cinsel çatışmaya değil sosyal ve kültürel çatışmalar, altta yatan saldırgan dürtüler, bağımlılık ve bağımsızlık çatışmaları gibi farklı çatışmalara bağlı olarak da tetiklenebilir [69]. İntrapsişik çatışma, panik atağın kendisinden daha korkutucudur [91]. Savunma mekanizmaları kaygıyı yatıştırmada yeterli olmadığında, belirtilerin şiddeti artmakta ve panik atak olarak karşımıza çıkmaktadır [92].

İnsanın yaşadığı ilk kaygının doğum anı olduğunu belirten Freud, insanı; tehlikeli ve düşman nitelikler taşıyan fiziksel ve toplumsal çevresi içinde kendini korumak ve yaşamını sürdürebilmek amacıyla sürekli çaba gösteren bir varlık olarak tanımlamıştır. Freud'a göre, insan davranışlarının tümü uyum sağlamaya yönelik bir amaç taşır. Hiçbir davranışı rastlantısal değildir. Freud sonraki teorisinde kaygıyı uyum sağlamaya katkıda bulunan bir süreç olarak tanımlamıştır. Ne var ki kaygı, gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik alırsa, uyum sağlamaya yardımcı olan işlevini yitirir [93]. Örneğin; Freud'a göre kapalı yerlerde kalmaktan korkan biri aslında cinsel arzularını ve yakın ilişki kurma ihtiyacını açıklamaktan korkmaktadır. [94]. Yani bilinçdışı, kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilince çıkma tehlikesi karşısında benlik güçlerinin yetersiz kalması halinde egoda hissedilen duygu; kaygıdır [95].

Klinik gözlemler, PB hastalarında çatışmanın temel alanlarını ayrılık ve bağımsızlık olduğunu göstermiştir. Birçok etiyolojik çalışma doğrudan olmasa da bu kanıyı destekleyen veriler sunmaktadır [96]. Psikanalitik yönelimli kimi yazarlar, panik atakların kendiliği cezalandırıcı niteliğini vurgulamışlar ve kişinin bilinçdışı bir şekilde öfkesinin ifade bulduğunu öne sürmüşlerdir [97].

Bağlanmanın güvensiz oluşu, erken yıllarda yaşanan kayıp ya da terk edilme tehditlerinin PB üzerine etkileri saptanmıştır [91]. Kayıp nesnesine ilişkin çocukluk çağında yaşanan kayıp deneyimleri ile PB'nin yakından bağlantılı olduğu ve bu açıdan

Bağlanma Teorisi'nin ortaya koyduğu bağlanma biçiminin etkileri çerçevesinde değerlendirilmesinin etkin olacağı kanısına varılmıştır [71]. Kronik stresörlerin varlığının PB'nin seyrini kötüleştirdiği ve yakın zamanda gerçekleşen bir kayıp ya da ayrılığın PB hastalarının depresyon riskini artırdığı tespit edilmiştir [98].

- **Varoluşçu Görüş**

Varoluşçu felsefeyi benimsemiş felsefeciler ve ruh hekimleri, kaygıyı varoluşun temelinde bulunan ontolojik bir özellik olarak ileri sürmüş ve gerçek kaygıyı, kişinin varoluşunun yok edilebileceğinin, kendisinin ve dünyasının tümünden yitirilebileceğinin, “hiç” olabileceğinin ayırımına varması olarak tanımlamışlardır. Korku, kişinin varlığının dışında olan bir tehlikeye karşı tepki; kaygı ise kişinin doğrudan doğruya varoluşunun özüne bir tehdittir [99].

- **Davranışçı Görüş**

Davranışçı görüşe göre; kaygı ve fobiler öğrenilmiş durumlardır. Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı biyolojik temeli olan bir tepkidir. Kişi hiç korku uyandırmayan bir nesne ile karşılaşırken eş zamanlı olarak ağırlı bir uyarana da karşılaşırsa korku duyulmayan nesneden kaçınma davranışı ortaya çıkacağını savunmaktadır [99].

- **Bilişsel Görüşler**

Son yıllarda, kaygı bozukluklarına psikolojik yaklaşımlar, tasalanma (worrying) üzerine odaklanmakta; hastalıkların ortaya çıkmasında ve sürmesinde bu tasalanmanın ve bununla ilgili bilişsel süreçlerin rolü üzerinde durmaktadırlar [99].

Bilişsel Kaçınma (Cognitive Avoidance) Kuramı:

Bu kurama göre; tasalanma (worrying), kaygıdan kaçınmanın yoludur. Dolayısıyla, tasalanma daha derin duygusal kaygılar ya da olumsuz olaylarla ilgili kaygılı uyarılma ya da felaket beklentisinden bir kaçınma çabası olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kaygının bedensel belirtilerinin ve sempatik etkinliğin bastırılmasını sağlamaktadır [99].

Üst-biliş (Meta-cognition) Görüşü:

Bu görüşe göre; kaygı bozuklularındaki tasalanma yalnızca bir kaygı belirtisi değil, aynı zamanda üst bilişsel düşünceler tarafından tetiklenen bir başa çıkma yöntemidir. Bu olumsuz tasalanmanın ortaya çıkması ile kişi tasaları üzerinde denetim sağlamaya ve sıkıntısını azaltmaya çabalamaktadır. Bu çabaların kaygıyı yatıştırıcı etkisi olmadığı gibi, kaygıyı pekiştirmeye yol açtığı savunulmaktadır [99].

Belirsizliğe Dayanamama (Intolerance of Uncertainty) Görüşü:

Belirsizliğe dayanamama görüşüne göre; korku, acı veren ve tehlikeli bir dış uyarana karşı gelişen bir tepki olarak tanımlanmıştır. Kaygı ise nesnesinin belirsiz oluşu ve asıl tehdit edici olanın bu belirsizlik olmasıyla korkudan ayrılmaktadır. Bu görüşe göre; kaygı bozukluğunun dört bileşeni; belirsizliğe dayanamama, tasalanma ile ilgili yanlış olumlu inançlar, sorun çözme becerisinin zayıflığı ve bilişsel kaçınmadır [99].

Duygulanımın Düzenlenmesinde Bozukluk (Emotional Dysregulation) Görüşü:

Bu yaklaşımda, tasalanmanın olumsuz duygulanımdan kaçınma işlevini gördüğünü öne süren bilişsel kaçınma modeli benimsenmektedir. Ancak bilişsel kaçınma kuramında kaygı bozukluğu olan kişilerin tasalanmaya yatkınlığını yeterince açıklayamadığı düşünülmüş; dolayısıyla başka bir görüş geliştirilmiştir. Bu görüşe göre; kaygı bozukluğu olan kişiler hem duyguları daha yoğun yaşamakta hem de bu duygularını daha zor tanımaktadır. Bu kişilerdeki tasalanma, duyguların denetlenme çabası sonucu oluşan bilişsel bir süreçtir [99].

2.1.6 Ayırıcı Tanı

PB bedensel ve ruhsal hastalıklar ile karışması mümkün olan bir hastalık olarak birçok çalışmada ele alınmış ve bu hastalıkların tanınmasının hem psikiyatri hem de diğer branş hekimleri açısından önem taşıdığı vurgulanmıştır [99].

Öykünün ayrıntılı alınması, dikkatli bir fiziki muayene ile fiziksel bir hastalığın atlanması önlenebilir. Bazı tetkikler ile organik etiyojinin araştırılması şüpheli durumlarda önerilmektedir. Organik etiyojiyi düşündüren klinik tablolarda, 24 saatlik EKG incelemesi, dikkatli bir nörolojik muayene uygulanması, EEG, beyin BT veya MRI gibi incelemelerin gerektiğinde yapılması önerilmektedir [43, 100, 101].

Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken organik durumlar şu şekilde özetlenebilir:

- ✓ *Endokrin hastalıklar;* Hipertiroidi, Hipoglisemi, Feokromasitoma, Cushing sendromu
- ✓ *Kardiyak hastalıklar;* Paroksizmal SVT, Anjina Pectoris, Mitral Valv Prolapsusu
- ✓ *Solunum sistemi hastalıkları;* Astım, Pulmoner Emboli, KOAH
- ✓ *Nörolojik bozukluklar;* Transient İskemik Atak, Parsiyel Kompleks Nöbet, Delirium
- ✓ *Sistemik hastalıklar;* Menopoz, Anemi, Stereoid tedavisi, Vestibüler işlev bozuklukları [99-101]
- ✓ *Psikiyatrik hastalıklar;* Şizofreni, sosyal ve özgül fobi ve yaygın anksiyete bozukluğunda (YAB) panik ataklar görülebilmektedir [99].

2.1.7 Eş Tanı

PB'de eş tanı olarak şizofreni, bipolar bozukluk (BPB) , MDB, YAB, OKB, AAB, SF, alkol-madde kullanım bozukluğu birlikteliği birçok araştırmada gösterilmiştir. PB ile eş tanı olarak başka bir hastalık bulunduğu, belirti şiddetinin ve tedavi yanıtızlığının arttığı saptanmıştır. PB'de psikiyatrik eş tanılı durumların uygun şekilde tedavi edilmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırmakta ve hastalığın gidişatı üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır [102].

• **PB ve Alkol Kullanım Bozuklukları**

PB'de alkol ve madde bağımlılığının görülme olasılığının diğer kaygı bozukluklarından daha yüksek olduğu saptanmıştır [103]. Birçok aile çalışması, PB tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarında alkol kullanım bozukluğunun arttığını göstermiştir [104].

• **PB ve Şizofreni**

Bir meta analizde, şizofreniyle PB eş tanı oranı %9,8 (%4,3-%15,4) olarak saptanmıştır [105]. Yataklı serviste izlenen şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda, artmış hostilite, öfke ve intihar düşüncesi, ailede fazla psikopatoloji ile PB birlikteliği ilişkili bulunmuştur [106, 107].

• **PB ve BPB**

PB ile BPB arasında açık bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bir derlemede BPB hastalarında PB eş tanı sıklığının %6 ile %43 arasında değiştiği saptanmıştır. Ayrıca aile ve genetik çalışmalarının da BPB'nin PB'yle ilişkisini desteklediği görülmektedir [108].

- **PB ve MDB**

Yapılan birçok çalışmada, PB ve MDB arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir [109]. Ulusal Eş Tanı Çalışmasında, yaşam boyu MDB olan hastaların %60'ında eş tanıli kaygı bozukluğu saptanmıştır [110]. MDB'de yaşam boyu PB eş tanısı; ABD'de %10,7, Almanya'da %16,2, Kore'de %17 ve Tayvan'da %5,9 olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir Ulusal Eş Tanı Çalışmasında ise PB-MDB birlikteliğinin ciddi semptomatoloji, direnç, yeti yitimi, intihar riski, yardım arama davranışında artış ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir [111].

- **PB ve Diğer Kaygı Bozuklukları**

En sık saptanan kaygı bozukluğu ÖF (%48,3) olup bunu sırasıyla YAB (%33,3) ve PB (%28,3) izlemektedir [112]. Erken başlangıçlı PB'de OKB eş tanısının daha sık görüldüğü, bu grup hastalarda AAB ve obsesif kompulsif belirtilerin sıklıkla eşlik ettiği belirtilmektedir [113].

2.1.8 Tedavi

PB'de tedavi hedefleri panik ataklarının tamamen ortadan kaldırılması ya da çok hafif şiddette ve sayıda belirti düzeyine geriletilmesi, beklenti anksiyetesinin giderilmesi, genel olarak iyilik halinin sağlanması ve PB'nin yarattığı işlev kaybının önlenmesi olarak belirlenmiştir [114].

Trisiklik Antidepresanlar (TSA), Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI), SSGİ, Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitorleri (SNGİ), Benzodiazepinler, Antipsikotikler, Antikonvülzanlar, Beta Blokörler PB tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavi ajanlarıdır.

Farmakoterapinin yanı sıra çalışmalarda PB hastalarının psikodinamik yönden de ele alınmasının tedavinin gidişatını olumlu yönde etkilemekte olduğu saptanmıştır. Psikoterapinin amacı benlik değerine ilişkin süreçleri güçlendirmektir [115].

Bilişsel davranışçı terapide (BDT), hastaya yanlış bilişsel şemalarını tanıması ve daha sonra bu şemalarını değiştirmesi öğretilir. Terapist daha sonra, hastaya bilişsel çarpıtmalarını değerlendirmesi ve düzeltmesi için bazı yöntemler gösterir. Aşamalı üstüne gitme alıştırmaları ile kaçınma davranışı azaltılabilir. Ayrıca gevşeme, aile terapisi, sosyal beceri ve sorun çözme eğitimi kullanılan diğer yardımcı tekniklerdir [39, 116, 117].

2.2 Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

2.2.1 Tanım

AA, kişinin anne ya da başka bir bağlanma nesnesinden ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde kaygı yaşaması halidir. İlk çocukluk döneminde bağlanma nesnesinden ayrılma durumunda, endişe yaşamının doğal bir tepki olduğu ve erken çocuklukta var olan normal AA'nın 3-5 yaşlarında yatıştığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir [118].

AA'nın uzun sürmesi, şiddetli ve gelişimsel açıdan uygunsuz olması ya da işlevselliği bozması durumunda AAB olarak tanımlanmaktadır [3]. AAB'nin temel özelliği; ebeveynlerden, evden ya da tanıdık bir çevreden ayrılmayla başlayan aşırı kaygı halidir [3]. Çocuklar bakım verenlerden uzaktayken onların başına kötü bir şey (kaza, hastalık) gelmesinden ve zarar göreceklelerinden korku duyarlar. Kendilerinin kaybolacağı, kaçırılacağı ve bir daha ebeveynlerini göremeyeceklerine dair korkular sıklıkla eşlik etmektedir [3]. Çocuk, uykuda ayrılma temalı kâbuslar görmekte, gece uyanıp ebeveynlerinin yanına gitmektedir [3, 37]. Daha büyük çocuklarda çarpıntı, baş dönmesi, baygınlık ve boğulma hissi gibi kardiyovasküler ve solunumsal belirtiler de bildirilmektedir [119].

YAAB tanısı konulan hastalar, önemli bağlanma nesnelere (eş, çocuk, anne, baba vs.) ayrılma durumlarında aşırı kaygılanmaktadır. Bu kaygı nedeniyle hastalar bağlanma nesnelere devamlı yakın olma ihtiyacı hissetmekte ve bir süre sonra onlardan ayrılamaz hale gelmektedirler [7]. Araştırmalar, 11 yaşında AA olanların %40'ının 18 yaşında hala semptomatik olduklarını [120], AA'nın ana belirtilerinin yetişkinlikte de sürdüğünü [4, 121, 122] ve yetişkinlerde görülen AAB'nin sanılan aksine daha yaygın olduğunu göstermektedir [5, 7, 9, 123]. Bu veriler, AAB'nin çocuk ve yetişkin biçimleri arasında bir süreklilik olduğunu açıkça desteklemektedir. Üstelik AAB'nin çocuklukta

görülmesinden bağımsız olarak ilk kez yetişkinlikte de ortaya çıkabileceği saptanmıştır [9-11].

2.2.2 Epidemiyoloji

Manicavasagar ve arkadaşları (1997) tarafından ÇAAB'nin yetişkinliğe dek uzandığı gösterilmiştir [4]. Diğer birçok araştırmada da AAB'nin yetişkinlikte görüldüğünü ve sanıldığından daha yaygın olduğunu belirtilmektedir [5-7].

Shear ve arkadaşlarının (2006) yaptığı epidemiyolojik bir çalışmada, YAAB'nin yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6, bir yıllık yaygınlık oranı %1,9 bulunmuştur [12]. Aynı çalışmada ÇAAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %4,1'dir. Kessler ve Wang (2008) ise YAAB'nin yaşam boyu yaygınlığını %5,2; bir yıllık yaygınlığını ise %0,9 bildirmiştir [124]. Üniversiteye başlayan öğrencilerde yapılan bir çalışmada, YAAB sıklığı %21 olarak saptanmıştır [8]. Yapılan diğer bir çalışmada 60 yaş üstü geriyatrik grupta YAAB sıklığı %6 bulunmuştur [125]. Özelleşmiş anksiyete polikliniklerinde YAAB sıklığı ise %23-42 arasında bildirilmiştir [126, 127]. Bu verilerden hareketle araştırmacılar, YAAB'ye DSM'de (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yer verilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Bu görüşler doğrultusunda, DSM V'te AAB tanı ölçütleri tekrar şekillendirilmiş ve YAAB tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Ayrıca yapılan bu çalışmada, PB'ye YAAB eşlik eden hastaların son bir ayda daha sık panik atak geçirdiği, PB belirtilerinin daha fazla ve daha şiddetli yaşandığı, agorafobinin daha sık eşlik ettiği saptanmıştır [9].

Toplum taramalarında YAAB, kadınlarda 1,4 kat daha fazladır [12]. Anksiyete kliniklerinde ise kadınlarda görülme oranı 2-3 kat fazladır [126]. Ayrıca kadın YAAB hastalarında ÇAAB öyküsü erkeklere nazaran daha yüksektir [127]. Çocuklukta başlayan ve yetişkinlikte devam eden AAB'nin ortalama başlangıç yaşı 9 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu klinik çalışmada, çocuklukta başlayan AAB'nin daha sık olduğu tespit edilmiştir [126]. Toplum tarama çalışmalarında ise YAAB olgularının %77,5'inde hastalığın yetişkinlik döneminde başlamış olduğu ve YAAB'nin başlangıç yaşının yaklaşık 20 olduğu bildirilmiştir [12, 126].

2.2.3 Tanı

- **DSM-V Tanı Kriterleri**

A. Aşağıdakilerden en az üçü ile ilgili kişinin bağlandığı insanlardan ayrılması ile ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması:

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, aşırı tasalanma.
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak istenmedik bir olay (kaybolma, kaçırılma, kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak aşırı tasalanma.
4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
7. Yineleyici bir biçimde ayrılma temasını içeren kabuslar görme.
8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma vb.) ilgili yineleyen yakınmalarının olması.

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınmanın süreklilik göstermesi, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürmesi.

C. Bu kaygının toplumsal ya da okul veya iş gibi diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da önemli azalmaya neden olması.

D. Bu kaygı bozukluğunun (otizmde değişikliğe aşırı direnç, psikozla giden bozukluklarda sanrı ya da varsanı, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmaması, YAB'de önem verdiği diğer kişilerin başına kötü bir olay gelecek olması, hipkondriaziste bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı nedeniyle evden ayrılmayı reddetme vb.) başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaması [47].

2.2.4 Etiyoloji

YAAB'nin etiyojisini araştırmak üzere yapılan çalışma sayısı oldukça az olmakla birlikte yapılan çalışmalarda psikososyal ve biyolojik etkenler birlikte ele alınmıştır. Çocuklarda yapılmış ikiz çalışmalarında, AAB'de genetik etkiler ile çevresel etkilerin (Örneğin; Ebeveyn tutumları) beraberce etkili oldukları, ayrıca, genetik etkilerin kızlarda daha belirgin olduğu ve bu etkinin yaşla arttığı gösterilmiştir [128-131].

Biyolojik Etkiler

- **Genetik alışmalar**

Moleküler genetik çalışmaları, bağlanma ve sosyal ilişkilerde rol oynayan 3 aday gen (dopamin, 5HT ve oksitosin reseptör genleri) üzerine odaklanmıştır. Annedeki özümlememiş kayıplar ve travmaların, çocukta bağlanma bozuklukları oluşturmasında dopamin DRD4 genindeki polimorfizmin rol oynadığı gösterilmiştir [132]. Bu diğer genetik çalışmalarla da desteklenmiştir [133]. Bir başka asosiyasyon alışması, DRD2 dopamin reseptör genindeki polimorfizmin anksiyeteli bağlanmayla ve 5HT2A, 5HT reseptör genindeki polimorfizmin ise kaçıngan bağlanmayla ilişkili olduğunu açığa çıkarılmıştır [134]. Oksitosin genindeki GG polimorfizminin hem MDB, hem de YAAB hastalarında Bağlanma Biçimleri Ölçeği'nin onay gereksinimi ile ilişkilendirilmiştir [135]. MDB hastalarında YAAB eşlik edenlerde trombositlerdeki 18kDA translokator protein (TSPO) gen polimorfizmi saptanmıştır [136].

- **Nöroanatomik alışmalar**

YAAB hastalarında yapılmış bir nöroanatomik çalışma bulunmamaktadır. Ancak güvensiz bağlanmaya sahip yetişkinlerde yapılan beyin görüntüleme çalışmaları dolaylı çıkarımlar yapılmasını sağlamaktadır [137]. Yapılan çalışmalarda, bağlanma kaygısının sol hipokampal hücre sayısında azalmayla ilişkilendirilmiştir [138]. Bu bulgu güvensiz bağlanması olan bireylerde stres düzenlemesindeki bozulmanın nöronal bir temeli olduğunu düşündürmüştür [138]. Bağlanma kaygısı, temporal lob ve bellek işlevlerinden sorumlu olan hipokampus ile ilişkili bulunmuştur [139]. Diğer çalışmalarda ise anksiyeteli bağlanması olan yetişkin bireylere öfkeli yüzler gösterildiğinde sol amigdala aktivitesinde bir artış olduğu saptanmıştır [140, 141].

- **Nörofizyolojik Çalışmalar**

İlk kez Pine ve arkadaşları, ÇAAB'nin bazı solunumsal düzensizlikler ve CO₂ aşırı duyarlılığıyla ilişkili olduğunu göstermiştir [142]. ÇAAB'si olan ergenlerin, PB olan yetişkinler gibi solunumsal tehditlerden daha çok korkma davranışı sergilediği gösterilmiştir [143]. Bir ikiz çalışmasında, %35'lik CO₂ uygulanmasıyla panik atak geçirmek ile çocuklukta ebeveyn kaybı ve ÇAAB bulunması arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [144]. Bu gelişimsel olarak birbirleriyle ilişkili olan 3 fenotipin (ÇAAB, CO₂ duyarlılığı ve yetişkinlikteki PB) birlikte değişmesini açıklayabilen tek bir latent değişken olduğunu düşündürmüştür [144]. Ayrıca bu değişkenin kovaryansı büyük ölçüde (%89) genetik etkenlerle ve kısmen de (%11) çevresel bir etken olan ebeveyn kaybı ile açıklanabilmiştir [144, 145]. Bir çalışmada da PB'li ebeveynlerin AAB saptanan çocuklarında, CO₂ duyarlılığının yüksek olduğu bulunmuştur [146]. Tüm bu bulgular, AAB ile PB'nin ortak bir nörobiyolojik temelli olduğunu ve CO₂ aşırı duyarlılığının olası ortak bir biyolojik belirteç olduğunu desteklemektedir [137].

- **Nörokimyasal Çalışmalar**

Yetişkin PB hastalarındaki TPSO yoğunluğunun, özellikle AA belirtileriyle ilişkili bir biçimde daha düşük olduğu bildirilmiştir [147]. Benzer biçimde; MDB ve BPB hastalarında da AA belirtileri varsa TPSO ligand yoğunluklarının azalmakta olduğu gösterilmiştir [148, 149]. Yetişkin PB, MDB ve BPB hastalarında AA belirtilerinin varlığına ve şiddetine bağlı olan TPSO azalmalarının AAB için biyolojik bir belirteç olabileceği düşünülmektedir [137]. Erken yaşam olaylarının hem yetişkin bağlanma biçimlerini hem de yetişkinlikteki HPA sisteminin düzenlenmesini etkilediği bilinmektedir [150, 151]. Tops ve arkadaşları, olumlu bağlanmaların insanlarda oksitosin ve kortizol düzeylerini düzenleyerek stres azaltıcı bir etki gösterdiğini saptamışlardır [152]. Erken ebeveyn kaybı yaşamış olan yetişkinlerde, oksitosine olan kortizol azalması yanıtının zayıfladığı belirlenmiştir. Bu erken ayrılık deneyimlerinin santral oksitosin duyarlılığını değiştirmesinin bir kanıtı olarak yorumlanmıştır [153].

Psikososyal Görüşler

Kuramsal olarak erken dönemde gelişen bağlanma biçimleri yaşam boyu süren örüntülerdir. Bakım verenlerle kurulan erken ilişkiler çok önemlidir. Erken bağlanma ilişkisi güvenli olmadığında, yetişkinlikte, hem çeşitli psikopatolojiler hem de kişiler arası

ilişkilerde sorunlar oluşmaktadır [154]. Anksiyeteli ya da güvensiz bağlanma biçimlerinin ve bağlanma kuramının YAAB’de etiyolojik önemini vurgulayan çalışmalar mevcuttur [155]. YAAB tanısı konulan hastalar, PB hastalarına kıyasla erken çocukluk yıllarında “annelerinin aşırı koruyucu olduğunu” anlamlı düzeyde daha fazla belirtmişlerdir [155]. YAAB ile “anksiyeteli bağlanma biçimi” arasında, PB hastalarına kıyasla daha güçlü korelasyonlar olduğu, YAAB hastalarının onay gereksinimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır [29]. Bandelow ve arkadaşlarının çalışmasında ise PB’li hastalarda ÇAAB ile çocuklukta yaşanan ayrılma yaşantılarının sık görülmesine karşılık aralarında bir ilişkinin olmadığı ve bu iki durumun birbirinden bağımsız olduğu öne sürülmüştür [156].

2.2.5 YAAB ile PB İlişkisi

Yapılan araştırmalarda, ÇAAB’si olanların, yetişkinlikte PB ve/veya agorafobi geliştirme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur [16, 88, 157-160]. Bazı veriler, ÇAAB’nin, agarofobili PB’ye ailesel yatkınlığın bir yordayıcısı olabileceğini göstermektedir [161, 162]. Uzun dönemli izlem çalışmaları, erken yıllardaki AA’nın yetişkinlikte PB’ye eş tanıı kaygı bozukluğu için yatkınlık oluşturabileceği öne sürmüştür [17, 163].

YAAB’nin göstergelerinin PB’de %11, agorafobili PB’de %23,5 oranında görüldüğü bildirilmiştir [137]. PB hastalarında yapılan bir çalışmada ÇAAB’nin olması, yalnızca yetişkinlikte PB’nin daha erken yaşta başlamasıyla ilişkili bulunmuş ve PB’ye ailesel yatkınlığın belirleyicisi olmadığı öne sürülmüştür [23]. Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, PB’ye YAAB’nin eşlik etme sıklığı %65 saptanmıştır [11]. Aynı araştırmacılar tarafından yapılan bir sonraki araştırmada ise bu birliktelik %46 olarak rapor edilmiştir [29]. PB ile YAAB arasındaki ilişkiyi araştıran bir diğer çalışmada ise PB’ye YAAB eşlik etme yaşam boyu yaygınlığı %53,2 olarak tespit edilmiştir. YAAB’nin PB şiddetinin gösteren bir belirteç olarak kabul edilebileceği öne sürülmüştür [126]. Yine bu çalışmada, PB’ye YAAB eşlik eden hastalarda, sosyal ve çalışma işlevselliğinde kayıp belirgin ölçüde yüksek saptanmıştır. Kadınlarda ve genç yaşta olan hastalarda YAAB’nin PB’ye daha sık eşlik ettiği bulunmuştur. Ancak medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve ilk PB tanısı alma yaşı ile YAAB eşlik etmesi arasında ilişki saptanmamıştır [126]. PB’ye YAAB eşlik eden hastaların sıklıkla ÇAAB’si olduğu ve ÇAAB’nin PB için önemli bir risk etkeni olduğu vurgulanmıştır [164].

Kaygı bozuklukları ve DDB ile YAAB arasındaki ilişkiyi inceleyen 508 kişide yapılmış bir çalışmada, kadınlarda daha fazla YAAB olduğu ve yüksek işlevsellik kaybını yordamakla birlikte PB hastalarına DDB'den daha fazla YAAB eşlik ettiği saptanmıştır [126]. Bu çalışmada da yaş, eğitim durumu, medeni durum açısından bir farklılık bulunamamıştır [126]. Diğer bir çalışmada ise ÇAAB; MDB ve PB başta olmak üzere çeşitli ruhsal bozuklukların gelişmesi için güçlü bir risk etkeni olarak tanımlanmıştır [165]. Ancak PB'ye YAAB eşlik etme oranları; MDB, YAB, SF, OKB ya da ÖF hastalarındaki oranlarla benzer bulunmuştur [17, 166-170]. Yapılan bir çalışmada ise YAAB PB'ye anlamlı olarak daha fazla eşlik etmekte olduğu ve PB'ye YAAB eşlik etme ihtimalinin yaşam boyu 9 kat arttığı bulunmuştur [171].

Birçok çalışmada ÇAAB'nin, yetişkinlikte MDB ve kaygı bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikopatolojilerin gelişimi için özgül olmayan bir risk etkeni olduğu düşünülmüştür [137]. Ancak YAAB ile ilgili bir görüş birliğine varılamamıştır. Yapılan araştırmalarda, YAAB'nin 1/3 oranında çocukluk çağında, 2/3'nün ise erişkinlik döneminde başladığı saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalarda, PB'ye eşlik ettiğinde işlevsellik kaybının daha fazla olduğu ve medikal tedaviye yanıtın daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır [12, 13]. Ayrıca yapılan diğer çalışmalarla da PB'ye YAAB eşlik ettiğinde BDT'ye olan yanıtında tıpkı medikal tedaviye yanıt gibi azaldığı gösterilmiştir [114, 164, 172-174]. Başka bir çalışmada ise PB'ye YAAB eşlik ettiğinde medikal ve BDT'ye yanıtın 3,7 kat azaldığı gösterilmiştir [127].

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, YAAB olan hastalarda %67 oranında eş tanımlı ruhsal bozukluk saptanmış ve yaşam boyu değerlendirilen hastaların %69'unda MDB hikâyesi olduğu rapor edilmiştir [4]. PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda duygu durum spectrum belirtilerinin eşlik etmesi açısından değerlendirildiği bir çalışmada ise OKB, SF, BPB, MDB açısından anlamlı bir yükseklik saptanmamıştır [164]. Pini ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada ise YAAB eşlik eden hastalarda HAM-D skorları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır [126]. Aynı grup tarafından yapılan başka bir çalışmada ise PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda agorofobi dışında diğer eş tanımlı hastalıkların hiçbiri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır [13].

2.3 Bağlanma

Bağlanmayı inceleyen birçok araştırmacı, anne-bebek ilişkisini ve bu ilişkinin niteliğini ele almıştır. Örneğin; Melanie Klein ve Winnicott teorilerinde bu konuyu ele almıştır. John Bowlby daha çok deneysel araştırmalar yapmışken, Mary Ainsworth ise anne-bebek ilişkisinin üzerine çeşitli gözlem ve araştırmalar yürütmüştür [84].

2.3.1 Tanım

Bowlby, bağlanmayı insanların kendileri için önemli olan kişilere karşı geliştirdikleri duygusal bağ olarak tanımlamıştır [175]. Bowlby, görevliler tarafından beslenip bakım görmelerine karşın kurumlardaki çocukların aşırı sıkıntılı, kaygılı ve gelişme güçlüklerinin olmasının psikanalitik kuram ile tam açıklanamadığını düşünmüş ve psikanalitik kuramla kendi gözlemleri arasındaki uyumazlıklardan yola çıkararak "Bağlanma Kuramı"nı geliştirmiştir [176]. Kuramın temel noktası ise annenin, bebeğine dış dünyayı inceleyebileceği ve gerektiğinde emniyet duyguları içinde geri dönüşler yapabileceği güvenilir bir ortam oluşturmasıdır [84].

Harlow, annenin bebeklik döneminde, açlık, susuzluk gibi temel gereksinimleri karşılması nedeniyle anne ve ocuk arasında bir bağlanma oluştuğunu ileri sürmüştür. Maymunlar üzerinde yürüttüğü çalışmalarda kullanılan diğer bir öğe de anne yoksunluğudur. Kurulan deney düzeneğinde, maymunlardaki temel güdüyü anlamak için onlara iki seçenek verilmiştir; ya kumaş kaplı bir yere tırmanacaklar ya da demirden ve rahatsız bir yere tırmanıp süt içeceklerdir. Maymunlar demir çubuğa tırmanıp süt içtikten sonra hızla kumaş kaplı yerlerine dönmüştür. Bu da bağlanmada sadece beslenmenin değil rahatlığın da önemli olduğunu göstermiş ve Harlow annenin sadece fiziksel gereksinimleri sağlamadığını aynı zamanda rahatlık ve sıcaklık sağladığını kanıtlamıştır. Harlow daha sonra, anneden uzak ve sosyal yoksunluk içinde büyütülen maymunları incelemiş ve bu maymunların sosyal ilişki kurmada yetersiz olduğunu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda çocuklarına karşı da ilgisiz oldukları da görülmüştür. Sonuç olarak; Harlow'a göre, anne-ocuk arasında oluşan karşılıklı sevgi bağının ileriki yaşantıya olan en büyük katkısı, ilerleyen dönemlerde diğer insanlarla kurulan tüm ilişkilerde güven duygusunun oluşmasıdır [99, 177, 178].

Bowlby'nin "Bağlanma Kuramı", psikanalitik kuram açısından "erken yaşlarda bağlanma fiğr ya da birincil bakıcılarla kurulan ilişkinin niteliği, yaşamın sonraki

yıllarında kurulacak yakın ilişkiler için temel oluşturmaktadır" düşüncesine dayanmaktadır [118]. Bowlby'ye göre, yanlış gelişmiş ya da dönemsel olarak kesintilere uğramış bağlanma ilişkilerinin, kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açacağını ileri sürmektedir [84]. Bu noktada, kuramı ayrıntılı bir şekilde incelemek, bağlanmanın ruhsal hastalıkların temelindeki yerinin daha rahat anlaşılmasını sağlayabilir. Bağlanma, yeni doğanların onlara bakan kişiye/kişilere fiziksel yakınlığın güçlü tutularak hem çocukların çevreden gelebilecek tehlikelerden korunmasına yardım etmekte hem de onlara çevreyi keşfetmeleri için gerekli koşulları sağlamaktadır.

Bowlby'ye göre; yakınlığı koruma, güvence üssü ve güvenli sığınak bağlanmanın üç tanımlayıcı özelliği ve bağlanma sisteminin üç temel işlevidir. Bebekler bir rahatsızlık hissettiğinde, bakıcısına karşı yakınlığı koruma ihtiyacı duymaktadırlar ve ayrılığa direnç gösterme eğilimindedirler. Buna "yakınlık arama ve yakınlığı koruma" temel işlevi denilmektedir. Bebeğin keşifler için bağlanma figüründen uzaklaşabilmesi, bebeğin bakıcıyı "güvenli üs" olarak gördüğünü göstermektedir. Eğer bir tehlike algılanırsa, bebekler keşfedici davranışlarını bırakıp destek ve rahatlık duygusu almak için bakıcısına yönelmektedirler. Buna, bağlanmanın "güvenli sığınak" unsuru denmektedir. Çocuğun ayrılığa karşı geliştirdiği tepkilerin yoğunluğunu ve biçimini; annenin uzaklaşma süresi, çocuğun tanıdık bir çevreden ayrı kalıp kalmadığı ve annenin yerine bakım vermeyi üstlenecek başka birinin olup olmadığı gibi pek çok etmen etkilemektedir [179].

Ayrıca Bowlby, bakım veren kişi ile bebek arasındaki bu ilişkinin niteliği üzerinde de durmuştur. Bakıcı ile oluşan ilişki temelinde, bebek ne bekleyeceğini öğrenip davranışlarını buna göre ayarlar. Sonuçta; bu beklentiler birbiriyle ilişkili kendilik ve bağlanma kişiliği modellerini içeren bilişsel temsilleri oluşturur. Bu temsiller Bowlby tarafından "içsel çalışma modeller" olarak kavramsallaştırılmıştır [180]. İçsel çalışma modelleri, bireyin kendilik imgesini biçimlendirmekte, yakın ilişkilere yönelik beklentileri şekillendirmekte, yaşantıların yorumlanmasına rehberlik etmekte ve bağlanma biçimlerini belirlemektedir [175].

Mahler ise yeni doğanın anne ile "psikolojik erime" halinde olduğunu söylemiştir. Mahler'e göre, bu birliğin kopması ve bireyselleşme kişilik gelişimini oluşturmaktadır. Bağımsız bir benlik geliştirme arzusu, anne tarafından korunma arzusu ile sürekli bir çatışma halindedir. Bu çatışma, insanlar üzerinde etkisini hayat boyu sürdürmektedir. Büyük çoğunluğu hayatın ilk altı yılında oluşan özbenlik algısının oluşmasında, çocuğun

kendisi hakkında yorumlar yapmasında ve bunları içselleştirmesinde bu çatışma rol oynamaktadır [181]. Ayrıca üç yaş civarında oluşturulan anne imgesi, yalnız kendimizi değil, hayatın geri kalanında karşımıza çıkan tüm "ötekileri" anlamamız için de bir platform oluşturmaktadır. Öyle ki Mahler'e göre, çocuk diğer insanlara bakarken anne imajının yarattığı mercekle kullanır.

Kohut ise benzer bir noktayı "referans noktası" mecazı ile açıklamaktadır. Kohut'a göre, doğuştan büyüklenmeci özelliklere sahip insan, anne babanın narsisistik gereksinimlerinin karşılanması oranında sosyal ortama uyum sağlar ve bu tatmin boyutunu, diğer insanlardan beklentisini belirleyen bir referans noktası olarak kullanır [181].

2.3.2 Bebeklikte Bağlanma Biçimleri

Yeni doğan bebeğin, yaşamını sürdürmeye yönelik olarak beslenme, temizlenme, ısınma, korunma gibi bazı temel gereksinimleri vardır ve bu gereksinimlerinin karşılanması için bir bakıcıya muhtaçtır. Çocuğa bakan kişi ise (anne, baba ya da bakıcı) bunu yalnızca bir görev olarak algılamakla kalmaz; bu eylemlerden mutluluk ve tatmin de sağlar. Bu etkileşim de onların arasındaki bağı giderek güçlendirir. Ancak bu bağlanmanın oluşmasında bebeğin bazı davranışları özellikle etkili olur. Bebeğin, anne-babasıyla iletişimde kullandığı ve hayatının ilk dokuz ayında geliştirdiği davranışlarına bağlanma davranışları denir. Emme, bakış, gülümseme ve ağlama bebeğin başlıca bağlanma davranışlarıdır [118]. Bowlby üç çeşit uyarının tehlike olarak algılandığını ve bağlanma davranışını etkilediğini öne sürmüştür. Bunlar; bebeğin içsel durumu (acı gibi), bakıcı davranışı (reddedildiği algısı gibi) ve çevresel durumlardır [118, 182].

Ainsworth ve arkadaşları, bağlanmanın niteliğini değerlendirmek amacıyla yabancı ortam adını verdikleri deneyler sonucunda, üç tip bağlanma biçimi belirlemişlerdir. Bunlar; güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan bağlanmadır [118, 183].

• Güvenli Bağlanma

Güvenli olarak bağlanmış bebekler, anneleriyle birlikteyken çevreyi keşfeden, anneleri yokken az endişeli ve anneleri ortama geri döndüğünde de kızgınlık belirtisi göstermeden hemen yakın temasa geçen ve tekrar çevreyi keşfe yönelen bebeklerdir [118]. Güvenli bağlanan bebeklerin bakım verenleri tutarlı bir biçimde ulaşılabilir ve olumlu tepkisel oldukları belirtilmiştir [183].

- **Kaygılı-Kararsız (İki Yönlü) Bağlanma**

Bu bebekler anneleriyle birlikteyken çok fazla keşif davranışı göstermemişler, anneden ayrılıkla birlikte yoğun endişe yaşamışlar, anne geri döndüğünde ise hem anneye yakın olmak istemişler hem de anneye karşı yoğun öfke ve kızgınlık hissetmişlerdir [183].

- **Kaygılı –Kaçıman Bağlanma**

Bu bebekler annelerinden ayrı olduklarında daha az endişe belirtisi göstermişler, sıkıntılı bile olsalar keşif davranışı göstermişler, anneleriyle bir araya geldiklerinde yakınlaşmayı reddetmişler ve uzaklaşmışlar, dikkatlerini oyuncak ve diğer nesnelere üzerine yönelmişlerdir. Güvenli bağlananlara göre daha az ilgi ve coşku sergilemişlerdir [184].

Bu sınıflandırmaya Main ve Solomon “düzensiz” (disorganised) bağlanma stilini eklemiştir [185]. Düzensiz bağlanan bebeklerin, genellikle çelişkili davranışlar gösterip, anneye ona bakmadan yakınlaşıp, yarı-bilinçsiz bir şekilde kaçınma davranışı gösterdiği ya da ilk temasta çığlık attıkları, bazılarının da ilgisiz görünüp herhangi bir duygu belirtisi göstermedikleri belirtilmiştir [178].

2.3.3 Ergenlikte ve Erişkinlikte Bağlanma Biçimleri

Bowlby, bağlanma biçimini ömür boyu devam eden bir yapı olarak tanımlamakta ve birincil bakım veren ile geliştirilen bağlanmanın ileriki bağlanmalara genellediğini belirtmektedir [186]. Kirkpatrick ve Hazan ise yaptıkları çalışmada, katılımcıların %70’inin ilk ölçümden dört yıl sonra aynı bağlanma örüntülerini gösterdiğini bulmuştur. Ayrıca çevresel desteğin sürekliliğinin bağlanma örüntülerinin sürekliliği/süreksizliği üzerinde etkili olduğunu göstermiştir [187].

Bartholomew ve Horowitz (1999) de erişkinlerin bağlanma düzeyini ölçmek amacıyla ölçek oluşturmuş; üçlü yerine dördü bağlanma sistemini önermiştir [175]. Erişkin bağlanma biçimlerini benlik ve başkalarının olumlu veya olumsuz algılanmasına göre boyutsal olarak incelemiştir. Güvenli, saplantılı, kayıtsız-kaçıngan, kayıtsız-korkulu şeklinde dört temel bağlanma biçimi tarif etmiştir [175]. Boyutsal yaklaşımın daha betimleyici olduğu görüşünden hareketle Brennan ve arkadaşları, kaygı boyutu ve kaçınma boyutu temelinde Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri’ni geliştirmişlerdir [188].

Bağlanma biçimlerinin dört grup altında toplandığı boyutsal yaklaşıma göre şu şekilde sınıflandırılmıştır:

- **Güvenli Bağlanma**

Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir hem de özerk kalmayı başarabilirler. İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar. Geriye kalan üç örüntü güvensizdir [175, 189].

- **Saplantılı Bağlanma**

Bu tip örüntüye sahip olanlar, kendilerini sevilmeye değer bulmaz; başkalarının onayına ihtiyaç duyarlar. Bu örüntüye sahip olanlar yakın ilişkilerde kaygı yaşarlar ancak yakınlıktan kaçınma yerine daha fazla yakınlık, rahatlatılma ve güvence ihtiyacı arayışı içindedirler. Sürekli başkalarına ulaşma çabası gösterirler. Bu grup ilişkilerinde gerçekçi olmayan beklentilere sahiplerdir [175, 190].

- **Kayıtsız-Kaçınan Bağlanma**

Bu bağlanma örüntüsüne sahip olanlar, reddedilme nedeniyle oluşabilecek olası hayal kırıklığının önüne geçebilmek için; bağlanma nesnesiyle arasına mesafe koyar, bağlanma ihtiyaçlarını reddeder ve böylece olumlu kendilik imajını korurlar. Özerkliklerini aşırı derecede önemserler[175].

- **Korkulu-Kaçınan Bağlanma**

Korkulu bağlanma örüntüsüne sahip olanlar, kendilerini değersiz olarak algılayarak başkalarını güvenilmez ve reddedici olarak algırlar. Başkaları tarafından reddedilme korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar ve kaçınırlar [191].

2.3.4 PB ile Bağlanma İlişkisi

Bağlanma davranışı, yaşam zorlukları ile daha rahat baş etmek için uygun görülen başka birine yaklaşmak ve bu kişiyle birlikteliği sürdürmek amacıyla bireyin gerçekleştirdiği davranışlar olarak tanımlanmaktadır [192]. Bağlanma biçimi ise yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma davranışlarını şekillendiren bir örüntüdür [193]. Bağlanma davranışı, yaşam boyu kişisel ve sosyal hayatı, profesyonel ilişkileri, stres kontrolünü, fiziksel ve psikolojik

sağlığı ve hatta kognitif gelişimi etkilemektedir [194]. Yetimhanelerde yapılmış birçok çalışmada, bu çocukların ruhsal ve bedensel gelişmelerinin yetersiz olduğu ayrıca zekâ geriliği ve kaygı bozukluklarının gelişme riskinin yüksek olduğu saptanmıştır [195-199].

Güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma ise sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir [200]. Birçok çalışmada, güvensiz bağlanma biçimlerinden kaygılı/ikircikli bağlanma, kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilmiş; ayrıca PB, SF, OKB, PTSS ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir [201-207].

Bağlanma stilleri, bağlanmaya ilişkin kaygı ve kaçınma olmak üzere birbirinden bağımsız iki boyutta farklılaşmaktadır. Bağlanma kaygısı, yakın ilişkilerde yaşanan kaygıdır ve reddedilmeye ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlılıktan kaynaklanmaz. Kaçınma boyutu ise başkalarına yakın olmaktan ya da başkalarının yakın olmasından ve bağımlı olmaktan hissedilen rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Bağlanma kaygısı ve bağlanma kaçınması boyutlarında PB, OKB ve MDB hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, bu üç grubun da sağlıklı kontrollerden daha yüksek düzeyde bağlanma kaygısı yaşadıkları ve bağlanma kaygısının psikopatolojiye yatkınlığı yordadığı saptanmıştır [208].

2.3.5 YAAB ile Bağlanma İlişkisi

Yetişkin yaşamına bakıldığında, özellikle MDB, agorafobi ve sınır kişilik bozukluğunun YAAB ile yakın bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Freud'un 1917'de "Melankoli ile Kayıp" arasındaki ilişkiye yaptığı yorumlar daha sonra yapılan araştırmalar tarafından da doğrulanmıştır. Kanıtlara dayanılarak söylenilebilir ki annenin erken dönem kaybına özellikle ilgisizlik ve bakımda aksamalar eşlik ettiğinde, kişi yetişkin yaşamda zorluklarla karşılaştığı zaman MDB, agorafobi, PB, YAAB ve sınır kişilik bozukluğuna daha yatkın hale gelir [84].

Vanderverker ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, kayıtsız bağlanma ile AA belirtilerinin çocukluktan erişkinliğe uzanması arasında ilişki saptanmıştır [209]. ÇAAB'de bağlanma figüründen ayrılığa karşı yanıt; ağlama, öfke nöbeti ve okul reddi; YAAB'de ise sıklıkla bağlanma figürüne kötü bir şey olacağından korkma, onlarla bıktırıcı olmasına rağmen kapalı bir ilişki içinde olma ihtiyacı olarak karşımıza çıkar [126].

Yakın dönemde yapılan PB'ye YAAB eşlik eden ile eşlik etmeyen hastaları bağlanma stilleri açısından karşılaştıran çalışmada, kaygılı bağlanma YAAB eşlik eden hastalarda daha yüksek saptanmış ve güvensiz bağlanma stilleri de pür PB olan hastalardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [29]. Benzer bir örnekleme yapılmış diğer bir çalışmada ise PB'ye eşlik eden YAAB olup olmaması arasında bağlanma stilleri açısından anlamlı bir fark elde edilememiştir [13].

2.4 Çocukluk Çağı Travmaları

2.4.1 Tanım

Çocuğa kötü muamele; ebeveynler, diğer bakım verenler veya yetişkinler tarafından kaza-dışı gerçekleşen; çocuklar üzerinde fiziksel ve duygusal hasar oluşturma olasılığı yüksek olan, kabul edilebilir normlara aykırı nitelikteki kasti ya da bilmeyerek yapılan veya yapılması esasen gerekli olduğu halde yapılmayan davranışları içermektedir [210]. Çocuk istismarı ve ihmali ise genel olarak çocuğa kötü muameleyi kapsayan bir kavram olup [210], Dünya Sağlık Örgütü çocukluk çağı travmalarını “çocuk istismarı ya da çocuğa kötü muamele, çocukla kurulan sorumluluk, güven ve güç ilişkisi içerisinde çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve onuruna zarar veren veya verme potansiyeli içeren her türlü fiziksel veya duygusal kötü davranış, cinsel istismarı, ihmal ya da ihmalkâr davranış veya ticari olan ya da olmayan her türlü sömürüyü içerir” şeklinde tanımlamıştır [210].

Genelde çocuk istismarı ve ihmal bir arada gözlenmektedir [211]. Johnson ve arkadaşları, New York'ta 639 kişi ile yaptıkları epidemiyolojik çalışmada çocuklukta genel kötüye kullanım ve ihmali %12 olarak bulurken, %6,9 fiziksel kötüye kullanım, %3,4 cinsel kötüye kullanım, %6,1 ihmal tespit etmişlerdir [212]. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, duygusal kötüye kullanım %78 bildirilirken, fiziksel kötüye kullanım %24, cinsel kötüye kullanım ise %9 bildirilmiştir [213].

Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak sınıflandırılırken, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal ihmal olarak sınıflandırılmaktadır [214-216].

- **Fiziksel İstismar**

Kaza dışı, kişinin sağlığına zarar verici her türlü davranış şeklinde tanımlanır. Çocuğun bakım vereni ya da diğer kişiler tarafından bedenine yönelik cezalandırılmaları, kapalı bir yere kilitleme veya bağlanma bu tanım içinde yer alır [217, 218].

- **Cinsel İstismar**

Psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir erişkin tarafından cinsel doyum amacıyla kullanılmasıdır. Cinsel istismar cinselliğe teşvik eden konuşmalar, röntgencilik, teşhircilik gibi temas içermeyen biçimde olabileceği gibi cinsel organlara dokunma, oral seks, cinsel organ yoluyla temas etme, cinsel penetrasyon (anal, genital, parmak, cisim, vb.) olarak da gerçekleşebilir [217, 218].

- **Duygusal İstismar**

Çocuğun ruh sağlığını zedeleyecek tehditlerde bulunulması, hakaret edilmesi, küçük düşürülmesi, aşağılanması, ağır şekilde eleştirilmesi olarak tanımlanır. Duygusal istismar oldukça yaygındır ve sınırlarını çizmek bazen zorlaşabilmektedir [217, 218].

- **Fiziksel İhmal**

Çocuğun gerekli tıbbi bakımının verilmemesi, eksik yapılması veya geciktirilmesi, çocuğun yalnız bırakılması, evden kovma, beslenme, giyim ve temizlik ihtiyaçlarının karşılanmaması, güvenliğinin sağlanmayıp öngörülebilir tehlikelere karşı korunmaması bu tanım içinde değerlendirilmektedir [217, 218].

- **Duygusal İhmal**

Çocuğun ruhsal bakım ihtiyaçlarına karşılık vermeme, yeterli sevgi ve ilgiyi göstermeme, sosyal olarak gelişmesini desteklememe, diğer ebeveynin çocuğu kötüye kullanmasına izin verme şeklinde tanımlanabilir [217, 218].

2.4.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri

Travma, bireyin bedensel bütünlüğünü tehdit eden veya ruhsal, bedensel bütünlüğüne zarar veren yaşantılar olarak tanımlanmaktadır [219]. Travmanın etkilerinin kalıcı hale gelmesi, bireyin kişisel özellikleri kadar yaşadığı toplumsal çevrenin travmaya verdiği tepkilere de bağlıdır. Yaşanan stres verici olayın şiddeti, örselenen bireyin yaşı, benlik gücü, aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu, travmatik yaşantıların etkilerinin kalıcı olmasına sebep olur [220]. Travmatik olayların çocuğun bulunduğu sosyal koşullar, bakım veren kişinin yetiştirme tarzı, temel güven duygusunun zedelenmesi, bağlanma ve kişilik gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi gibi dinamik etkenlerle ileride ruhsal

patolojilere yol açtığı öne sürülmektedir [221]. Çocukluk çağında travma öyküsü birçok ruhsal hastalığın oluşumu için risk etkenidir [222].

Travmanın ruhsal etkileri, travmanın çeşidine, şiddetine, travmaya uğrayan kişinin yaşına, sosyoekonomik ve sosyokültürel durumuna, travmanın kronik veya akut olmasına göre farklılık göstermektedir [223]. Travmanın önemli etkilerinden biri de Erikson'un tanımladığı temel güven duygusunun tam gelişmemesidir [224]. Travmaya kronik maruz kalma sonrası kişide yoğun inkar, bastırma, disosiyasyon, saldırganla özdeşim gibi savunma mekanizmaları ile kişilik patolojileri de gelişebilmektedir.

Çocuğun cinsel istismarında ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük ve damgalanma gibi travmatik dinamikler ortaya çıkmakta ve travmatik olayın etkilerini ağırlaştırmaktadır. Bu nedenle; çocuğun dünyaya karşı bilişsel ve duygusal yönelimine zarar vererek psikopatoloji gelişim riskini artırmaktadır [225]. Çocukluk çağındaki travma öyküsünün gelişimsel bozukluklar, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol ya da madde bağımlılığı, MDB, PB, suç işleme, şiddet davranışı, kendine zarar verme ve özkıyım davranışı gibi birçok ruhsal hastalık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [226, 227].

En az bir ruhsal tanıyı karşılayan hastalarla yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanlar tanı grupları açısından değerlendirilmiş ve en yüksek fiziksel istismarın kaygı bozuklukları grubunda (%38) olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanlardan duygusal istismar yaşayanlarda ise tanı olarak DDB ve kaygı bozukluklarının anlamlı olarak daha fazla olduğu bildirilmiştir [228]. Çocukluğun erken dönemlerinde yaşanan travmatik yaşantıların erişkin dönemde intihar eğilimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [229-231]. Ayrıca travmaya maruz kalan çocuklarda dissosiyatif tepki (%48), suçluluk psikolojisi (%43), kaygı ya da korku (%39), düşük öz saygı (%34), MDB (%25) ve AA (%23) gibi belirtilerin arttığı saptanmıştır [232].

Son dönemlerde yapılan araştırmalarda, yüksek kaygı düzeyleri ile artan dissosiyasyon riski arasındaki ilişki üzerinde durulmuştur. Dissosiyatif belirtiler arasında yer alan depersonalizasyon ve derealizasyonun kaygı bozukluklarında sık görülen belirtiler olması nedeniyle travmayla ilişkisi değerlendirilmiştir [22, 233-235].

2.5 Mizaç

2.5.1 Tanım

Mizacın karşılığı olan “temperament”, halk arasında kullanılan biçimi ile huy, “karışım” anlamına gelen “temperare” sözcüğünden türetilmiştir [236]. Mizaç, karakter ve kişilik birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç; yaşamın ilk yıllarından başlayarak var olan, görece aynı kalan, kişinin davranış örüntülerini belirleyen bir oluşum olarak kabul edilmiştir. Yani mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özellikler olarak tanımlanabilir [237]. Bu kavram; yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları anlatmaktadır [238]. Karakter ise çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır. Kişilik ise genetik olarak gelen mizaçla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur [237]. Rothbart ise mizacı; kişinin biyolojik olarak doğuştan getirdiği, zamanla kalıtım, olgunlaşma ve deneyim gibi etkenlerden etkilenecek şekilde şekillenebilen bir yapı olarak tanımlamıştır [239]. Eski çağlardan beri doğuştan gelen bazı mizaç özelliklerinin belirli ruhsal bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir [237].

Mizaç konusunun psikiyatriye ilk girişi ise Kraepelin tarafından olmuştur. Kraepelin, BPB yalnızca mani ve MDB’den oluşan Bipolar I bozukluğu olarak değil aynı zamanda farklı duygudurum kalıplarını, özellikle de mizaç özelliklerini kapsayan bir yelpaze olarak tanımlamıştır [240]. Kraepelin’in BPB kavramı, yalnızca bütünüleyici olmakla kalmamış, Akiskal’in bugün Bipolar Bozukluk Spektrumu dediği kavramı da formüle etmiştir [241].

Afektif mizaç bir DDB dönemi ölçütlerini karşılamamaktadır. Ancak tanısal geçerliliği vardır. Yapısal ve genetik olarak aktarılabilir olmakla birlikte tedavi gerektirmemektedir [236]. Akiskal 5 temel afektif mizaç tanımlamıştır: depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl (sınırlı) ve anksiyeteli (endişeli) mizaç [242]. Özelliklerini de şu şekilde gruplandırmıştır:

- **Hipertimik Mizaç**

- ✓ Erken başlangıç (21 yaşından önce),
- ✓ Savunma mekanizması olarak inkârı sık kullanan,
- ✓ Fazla karışık ve işgüzar, kendinden emin, kendine güvenen ve grandiyöz,

- ✓ Konuşkan ve şakacı, neşeli, keyifli, fazlasıyla iyimser, coşkulu,
 - ✓ Enerji düzeyi artmış, aktivitesi fazla,
 - ✓ Ketlenmemiş, uyararı arayan, libidosu yüksek,
 - ✓ Günde 6 saatten daha az uyuyan,
 - ✓ Aralıklı subsendromal hipomani ve araya giren ötimik dönemler.
- **Distimik Mizaç**
 - ✓ Erken başlangıç (21 yaşından önce),
 - ✓ Kaygılı, üzgün, kendini eleştiren, suçlayan, aşağılayan,
 - ✓ Şüpheli, aşırı eleştirel, hüzünlü, üzüntülü, kötümser, şakadan anlamayan,
 - ✓ Dikkatli, disiplinli,
 - ✓ Anhedoni, sabah daha fazla olan psikomotor yavaşlama,
 - ✓ Uyuşukluk, libidoda azalma,
 - ✓ Günde 9 saatten fazla uyuyan,
 - ✓ Nonafektif duruma sekonder olmayan aralıklı düşük düzeyde depresif duygudurum.
- **Siklotimik Mizaç**
 - ✓ Erken başlangıç (21 yaşından önce),
 - ✓ Aralıklı, kısa, döngüsel, artmış veya azalmış duygudurumu,
 - ✓ Birbirini izleyen kötümserlik ve iyimserlik, genelde ötimik,
 - ✓ İşte, eğitimde, gelecekle ilgili planlarda sık sık kaymalar,
 - ✓ Birbirini izleyen kendine güven azlığı ve aşırı güven (kararsız benlik değeri),
 - ✓ Konuşkanlık ve azalmış konuşma,
 - ✓ Beklenmeyen ağlamaklı halden aşırı şakacılığa geçiş,
 - ✓ Üretkenlik kalitesi ve miktarında düzensizlik, alışılmamış çalışma saatleri,
 - ✓ Mental konfüzyon ve apatik düşünceden zeki ve keskin düşünceye geçişler,
 - ✓ Yaşam enerjisi ve cinsellikte; gelişigüzel epizotlar, tekrarlayan duygusal başarısızlıklar, ketlenmemiş durum ve arayış içinde olma,
 - ✓ Bir fazdan ötekine ani kaymalarla giden iki evreli mizaçtır.
- **İrritabl Mizaç**
 - ✓ Erken başlangıç (21 yaşından önce),
 - ✓ Gerginlik, aralıklı huysuzluklar, öfke ve seyrek ötimik durum,

- ✓ Disforik huzursuzluk, impulsif davranış, sırnaşıklık, kolay kırılabilirlik, kolayca sözel ve fiziksel çekişmeler yaşar, pek hoşlanılmayan bireylerdir,
- ✓ Aşırı eleştirel ve yakınan, mizahtan yoksun espriler,
- ✓ Huzursuz enerji, sonuç getirmeyen aşırı meşguliyet,
- ✓ Hiperseksüel, enerjik, uyku problemi yok [242].

2.5.2 PB'nin Afektif Bozukluklarla İlişkisi

Dekatlar boyunca afektif bozukluklar ve kaygı bozuklukları birbirinden farklı, ilişkisiz bozukluk grupları olarak kabul edilmiştir. Ancak prelinik ve klinik laboratuvar çalışmaları, dikkatli klinik gözlemler ve standardize metotlar ile elde edilen bilgiler artık bunu desteklememektedir [243]. PB de dahil olmak üzere kaygı bozukluğu olan hastalar eş tanımlı DDB açısından risklidir [244].

Yetişkinlerde PB ile MDB arasındaki ilişki iyi dokümente edilmiştir [245]. PB'de MDB görülme oranlarının yüksek olduğu açıkça ortaya konmuştur ve özellikle birden fazla kaygı bozukluğu mevcutsa bu bir kural olarak kabul edilebilir [244]. Stein ve Uhde, sadece PB olan hastalarda MDB riskini %47, hem PB hem SF mevcutsa %94 olarak belirlemişlerdir [246]. Pür PB'de MDB riski 2 kat, iki veya daha fazla kaygı bozukluğunda ise MDB geliştirme riskinin 3 kat arttığı bulunmuştur [247]. PB ile eş tanımlı BPB bulunan hastaların, hastalıklarının daha şiddetli seyrettiği ve tedaviye daha dirençli olduğu bulunmuştur [248]. Bu konuda yapılmış ileriye yönelik çalışmalar olmasa da PB hastalarının mizaç özelliklerini araştırmanın eş tanımlı hastalıklara yatkınlığı yordaması hipotezi desteklenmiştir [244].

Rothbart ve arkadaşları riskli mizaç özelliklerini şu şekilde özetlemiştir:

1. Mizaç özelliklerindeki bireysel farklılıkların aşırı uçlarda olması,
2. Diğer kişilerde öfkeye neden olan mizaç özellikleri,
3. Kişilerin ilişkilerini belirleyen uçlarda yer alan mizaç özellikleri risklidir.
4. Mizaç özelliklerindeki farklılıkların bir bozukluğun şeklini ve seyrini etkilemesi,
5. Bilgi işleme süreçlerinde mizaca ilişkin yanlışlıkların kişinin dünya, kendisi ve diğer kişiler hakkındaki bilişlerini etkilemesi,
6. Risk etmenlerine ya da stresin etkilerine karşı mizacın düzenleyici işlevi vardır.
7. Çevresel olaylara yüksek ya da düşük tepkiselliğin riskli olması,

8. Mizaç özellikleri arasındaki etkileşim ve geliştikçe ortaya çıkan davranışlar,
9. Farklı mizaçlar duruma verilen tepkiye giden farklı gelişimsel yollar oluşturur,
10. Bakım veren çevrenin özelliklerinin davranışlar üzerine etkileri vardır.
11. İşlevsel olmayan durumların kendisi mizacın görünümünü değiştirebilir ve psikopatolojiye yatkınlığı arttırabilir [249].

2.5.3 PB, YAAB ile Mizaç İlişkisi

Bebeklikten itibaren, insanların farklı özellikler gösterdikleri ve bu özelliklerin çevreyle ilişkileri etkilendiği bilinmektedir. Kişinin yeni durumlarla karşılaştığında fizyolojik açıdan aşırı uyarılması, davranışlarında tutukluk gösterme eğilimi olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalarda, çocuklukta davranışsal tutukluk olduğunda, çocukların %28 kaygı bozukluğu ve %17 YAAB geliştirdiği gözlenmiştir [250]. Davranışta tutukluk örüntüsü süreklilik gösteren bir mizaç özelliği gibi görünmekle birlikte, ebeveyn tutumlarının bu mizacın değişiminde etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da vardır [251].

Mertol ve Alkın (2012), agorafobili ya da agorafobisiz PB veya YAAB'si olan kişilerin mizaç ve karakter özelliklerini araştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda, YAAB'si olan kişilerin zarardan kaçınmalarının hem PB olan gruba göre hem de sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu, kendini yönetme puanlarının ise daha düşük olduğunu bulmuşlardır [252]. Zarardan kaçınma, PB grubunda da sağlıklı gruba oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ödül bağımlılığı ise her iki grupta da sağlıklı kontrollere oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur [252]. Benzer örnekte yapılmış diğer bir çalışmada da benzer biçimde zarardan kaçınmanın sağlıklı kontrollere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada karakter boyutlarının kendini yönetme boyutu ile işbirliği yapma boyutunda PB olan kişilerin puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu da belirtilmiştir [253].

Kampman ve arkadaşları (2014), kaygı bozuklukları ve mizaç arasındaki ilişki ile ilgili yaptıkları metaanaliz çalışmasının sonucunda, zarardan kaçınma boyutuna ilişkin puanların PB, OKB ve YAAB olan kişilerde anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmişlerdir [254].

Kaygı bozukluklarında afektif mizaç farklılıklarını inceleyen bir çalışmada, PB'de baskın depresif (%11,9) ve baskın endişeli mizaç (%31) bulunmuştur ve Ergil'in 2006 yılında yaptığı tez çalışması benzer bulgular içermektedir. [32, 33, 255].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje No:KA15/171, Etik Kurul Onay Tarihi:27.05.2015) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3.1 Örneklem Oluşturulması

Çalışmaya, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Mayıs 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında muayene ve tedavi amacıyla başvuran, Composite International Diagnostic Interview (CIDI) uygulanarak ICD-10 tanı kriterlerine göre bir araştırma görevlisi tarafından PB tanısı konulan ve YAAB için yapılandırılmış klinik görüşme ile belirlenecek eşlik eden YAAB bulunan ve bulunmayan, bilinen PB'ye benzer bulgulara yol açabilecek ek tıbbi ve/veya nörolojik hastalık öyküsü olmayan 18 ile 64 yaş arasında, okuma yazma bilen, değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip araştırmaya katılmayı kabul eden 74 hasta ile ruhsal ve fiziksel bir hastalığı olmayan, daha önce bir psikiyatrik tanı konulmamış, psikiyatrik tedavi almamış, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş 74 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 17 kişinin 9 tanesi vaktinin olmadığını, 8 tanesi ise hastalıklarının ciddiyeti nedeniyle katılmak istemediklerini belirtmiştir. Bütün katılımcılar bilgilendirilmiş onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Değerlendirme araçlarını dolduramayacak durumda okuma yazma bilmeyen, mental retardasyon, psikoz, bipolar affektif bozukluk, yeme bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı/bağımlılığı, anksiyete bozukluğuna benzer bir tabloya neden olabilecek diğer tıbbi nedenleri (Vitamin B12-folik asit eksikliği, hipotiroidi, hipertiroidi, demir eksikliği anemisi) olan bireyler çalışma dışında bırakılmıştır.

3.2 Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama

3.2.1 Ölçekler

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Çalışmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış bilgi toplama aracıdır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer,

ekonomik gelir düzeyi, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar, eşlik eden ruhsal ve bedensel hastalık öyküsü, hastalık süresi, psikiyatrik soygeçmiş ve anne-baba kaybı ve/veya uzun süreli ayrılığı gibi bilgileri içeren bölümden oluşmaktadır.

Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1 (CIDI 2.1) (Composite International Diagnostic Interview): Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir [256]. Kılıç ve Göğüş tarafından Türkçeye çevrilmiştir [257]. DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerine göre tanı konabilecek biçimde tasarlanmıştır. CIDI mantık zincirine dayalı, denek yönelimli ve ölçüt tabanlı soruların yer aldığı bölümlerden oluşmaktadır. Her tanı bölümündeki ‘evet’ ya da ‘hayır’ diye yanıtlanabilen soruların denekler tarafından yanıtlanması sonucu ruhsal bozukluk tanıları konabilir. Alınan yanıtlara göre; belirti yoksa 1, var ama klinik olarak önemli düzeyde değilse 2, ilaç ya da madde kullanımına bağlı ise 3, fiziksel hastalık ya da yaralanmaya bağlı ise 4, var ve nedeni ruhsal ise 5 olarak işaretlenir.

Bu sayılar bir bilgisayar programı aracılığıyla psikiyatrik tanıları dönüştürülebilmektedir. CIDI kısa süreli bir eğitimden sonra klinisyen olmayan kişilerce de uygulanabilmektedir. Araştırmanın amacına yönelik olarak CIDI'nin anksiyete bozuklukları bölümleri kullanılacaktır. Uygulama süresinin yaklaşık 30 dakika sürmesi öngörülmüştür.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır [258]. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Bu ölçek İngilizce özgün biçiminden Türkçeye çevrilmiş ve Vedat Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışması ile ülkemizde kullanıma uygun bulunmuştur [259].

Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ): Değerlendiricinin doldurduğu 7 maddelik bu ölçek, benzer ölçek geçerliliğini incelemek için kullanılmıştır. Ölçek maddeleri, panik belirtilerinin şiddetini ve yarattığı işlevsel bozulmayı ölçmektedir. PBŞÖ 5'li likert tipindedir ve belirtiler 0-5 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçek iyi düzeyde psikometrik özelliklere sahiptir ve tedaviyle oluşan değişime duyarlıdır [260]. Monkul ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır [261].

Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG): Yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendirmek amacıyla çocukluk AAB belirtilerinin yaşa uygun tanımlarını geliştirerek oluşturulmuştur [262]. AAB-YKG her biri 8 maddeli 2 kısımdan oluşmaktadır. İlki geriye doğru çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgularken, ikinci kısmı şu anda var olan yetişkinlik dönemi belirtilerini taramaktadır. Sekiz ölçütten en az 3'ünün varlığında çocukluk ya da yetişkinlik AAB tanısı konmaktadır. AAB-YKG Türkçeye çevrilmiş ve psikometrik çalışmaları yapılmıştır [263].

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [264]. Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemektir. Yirmi bir belirti kategorisini içermektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Hisli (1988) tarafından ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır [265].

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir [266]. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi için kullanılır. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır [267].

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YiYE-II): Yakın ilişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, yetişkin bağlanma biçimlerinin ölçümü için geliştirilen bir envanterdir. Bu envanter Fraley ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilmiş olup, 18'i kaygı ve 18'i kaçınma boyutlarını ölçen toplam 36 maddeden oluşmaktadır [267]. Envanterde tek sayılı maddeler kaygı, çift sayılı maddeler kaçınma boyutlarına aittir. Envanterde katılımcılardan her bir maddenin romantik ilişkilerindeki duygu ve düşüncelerini ne derece tanımladığını yedi aralık üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir.

Her iki boyut için ilgili maddeler ayrı ayrı toplanıp ortalamaları alınarak katılımcılar için kaygı ve kaçınma puanları elde edilmektedir. Elde edilen bu puanlara göre, her iki boyuttan da düşük puan alanlar güvenli, her iki boyuttan da yüksek puan alanlar korkulu, kaygı boyutundan yüksek kaçınma boyutundan düşük puan alanlar saplantılı ve kaygı boyutundan düşük kaçınma boyutundan yüksek puan alanlar kayıtsız

bağlanma biçimi içinde sınıflandırılırlar. YİYE-II'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır [267].

Temps-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) TEMPS-A: Baskın afektif mizacı değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları (1997) geliştirmiştir [268]. Orijinal ölçek erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Simavi Vahip ve arkadaşları tarafından (2005) te Türkçeye uyarlanmış şekli depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyeteli mizaçları belirlemek için 100 maddeden oluşur. 1-18. maddeler depresif mizacı tanımlamaktadır. 19-37. maddeler siklotimik mizacı tanımlamaktadır. 38-57. maddeler hipertimik mizacı tanımlamaktadır. 58-75. maddeler irritabl mizacı tanımlamaktadır. 76-99. maddeler anksiyöz mizacı tanımlamaktadır [268]. **Depresif mizaç:** 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. **Siklotimik mizaç:** 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. **Hipertimik mizaç:** 20 maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. **İrritabl mizaç:** 13 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. **Anksiyeteli mizaç:** 18 ve daha fazla sayıda maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. Bir bireyde bir ve birden fazla sayıda baskın mizaç belirlenebilir. Buna karşılık bir bireyde herhangi bir baskın mizaç saptanmayabilir.

3.2.2 Uygulama

Çalışmaya katılan bireyler çalışma hakkında bilgilendirilip onay alındıktan sonra araştırmacı tarafından CIDI 2.1, AAYKG, PBSÖ uygulanmış ve Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, BDÖ, BAÖ, ÇÇTÖ, TEMPS-A, YİYE-II ölçekleri katılımcı tarafından doldurulmuştur.

3.3 İstatiksel Değerlendirme

Normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda sayısal değişkenlere ilişkin ortalama ve standart sapma, varsayımın sağlanmadığı durumlarda ise medyan, minimum, maksimum değerler ile çeyrekler arası dağılım genişliği tanıtıcı istatistik olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler için ise tanıtıcı istatistik olarak yüzdeler sunulmuştur.

Sosyodemografik özellik (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, ailede ruhsal hastalık) grupları ve PB grupları ile PB hastaları kendi içinde

incelendiğinde Komorbidite, YAAB, ÇAAB grupları arasında sayısal bağımlı değişken açısından fark kontrolü için parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda “Student t Testi”, sağlanmadığı durumlarda “Mann-Whitney U Testi”, “Kruskal-Wallis Varyans Analizi” kullanılmıştır.

Karşılaştırılan grup sayısı ile kategorik bağımlı değişkenin sınıf sayısı iki olduğu durumlarda gruplara ilişkin oranların karşılaştırılması için parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda “İki Yüzde Arasındaki Farkın Önemlilik Z Testi”, varsayımların sağlanmadığı ya da karşılaştırılan grup sayısı ve/veya kategorik bağımlı değişkenin sınıf sayısı ikiden fazla olduğu durumlarda asimptotik testlerden “Pearson Ki-Kare Testi” kullanılmıştır. Çapraz tabloda beklenen sıklığı 5’ten küçük olan göze sayısının toplam göze sayısına oranı %20-%50 arasında ise tablo boyutuna göre kesin testlerden “Fisher’in Kesin Testi” ya da “Freeman-Halton (Genelleştirilmiş Fisher) Kesin Testi” uygulanmıştır.

Normallik varsayımı sağlanmadığından sayısal değişkenler arasında ilişkinin gücünü ve yönünü görebilmek için “Spearman Korelasyon Katsayısı” hesaplanırken; Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin gücü ve yönü araştırılırken “Cramer V Korelasyon Katsayısı” kullanılmıştır. Aynı zamanda, Pearson Ki-Kare Testinin uygulandığı durumlarda eğer test sonucu %95 güven düzeyinde anlamlı ise risk ölçüsü olarak “Odds Oranı” kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme için “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v17.0” (SPSS for Windows version 17.0, Chicago, IL, USA - September 2012 license number:1093910, Baskent University) istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerin tamamı Başkent Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın temel amacı doğrultusunda yanıt aranan sorulara ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Nihai analizlere geçilmeden önce tüm veri seti SPSS 17.0 programı ile verilerin bilgisayara aktarılmasında hata olup olmaması, kayıp değerler, normal dağılım özelliği gibi yönlerden incelenmiştir. Analizler 148 kişiden elde edilen veriler üzerinden yapılmıştır.

4.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

74 PB'si olan hasta (%50) ve 74 sağlıklı kontrol grubundan (%50) olmak üzere toplam 148 kişiden elde edilen verilerin analiz sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri, alışkanlıkları, psikiyatrik ilaç kullanımları ve fiziksel hastalıkları hakkında bilgiler yer almaktadır. 148 katılımcının 102'si kadın (%68,9), 46'sı erkektir (%31,1). Örneklem grubunun ortanca yaşı 37 (min:18; max:64)'dir. Medeni durumlar açısından bakıldığında 148 katılımcıdan 108'inin evli (%73), 5'inin dul (%3,4), 3'ünün boşanmış (%2) ve 32'sinin de hiç evlenmemiş olduğu (%21,6) bildirilmiştir.

Aile tipi açısından bakıldığında 148 katılımcıdan 134'ü çekirdek aile olarak (%90,5), 10'u geniş aile olarak (%6,8), 4'ü parçalanmış aile olarak (%2,7) yaşadığını bildirilmiştir. Eğitim durumuna göre örneklem grubunda 19 kişi ilkokul (%12,8), 13 kişi ortaokul (%8,8), 39 kişi Lise (%26,4), 77 kişi üniversite (%52) mezunudur.

Çalışma durumuna göre örneklem grubunda 102 kişi halen çalışıyor (%68,9), 10 kişi emekli (% 6,8), 42 kişi ise çalışmadığını (hiç çalışmamış, öğrenci, aralıklı çalışmış, işten ayrılmış) (%24,3) bildirmiştir. Halen çalışmakta olanların 60'ı işçi (%52,6), 27'si memur (%32,5), 17'si diğer ya da serbest meslek sahibi (%14,9) bireylerden oluşmaktadır. Gelir durumuna göre örneklem grubunda 4 kişi çok düşük (%2,7), 41 kişi düşük (%27,7), 50 kişi orta (%33,8), 53 kişi yüksek (%35,8) gelir düzeyi bildirmiştir.

Hastalık başlama yaşını PB grubunda 7 kişi 0-20 yaş arası (%9,5), 47 kişi 20-40 yaş arası (%63,5), 20 kişi 40-60 yaş arası (%27,0) olarak bildirmiştir. Geçmişte psikiyatrik ilaç kullanımına göre örneklem grubundan 43 kişi psikiyatrik ilaç kullandığını (%29,1), 105 kişi psikiyatrik ilaç kullanmadığını (%70,9) bildirmiştir.

Tablo 4.1-1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Sıklık n	Yüzde	
	Kontrol Grubu	74	%50
	Tanı Grubu	74	%50
Cinsiyet	Kadın	102	%68,9
	Erkek	46	%31,1
Medeni Durum	Evli	108	%73
	Dul	5	%3,4
	Boşanmış	3	%2,0
	Evlenmemiş	32	%21,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	134	%90,5
	Geniş Aile	10	%6,8
	Parçalanmış Aile	4	%2,7
Eğitim Durumu	İlkokul	19	%12,8
	Ortaokul	13	%8,8
	Lise	39	%26,4
	Üniversite	77	%52
Çalışma Durumu	Hiç çalışmamış, Ev Kadını	20	%13,5
	Öğrenci	10	%6,8
	Aralıklı çalışmış	2	%1,4
	İşten ayrılmış	4	%2,7
	Emekli	10	%6,8
	Halen Çalışıyor	102	%68,9
Meslek	İşçi	60	%52,6
	Memur	37	%32,5
	Serbest meslek, diğer	17	%14,9
Gelir Düzeyi	Çok düşük	4	%2,7
	Düşük	41	%27,7
	Orta	50	%33,8
	Yüksek	53	%35,8
Hastalık Başlama Yaşı	0-20 yaş	7	%9,5
	20-40 yaş	47	%63,5
	40-60 yaş	20	%27,0
Sigara ve Alkol Kullanımı	Sigara	40	%27
	Alkol	12	%8,1
	Hiçbiri	85	%57,4
	Hepsi	11	%7,4
Fiziksel Hastalık	Var	26	%17,6
	Yok	122	%82,4
Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	43	%29,1
	Yok	105	%70,9
Halen İlaç Kullanımı	Var	68	%45,9
	Yok	80	%54,1

4.2 Grup Karşılaştırmaları

Tablo 4.2-1 PB ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması

	Tanı Grubu (n=74)	Kontrol Grubu (n=74)			
	Ort±Std. Sapma	Ort±Std. Sapma			
Yaş	38,24±11,32	37,86±11,26			
Cinsiyet			Yüzde farkı		p
Kadın	51 (%68,9)	51 (%68,9)	-	-	-
Erkek	23 (%31,1)	23 (%31,1)			
YAAB			Yüzde farkı	Pearson χ^2	p
Var	40 (%54,1)	8 (%10,8)	%43,3	31,573	p<0,001
Yok	34 (%45,9)	66 (%89,2)			
ÇAAB			Yüzde farkı	Pearson χ^2	p
Var	27 (%36,5)	8 (%10,8)	%25,7	13,509	p<0,001
Yok	47 (%63,5)	66 (%89,2)			
Medeni Durum				Genelleştirilmiş Fisher Exact	p
Evli	53 (%71,6)	55 (%74,3)	-	0,562	0,872
Dul, Ayrı, Boşanmış	5 (%6,8)	3 (%4,1)			
Evlenmemiş	16(%21,6)	16(%21,6)			
Eğitim				Pearson χ^2	p
İlkokul, Ortaokul	19 (%25,7)	13 (%17,6)	-	1,435	0,231
Üniversite, Lise	55(%74,3)	61 (%72,4)			
Çalışma Durumu			Cramer's V	Pearson χ^2	p
Hiç Çalışmamış	21 (%28,4)	5 (%6,80)	%28,5	11,996	0,002
Halen Çalışıyor, Emekli	49 (%66,2)	63 (%85,1)			
Öğrenci	4 (%5,40)	6 (%8,10)			
Gelir Düzeyi			Cramer's V	Pearson χ^2	p
0-2000TL	23 (%31,1)	22 (%29,7)	%20,3	6,091	0,048
2000-4000TL	31 (%41,9)	19 (%25,7)			
4000 ve üzeri	20 (%27,0)	33 (%44,6)			
Ailede Ruhsal Hastalık			Yüzde farkı	Z skoru	p*
Var	31 (%41,8)	12 (%16,2)	%25,6	-3,44	p<0,001
Yok	43 (%58,2)	62 (%83,8)			

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB hastalarında ÇAAB %36,5, kontrol grubunda ise %10,8 olarak saptanmıştır. ÇAAB ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=13,509$; $p<0,001$). ÇAAB olanların olmayanlara göre PB riski 4,739 kat daha fazladır ve bu risk %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlıdır (%95CI:1,979-11,348).

PB hastalarında YAAB %54,1, kontrol grubunda ise %10,8'dir. YAAB ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=31,573$; $p<0,001$). PB hastalarında sağlıklı bireylere göre YAAB görülme riski 9,706 kat daha fazladır ve bu risk %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlıdır (%95 CI: 4,089-23,041).

PB tanısı alanların %71,6'sı evli, % 6,8'i dul, ayrı yaşıyor veya boşanmış, %21,6'sı hiç evlenmemiştir. Kontrol grubunun ise % 74,3'ü evli, % 4,1 dul, ayrı yaşıyor veya boşanmış, %21,6'sı hiç evlenmemiştir. Medeni durum ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Genelleştirilmiş Fisher Exact Test İstatistiği=0,562; $p=0,872$). Bu bulgular ışığında medeni durum ile PB arasında bir bağımlılık durumu saptanamamıştır.

PB hastalarının yaklaşık %25,7'si ilkokul veya ortaokul mezunudur, kontrol grubunda ise bu yüzde yaklaşık %17,6'dır. Eğitim düzeyi ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=1,435$; $p=0,231$). Bu bulgulara göre eğitim düzeyi ile PB arasında bir bağımlılık durumu saptanamamıştır.

PB grubunda aralıklı çalışmış, ev hanımı ya da çalışmamış olanların yüzdesi yaklaşık %28,4, kontrol grubunda ise %6,8'dir. Çalışma durumu ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=11,996$; $p=0,048$). Çalışmıyor olma ile PB arasında pozitif yönde yaklaşık %28,5'lik bir ilişki söz konusudur ve bu ilişki %95 güven düzeyinde anlamlıdır.

PB grubunda düşük gelir düzeyi yüzdesi yaklaşık %31,1, kontrol grubunda ise %29,7'dir. Gelir düzeyi ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2 = 6,091$; $p=0,002$). Düşük gelir düzeyi ile PB arasında pozitif yönde yaklaşık %20,3'lük bir ilişki söz konusudur ve bu ilişki %95 güven düzeyinde anlamlıdır.

Kontrol grubunda ailesinde ruhsal hastalık olanların yüzdesi yaklaşık %16,2 ve PB hasta grubunda ise yaklaşık %41,8'dir. PB grubu ile kontrol grubu arasında yaklaşık %25,6

fark vardır ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Test istatistiği $z=-3,44$; $p<0,001$). Buna göre, PB hastaları sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında ailede ruhsal hastalık PB hastalarında daha fazla gözlenmektedir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2-2 PB'ye YAAB Eşlik Eden ve Etmeyenlerin Sosyodemografik Değişkenlerinin Karşılaştırılması

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)			
	Ort±Std. Sapma	Ort±Std. Sapma			
Yaş	36,00±10,905	40,88±11,396			
Cinsiyet				Pearson χ^2	p
Kadın	31 (%77,5)	20 (%58,8)	-	2,993	0,084
Erkek	9 (%22,5)	14 (%41,2)			
ÇAAB			Yüzde farkı	Pearson χ^2	p
Var	22 (%55,0)	5 (%14,7)	%40,3	12,876	$p<0,001$
Yok	18 (%45,0)	29 (%85,3)			
Medeni Durum				Genelleştirilmiş Fisher Exact	p
Evli	30 (%75)	23(%67,6)	-	0,742	0,787
Dul, Ayrı, Boşanmış	2 (%5)	3 (%8,8)			
Hiç Evlenmemiş	8 (%20)	8 (%23,6)			
Eğitim				Pearson χ^2	p
İlkokul, Ortaokul	10 (%25)	9 (%26,5)	-	0,021	0,885
Üniversite, Lise	30(%75)	25 (%73,5)			
Çalışma Durumu				Genelleştirilmiş Fisher Exact	p
Hiç Çalışmamış	12 (%30)	9 (%26,5)	-	3,697	0,145
Halen Çalışıyor, Emekli	24(%60)	25 (%73,5)			
Öğrenci	4 (%10)	0 (%0)			
Gelir Düzeyi				Pearson χ^2	p
0-2000TL	15 (%37,5)	8 (%23,5)	-	2,752	0,280
2000-4000TL	17(%42,5)	14 (%41,2)			
4000 ve üzeri	8 (%20)	12(%35,3)			
Ailede ruhsal Hastalık				Z skoru	p*
Var	19 (%47,5)	12 (%35,2)	%12,3	-1,06	0,144
Yok	21(%52,5)	23 (%64,8)			

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB hastaları ele alındığında, kadınlarda PB'ye YAAB eşlik etme yüzdesi yaklaşık %60,7'dir. Erkeklerde ise bu yüzde yaklaşık %39,1'dir. PB'ye YAAB eşlik etme durumu ile cinsiyet arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir

(Pearson $\chi^2=2,993$; $p=0,084$). Yani, PB'ye YAAB eşlik etme durumu ile cinsiyet arasında bir bağımlılık saptanamamıştır.

PB'ye YAAB eşlik edenlerde ÇAAB yüzdesi yaklaşık %55, PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerde ise yaklaşık %14,7'dir. PB'ye YAAB eşlik etme durumu ile ÇAAB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=12,876$; $p<0,001$). PB hastaları ele alındığında, ÇAAB olanlarda olmayanlara göre PB'ye YAAB eşlik etme riski 7,089 kat daha yüksektir ve bu risk %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlıdır (%95 CI: 2,278-22,060).

PB'ye YAAB eşlik edenlerde dul, ayrı, boşanmış olanlar %5, hiç evlenmemiş olanlar %20, PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerde ise dul, ayrı, boşanmış olanlar %8,8, hiç evlenmemişler %23,6 olarak bulunmuştur. PB'ye YAAB eşlik etme durumu ile medeni durum arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Genelleştirilmiş Fisher Exact Test İstatistiği=0,742; $p=0,787$). Yani medeni durum ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında ilişki saptanamamıştır.

PB'ye YAAB eşlik eden grupta düşük eğitim düzeyinde olanların yüzdesi yaklaşık %25 ve PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta bu yüzde yaklaşık %26,5'tir. PB'ye YAAB eşlik etme durumu ile eğitim düzeyi arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=0,021$; $p=0,885$). Yani eğitim durumu ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında bir bağımlılık saptanamamıştır.

PB'ye YAAB eşlik edenlerde çalışmayanların yüzdesi yaklaşık %30 ve PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta bu yüzde yaklaşık %26,5'tir. PB'ye YAAB eşlik etme durumu ile çalışma durumu arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Genelleştirilmiş Fisher Exact Test İstatistiği=3,697; $p=0,145$). Yani çalışma durumu ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında bir bağımlılık saptanamamıştır.

PB'ye YAAB eşlik eden grupta düşük gelir düzeyine sahip kişiler yaklaşık %37,5 ve PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta bu yüzde yaklaşık %23,5'tur. PB'ye YAAB eşlik etme durumu ile gelir düzeyi arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=2,752$; $p=0,280$). Yani gelir durumu ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında bir bağımlılık saptanamamıştır.

PB'ye YAAB eşlik edenlerde ailesinde ruhsal hastalık olanların yüzdesi yaklaşık %47,5 ve PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerde bu yüzde yaklaşık %35,2'dir. PB'ye YAAB eşlik edenler ile eşlik etmeyenlerde ailede ruhsal hastalık görülme yüzdeleri arasındaki fark yaklaşık %12,3'tür ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Test istatistiği $z=-1,06$; $p=0,144$). Yani PB'ye YAAB eşlik edenler ile etmeyenler arasında ailede ruhsal hastalık görülmesi açısından fark bulunamamıştır (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2-3 Katılımcıların 1.ve 2.Derece Yakınlarında Ruhsal Hastalık ile PB Tanısı İlişkisi

	Ailesinde Ruhsal Hastalık Bulunan		Genelleştirilmiş Fisher Exact	p
	PB Hastaları (n=31)	Kontrol Grubu (n=12)		
Ailede Ruhsal Hastalık				
1.Derece Yakınlar Var	23 (%74,2)	10 (%83,3)	-	0,698
2. Derece Yakınlar Var	8 (%25,8)	2 (%16,7)		

PB hastalarının ailesinde ruhsal hastalık olanlarının 1. derece yakınlarında ruhsal hastalık görülme yüzdesi yaklaşık %74,2, kontrol grubunun ailesinde ruhsal hastalık olanlarının 1.derece yakınlarında ise yaklaşık %83,3'tür. İki grup arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Genelleştirilmiş Fisher Exact iki yönlü $p =0,698$) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2-4 Katılımcıların Ebeveynden Ayrı Kalma Açısından Karşılaştırılması

	Tanı Grubu (n=74)	Kontrol Grubu (n=74)	OR	Pearson χ^2	p
Ebeveyn Ayrı Kalma					
Var	35 (%47,3)	22 (%29,7)	2,121	4,822	0,028
Yok	39 (%52,7)	52 (%70,3)			

PB hastaları çocuklukta ebeveynlerinden %47,3, kontrol grubu ise %29,7 ayrı kalmıştır. Çocuklukta ebeveynden ayrı kalma ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=4,822$; $p=0,028$). Ebeveynlerinden çocuklukta uzun süre ayrı kalanlar kalmayanlara göre PB görülme riski 2.121 (%95 CI:1,079-4,170) kat artmaktadır ve bu risk %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2-5 Katılımcıların Erken Yaşam Olayları Açısından Karşılaştırılması

	Tanı Grubu (n=74)	Kontrol Grubu (n=74)		
Ebeveyn Kaybı			Pearson χ^2	p
Var	3 (%4)	7 (%9,4)	1,716	0,190
Yok	71 (%96)	67 (%91,6)		
Deprem, Kaza, Maddi Kayıp				
Var	15 (%20)	15 (%20)	-	-
Yok	59 (%80)	59 (%80)		

PB hastalarında çocukluğunda ebeveyn kaybı yaşayanların yüzdesi %4, kontrol grubunda çocukluğunda ebeveyn kaybı yaşayanların yüzdesi %9,4'tür. Ebeveyn kaybı ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=1,716$; $p=0,190$). Buna göre ebeveyn kaybı yaşamış olma ile PB arasında ilişki saptanamamıştır. Tabloda görüldüğü gibi PB hastaları ve kontrol grubunda çocukluğunda deprem, kaza, ciddi maddi kayıp gibi travmaları yaşayanların sayısı birbirine eşittir. Bu nedenle travmanın PB üzerindeki etkisini araştırmak hiçbir istatistiksel yöntemle mümkün olmamaktadır (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2-6 PB Hastalarının Erken Yaşam Olayları ile YAAB İlişkisi

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)			
Ebeveyn Kaybı					
Var	3 (%7,5)	0 (%0,0)	-	-	-
Yok	37 (%92,5)	34 (%100)			
Ebeveyn den Ayrı Kalma			Yüzde Farkı	Z Skoru	p
Var	23 (%57,5)	12 (%35,3)	%22,2	-1,91	0,028
Yok	17 (%42,5)	28 (%64,7)			
Deprem, Kaza, Maddi Kayıp				Pearson χ^2	p
Var	6 (%15)	9 (%26,5)	-	1,496	0,221
Yok	34 (%85)	25 (%73,5)			

PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda çocukluğunda ebeveyn kaybı yaşayanların yüzdesi yaklaşık %7,5, PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta ise bu yüzde %0'dır. PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta ebeveyn kaybının tespit edilmemiş olması nedeniyle ebeveyn kaybı ile PB'ye eşlik eden YAAB arasındaki bağımlılık durumunun testi için herhangi bir

hipotez testi yöntemi kullanılmamıştır. Dolayısıyla ebeveyn kaybı ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasındaki bağımlılık durumu değerlendirilememiştir.

PB'ye YAAB eşlik edenlerde ebeveynlerinden ayrı kalanların yüzdesi yaklaşık %57,5'tir. PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerde ise bu yüzde yaklaşık %35,3'tür. PB'ye YAAB eşlik edenler ile etmeyenler arasındaki fark yaklaşık %22,2'dir ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Test istatistiği $z=-1,91$; $p=0,028$). Bu bulgulara göre; çocuklukta ebeveyninden ayrı kalma ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında ilişkilidir.

PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda çocukluğunda depresyon, kaza, ciddi maddi kayıp gibi travmalar yaşayanların yüzdesi yaklaşık %15, PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta ise %26,5'tur. PB'ye YAAB eşlik etmesi ile çocukluğunda depresyon, kaza, ciddi maddi kayıp yaşama arasında bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=1,496$; $P=0,221$) (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2-7 Katılımcıların Mizaç Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

	Tanı Grubu (n=74)	Kontrol Grubu (n=74)		
Depresif Mizaç			Mann Whitney Z	p*
Var	6(% 8,1)	0 (%0)	5,257	p<0,001
Yok	68(% 71,9)	74(% 100)		
Siklotimik Mizaç				p*
Var	1(% 1,4)	1 (% 1,4)	5,802	p<0,001
Yok	73 (% 98,6)	73(% 98,6)		
Sinirli Mizaç				p*
Var	4 (% 5,4)	0(%0)	3,952	p<0,001
Yok	70(% 94,6)	74 (% 100)		
Hipertimik Mizaç			Student-t	p
Var	0 (%0)	0(%0)	0,976	0,331
Yok	74 (% 100)	74(% 100)		
Endişeli Mizaç			Pearson χ^2	p
Var	16 (% 21,6)	1(% 1,4)	14,953	p<0,001
Yok	58 (% 78,4)	73(% 98,6)		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB hastalarında depresif mizaç %8,1, siklotimik mizaç %1,4, sinirli mizaç %5,4 olarak saptanmış, hipertimik mizaç hiç saptanmamış olup kategorik olarak değerlendirilmesi mümkün olmadığı için sayısal olarak ele alınmıştır.

Depresif mizaç skoru açısından PB hastaları (Medyan=6,00; ÇADG=5,25; Minimum=0,00; Maksimum=16,00) kontrol grubu (Medyan=3,50; ÇADG=3,00; Minimum=0,00; Maksimum=12,00) ile karşılaştırıldığında PB hastaları ile kontrol grubunun depresif mizaç skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann Whitney $z=3,696$; $p<0,001$). Dolayısıyla, PB hastalarında depresif mizaç skorları daha yüksektir.

Siklotimik mizaç skorları açısından PB hastaları (Medyan=10,00; ÇADG=9,25; Minimum=0,00; Maksimum=18,00) kontrol grubu (Medyan=3,00; ÇADG=6,00; Minimum=0,00; Maksimum=18,00) ile karşılaştırıldığında PB hastaları ile kontrol grubunun siklotimik mizaç toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann Whitney $z=5,802$; $p<0,001$). Dolayısıyla, PB hastalarında siklotimik mizaç skoru daha yüksektir.

Sinirli mizaç skoru açısından PB hastaları (Medyan=4,00; ÇADG=5,25; Minimum=0,00; Maksimum=14,00) kontrol grubu (Medyan=1,00; ÇADG=4,00; Minimum=0,00; Maksimum=9,00) ile karşılaştırıldığında PB hastalarında sinirli mizaç skoru daha yüksektir. PB hastaları ile kontrol grubunun sinirli mizaç skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann Whitney $z=3,952$; $p<0,001$).

Hipertimik mizaç skoru açısından PB hastaları skor ortalaması $10,24\pm 4,580$ (Ortalama± Standart Sapma) kontrol grubu skor ortalaması $10,97\pm 4,515$ (Ortalama±Standart Sapma)'tir. Bu iki grup arasındaki yaklaşık 0,73 birimlik fark %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($t=0,976$; $p=0,331$).

Endişeli mizaç kategorik açıdan ele alınmıştır. PB hastalarında %21,6, kontrol grubunda ise %1,4 endişeli mizaç bulunmuştur. Endişeli mizaç ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=14,953$; $p<0,001$) (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2-8 PB'ye YAAB Etmesi İle Mizaç İlişkisi

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)		
Depresif Mizaç			Student-t	p
Var	4 (%10)	2 (%5,9)	-1,599	0,114
Yok	36 (%90)	32 (%94,1)		
Siklotimik Mizaç			Mann Whitney Z	p*
Var	1(%2,5)	0 (%0)	2,601	0,009
Yok	39 (%97,5)	34 (%100)		
Sinirli Mizaç			Mann Whitney Z	p*
Var	4 (%10)	0(%0)	1,081	0,280
Yok	36 (%90)	34 (%100)		
Hipertimik Mizaç			Student-t	p
Var	0 (%0)	0(%0)	-0,064	0,949
Yok	74 (%100)	74(%100)		
Endişeli Mizaç			Pearson χ^2	p
Var	13 (%32,5)	3(%8,8)	6,079	0,014
Yok	27 (%67,5)	31(%91,2)		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB YAAB eşlik eden hastalarda depresif mizaç %10, siklotimik mizaç %2,5, sinirli mizaç %10 olarak saptanmış, hipertimik mizaç hiç saptanmamış olup bu baskın mizaçların kategorik olarak değerlendirilmesi mümkün olmadığı için sayısal olarak ele alınmıştır.

Siklotimik mizaç skorları açısından PB'ye YAAB eşlik eden hastalar (Medyan=13,00; ÇADG=8,50; Minimum=0,00; Maksimum=18,00) eşlik etmeyen hasta grubu (Medyan=8,5; ÇADG=9,25; Minimum=1,00; Maksimum=17,00) ile karşılaştırıldığında PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda siklotimik mizaç skorları daha yüksektir. PB YAAB eşlik eden hastalar ile eşlik etmeyen hasta grubunun siklotimik mizaç skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann Whitney z= 2,601; p=0,009). Sinirli mizaç skoru açısından YAAB eşlik eden PB hastaları (Medyan=4,00; ÇADG=6,00; Minimum=0,00; Maksimum=14,00) ile YAAB eşlik etmeyen PB hastaları (Medyan=4,00; ÇADG=4,25; Minimum=0,00; Maksimum=10,00) karşılaştırıldığında sinirli mizaç skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Mann Whitney z=1,081; p=0,280).

Depresif mizaç skoru açısından PB'ye YAAB eşlik eden hastaların skor ortalaması $7,600 \pm 3,71276$, YAAB eşlik etmeyen hastaların skor ortalaması ise $6,2941 \pm 3,23362$ 'dir.

Bu iki grup arasındaki yaklaşık 1,30 birimlik fark %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($t=-1,599$; $p=0,114$). Hipertimik mizaç özellikleri açısından PB'ye YAAB eşlik eden hastaların skor ortalaması $10,2750\pm 4,54599$, YAAB eşlik etmeyen grubun skor ortalaması $10,2059\pm 4,68899$ 'dur. Bu iki grup arasındaki yaklaşık 0,07 birimlik fark %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($t=0,064$; $p=0,949$).

Endişeli mizaç kategorik olarak ele alınmıştır ve PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda %32,5, YAAB eşlik etmeyenlerde %8,8 endişeli mizaç bulunmuştur. Endişeli mizaç ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=6,079$; $p=0,014$). Bu bulgulara göre; endişeli mizaca sahip bireylerde PB'ye YAAB eşlik etme riski 4,975 (%95CI:1,280-19,332) kat daha yüksektir (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2-9 Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmalarının Karşılaştırılması

	Tanı Grubu (n=74)	Kontrol Grubu (n=74)			
Duygusal İstismar			Yüzde Farkı	Z skoru	p
Var	32 (%43,2)	14 (%18,9)	%24,3	-3,20	0,001
Yok	42 (%56,8)	60 (%81,1)			
Duygusal İhmal				Z skoru	p
Var	25 (%33,8)	19 (%25,7)	%8,1	-1,08	0,140
Yok	49 (%66,2)	55 (%74,3)			
Fiziksel İstismar				Mann Whitney Z	p*
Var	74 (%100)	74 (%100)	-	1,709	0,087
Yok	0 (%0)	0 (%0)			
Fiziksel İhmal				Z skoru	p
Var	38 (%51,4)	31 (%41,9)	%9,5	-1,15	0,124
Yok	36 (%48,6)	43 (%58,1)			
Cinsel İstismar				Mann Whitney Z	p*
Var	74 (%100)	74 (%100)	-	2,879	0,004
Yok	0 (%0)	0 (%0)			
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam				Z skoru	p
Var	35 (%47,3)	24 (%32,4)	%14,9	-1,85	0,032
Yok	39 (%52,7)	50 (%67,6)			

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

Kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları tümü birlikte ele alındığında yaklaşık %32,4 ve PB hastalarında ise bu yaklaşık %47,3'tür. PB hastaları ile kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları arasındaki fark yaklaşık %14,9'dur ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Test istatistiği $z=-1,85$; $p=0,032$). Yani çocukluk çağı travmaları ile PB arasında ilişki vardır.

Kontrol grubunda duygusal istismar yaklaşık %18,9 ve PB hasta grubunda duygusal istismar yaklaşık %43,2'dir. PB hastaları ile kontrol grubunun duygusal istismara maruz kalmaları arasındaki fark yaklaşık %24,3'tür ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Test istatistiği $z=-3,20$; $p=0,001$). Yani duygusal istismar ile PB arasında ilişki vardır.

Kontrol grubunda fiziksel ihmal yaklaşık %41,9 ve PB hasta grubunda fiziksel ihmal yaklaşık %51,4'tür. PB hastaları ile kontrol grubunun fiziksel ihmale maruz kalmaları arasındaki fark yaklaşık %9,5 ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Test istatistiği $z=-1,15$; $p=0,124$). Buna göre; PB ile fiziksel ihmal arasında ilişki saptanamamıştır.

Fiziksel ve cinsel istismar istatistiksel yöntemlerle kategorik olarak ele alınmadığı için toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir. PB hastalarının (Medyan=5,00; ÇADG=0,00; Minimum=5,00; Maksimum=18,00) ve kontrol grubunun (Medyan=5,00; ÇADG =0,00 Minimum=5,00; Maksimum=10,00) fiziksel istismar toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney $z=1,709$; $p=0,087$).

PB hastalarının (Medyan=5,00; ÇADG=0,00; Minimum=5,00; Maksimum=12,00) ve kontrol grubunun (Medyan=5,00; ÇADG =0,00; Minimum=5,00; Maksimum=10,00) cinsel istismar toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlıdır (Mann Whitney $z=2,879$; $p=0,004$). Yani cinsel istismar ile PB arasında ilişki vardır.

Bu bulgulara göre; çocukluk çağı travmaları, özellikle duygusal istismar ve cinsel istismar PB riskini arttırmaktadır (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2-10 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi

	PB YAAB eşlik eden (n=40)	PB YAAB eşlik etmeyen (n=34)			
Duygusal İstismar			Yüzde Farkı	Z skoru	p
Var	18 (%45,0)	14 (%41,2)	%3,8	-0,33	0,370
Yok	22 (%55,0)	20 (%58,8)			
Duygusal İhmal				Z skoru	p
Var	14 (%35,0)	11 (%32,4)	%2,6	-0,24	0,405
Yok	26 (%65,0)	23 (%67,6)			
Fiziksel İstismar				Mann Whitney Z	p*
Var	40 (%100)	34 (%100)	-	0,556	0,578
Yok	0 (%0)	0 (%0)			
Fiziksel İhmal				Z skoru	p
Var	21 (%52,5)	17 (%50,0)	%2,5	-0,21	0,415
Yok	19 (%47,5)	17 (%50,0)			
Cinsel İstismar				Mann Whitney Z	p*
Var	40 (%100)	34 (%100)	-	1,394	0,163
Yok	0 (%0)	0 (%0)			
Çocukluk Çağı Travmaları				Z skoru	
Var	19 (%47,5)	16 (%47,1)	%0,4	-0,04	0,485
Yok	21 (%52,5)	18 (%52,9)			

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB'ye YAAB eşlik eden grupta çocukluk çağı travmaları yaklaşık %47,5, PB'ye YAAB eşlik etmeyen hasta grubunda ise yaklaşık %47,1'tür. İki grup arasındaki fark yaklaşık %0,4'tür ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Test istatistiği $z=-0,04$; $p=0,485$). Yani PB'ye YAAB eşlik etmesi ile Çocukluk çağı travmaları arasında ilişki saptanamamıştır.

PB'ye YAAB eşlik eden hastaların duygusal istismara maruz kalmaları yaklaşık %45 ve PB'ye YAAB eşlik etmeyen hastalarda ise bu yaklaşık %41,2'dir. İki grup arasındaki fark yaklaşık %3,8'dir ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Test istatistiği $z=-0,33$; $p=0,370$).

PB'ye YAAB eşlik eden hastaların fiziksel ihmale maruz kalma yüzdesi yaklaşık %52,5 ve PB'ye YAAB eşlik etmeyen hastaların ki ise yaklaşık %50'dir. İki grup arasındaki fark yaklaşık %2,5'tir ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Test istatistiği $z=-0,21$; $p=0,415$).

Fiziksel ve cinsel istismar istatistiksel yöntemlerle kategorik olarak ele alınmadığı için toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir. PB'ye YAAB eşlik edenlerin (Medyan=5,00; ÇADG=0,00; Minimum=5,00; Maksimum=13,00) ve PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerin (Medyan=5,00; ÇADG=0,00; Minimum=5,00; Maksimum=18,00) fiziksel istismar toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney z=0,556; p=0,578).

PB'ye YAAB eşlik edenlerin (Medyan= 5,00; ÇADG= 1,00; Minimum= 5,00; Maksimum= 12,00) ve PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerin (Medyan= 5,00; ÇADG= 0,00; Minimum= 5,00; Maksimum= 10,00) cinsel istismar toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney z=1,394; p=0,163) (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2-11 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Bağlanma Kaygı Boyutu İlişkisi

		YIYE II Kaygı Skoru		Mann Whitney Z	p*
PB Eşlik Eden YAAB	Var	Medyan	3,4167	2,436	0,015
		Minimum	1,39		
		Maksimum	6,61		
		ÇADG	2,08		
	Yok	Medyan	2,7778		
		Minimum	1,50		
		Maksimum	4,39		
		ÇADG	2,08		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB'ye YAAB eşlik eden hastalar (Medyan=3,4167; ÇADG=2,08) ile PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerin (Medyan=2,7778; ÇADG =2,08) YIYE II kaygı skoru dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann Whitney z=2,436; p=0,015). Yani PB'ye YAAB eşlik eden grupta kaygılı bağlanma daha fazladır (Tablo 4.2.11).

Tablo 4.2-12 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Bağlanma Kaçınma Boyutu İlişkisi

		YIYE II Kaçınma Skoru		Mann Whitney Z	p*
PB Eşlik Eden YAAB	Var	Medyan	2,8889	0,884	0,337
		Minimum	1,33		
		Maksimum	5,22		
		ÇADG	1,49		
	Yok	Medyan	2,7222		
		Minimum	1,17		
		Maksimum	4,78		
		ÇADG	1,78		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB'ye YAAB eşlik eden grup (Medyan=2,8889; ÇADG=1,49) ile PB'ye YAAB eşlik etmeyen grubun (Medyan=2,7222; ÇADG =1,78) YIYE II kaçınma skoru dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Mann Whitney z=0,884; p=0,337) (Tablo 4.2.12).

Tablo 4.2-13 Depresyon, Anksiyete, Bağlanma, Şimdiki Hastalık Süresi İle PB Şiddeti İlişkisi

	PBŞÖ Skoru	p*
Depresyon Skoru	0,479**	p<0,001
Anksiyete Skoru	0,527**	p<0,001
Kaçınma Skoru	0,84	0,155
Kaygı Skoru	0,332**	0,002
Şimdiki Hastalık Süresi	0,093	0,216

**p<0.01, * Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

Depresyon skoru ile panik bozukluk şiddet ölçeği skoru arasında yaklaşık %47'lik pozitif bir ilişki söz konusudur ve bu ilişki %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Anksiyete skoru ile panik bozukluk şiddet ölçeği skoru arasında yaklaşık %52'lik pozitif bir ilişki söz konusudur ve bu ilişki %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Kaçınma skoru ile panik bozukluk şiddet ölçeği skoru arasında %8,4'lük pozitif bir ilişki söz konusudur ve bu ilişki %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (p=0,155). Kaygı skoru ile panik bozukluk şiddet ölçeği skoru arasında yaklaşık %33'lük pozitif bir ilişki söz konusudur ve bu ilişki %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002). Şimdiki hastalık süresi ile panik bozukluk şiddet ölçeği skoru arasında yaklaşık %0,9'lük pozitif bir ilişki söz konusudur ve bu ilişki %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (p=0,216) (Tablo 4.2.13).

Tablo 4.2-14 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Komorbid Hastalık İlişkisi

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)			
Eş Tanılı Ruhsal Hastalık			Yüzde Farkı	Z skoru	p
Var	21 (%52,5)	10 (%29,4)	%23,1	-2,01	0,022
Yok	19 (%47,5)	24 (%70,6)			

CIDI tanısal görüşme ile eşlik eden hastalıkların yüzde değerleri verilmiştir.

PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda komorbid hastalık görülme yüzdesi yaklaşık %52,5, PB'ye YAAB eşlik etmeyen hastalarda ise yaklaşık %29,4'tür. İki grup arasındaki fark yaklaşık %23,1'dir ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Test istatistiği $z=-2,01$; $p=0,022$). Yani PB'ye YAAB eşlik eden grupta daha fazla komorbid hastalık görülmektedir (Tablo 4.2.14).

Tablo 4.2-15 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Beck Depresyon Skoru İlişki

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)		
Eş Tanılı Depresyon			Mann Wihitney Z	p*
Var	22 (%55)	9 (%26,5)	3,889	<0,001
Yok	18 (%45)	25 (%63,5)		

BDÖ>17 Depresyon olarak değerlendirilmiştir. * Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB YAAB eşlik eden hastalarda komorbid depresyon görülme yüzdesi %55, YAAB eşlik etmeyen hastalarda ise yaklaşık %26,5'tur. Eş tanıılı MDB PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda (Medyan=18,00; ÇADG=18,00; Minimum=5,00; Maksimum=39,00) ile PB'ye YAAB eşlik etmeyen hastalar (Medyan=13,00; ÇADG=11,00; Minimum=0,00; Maksimum=46,00) ve bu dağılımlar arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann Whitney $z=3,889$; $p<0,001$). Buna göre PB'ye YAAB eşlik eden grupta komorbid depresyon daha sık görülmektedir (Tablo 4.2.15).

Tablo 4.2-16 Ailede Ruhsal Hastalık ile PB Şiddeti İlişkisi

		PBŞÖ Skoru		Mann Whitney Z	p*
Ailede Ruhsal Hastalık	Evet	Medyan	13,00	-3,44	p < 0,001
		Minimum	0,00		
		Maksimum	23,00		
		ÇADG	19,00		
	Hayır	Medyan	0,00		
		Minimum	0,00		
		Maksimum	23,00		
		ÇADG	14,50		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

Ailesinde ruhsal hastalık olanlar (Medyan=13,00; ÇADG=19; Minimum=0,00; Maksimum=23,00) ailesinde ruhsal hastalık olmayanlar (Medyan=0; ÇADG=14,50; Minimum=0,00; Maksimum=23,00) ile karşılaştırıldığında PB şiddeti daha yüksektir. Ailesinde ruhsal hastalık olanlar ile olmayanların PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlıdır (Mann Whitney $z=-3,44$; $p<0.001$) (Tablo 4.2.16).

Tablo 4.2-17 PB Hastalarında Komorbiditenin PB Şiddetine Etkisi

	Komorbid Hastalık yok	Komorbid Depreyon	Komorbid Agorafobi	Komorbid Sosyal fobi		
PB Şiddet Skoru					Kruskal Wallis H	p
Medyan	15,00	18,00	16,50	15,50	6,812	0,078
Minimum	8,00	11,00	8,00	14,00		
Maksimum	20,00	21,00	23,00	18,00		
ÇADG	7,00	3,00	8,00	3,25		

Komorbid hastalığı olmayan gruptaki PB hastaları (Medyan=15,00; ÇADG=7,00) ile komorbid MDB (Medyan=18,00; ÇADG=3,00), komorbid agorafobi (Medyan=16,50; ÇADG=8,00) ve komorbid SF'si (Medyan=15,50; ÇADG=3,25) olan PB hastaları PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları açısından karşılaştırılmıştır. PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Kruskal Wallis $H=6,812$; $p=0,078$). Bu bulgular ışığında komorbid hastalıklar ile PB şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.2.17).

Tablo 4.2-18 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi İle PB Şiddeti ve Hastalık Süresi İlişkisi

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)		
PB Şiddet Skoru			Mann Whitney Z	p*
Medyan	18,00	12,00	6,545	$p < 0,001$
Minimum	14,00	8,00		
Maksimum	23,00	23,00		
ÇADG	3,00	4,25		
Şimdiki Hastalık Süresi (ay)			Mann Whitney Z	p*
Medyan	8,00	5,00	0,643	0,520
Minimum	1,00	1,00		
Maksimum	144,00	156,00		
ÇADG	21,75	19,00		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB'ye YAAB eşlik eden grup (Medyan=18,00; ÇADG=3,00) ile PB'ye YAAB eşlik etmeyen grubun (Medyan=12,00; ÇADG =4,25) PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann Whitney z=6,545; p<0,001).

PB'ye YAAB eşlik eden grup (Medyan=8,00; ÇADG=21,75) ile PB'ye YAAB eşlik etmeyen grubun (Medyan=5,00; ÇADG =19,00) şimdiki hastalık süresi dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney z=0,643; p=0,520). Bu bulgular ışığında; PB'ye YAAB eşlik etmesi hastalık süresi üzerine etki etmemektedir (Tablo 4.2.18).

Tablo 4.2-19 PB'de Depresif ve Anksiyeteli Mizaçların PB Şiddeti ile İlişkisi

		PBŞÖ Skoru		Mann Whitney Z	p*
Depresif Mizaç	Var	Medyan	18,00	1,582	0,114
		Minimum	13,00		
		Maksimum	20,00		
		ÇADG	4,75		
	Yok	Medyan	16,00		
		Minimum	8,00		
		Maksimum	23,00		
		ÇADG	6,00		
				Student t	p
Endişeli Mizaç	Var	Medyan	17,50	1,358	0,089
		Minimum	10,00		
		Maksimum	20,00		
		ÇADG	4,75		
	Yok	Medyan	16,00		
		Minimum	8,00		
		Maksimum	23,00		
		ÇADG	6,50		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB hastalarında depresif mizaçlı olanlar (Medyan=18,00; ÇADG =4,75) ile depresif mizaçlı olamayanların (Medyan=16,00; ÇADG =6,00) PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney z=1,582; p=0,114). Buna göre depresif mizaçta olmak PB şiddetini artırmamaktadır.

PB hastalarında endişeli mizaçlı olanlar (Medyan=18,00; ÇADG =4,75) ile endişeli mizaçlı olamayanların (Medyan= 16,00; ÇADG =6,00) PB şiddet ölçeği toplam skor

dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir ($t=1,358$; $p=0,089$). Buna göre endişeli mizaçta olmak PB şiddetini artırmamaktadır (Tablo 4.2.19).

Tablo 4.2-20 PB'de Erken Yaşam Olaylarının PB Şiddetine Etkisi

		PBŞÖ Skoru		Mann Whitney Z	p*
Çocukluk Çağında Ebeveyn Kaybı	Evet	Medyan	17,00	-1,115	0,287
		Minimum	16,00		
		Maksimum	20,00		
		ÇADG	0,00		
	Hayır	Medyan	16,00		
		Minimum	8,00		
		Maksimum	23,00		
		ÇADG	7,00		
Çocukluk Çağında Ebeveynden 1 Aydan Uzun Süreli Ayrılık	Evet	Medyan	17,00	-1,496	0,135
		Minimum	8,00		
		Maksimum	21,00		
		ÇADG	5,00		
	Hayır	Medyan	15,00		
		Minimum	8,00		
		Maksimum	23,00		
		ÇADG	7,00		
Çocukluk Çağında Deprem, Kaza, Ciddi Maddi Kayıp	Evet	Medyan	13,00	1,007	0,314
		Minimum	8,00		
		Maksimum	20,00		
		ÇADG	10,00		
	Hayır	Medyan	16,00		
		Minimum	9,00		
		Maksimum	23,00		
		ÇADG	7,00		

* Tek Yönlü p değeri verilmiştir.

PB hastalarında çocukluk çağında ebeveyn kaybı olanlar (Medyan=17,00; ÇADG=0,00), ile olmayanların (Medyan=16,00; ÇADG =7,00) PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney $z=-1,115$; $p=0,287$). Buna göre çocuklukta ebeveyn kaybı olması PB şiddetini artırmamaktadır.

PB hastalarında çocukluk çağında ebeveynden 1 aydan uzun süren ayrılık yaşamış olanlar (Medyan=17,00; ÇADG =5,00), ile olamayanların (Medyan=15,00; ÇADG=7,00) PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney $z = -1,496$; $p=0,135$). Buna göre çocuklukta ebeveynden 1 aydan uzun süren ayrılık yaşanmış olması PB şiddetini artırmamaktadır.

PB hastalarında çocukluk çağında depresyon, kaza, ciddi maddi kayıp yaşamış olanlar (Medyan=13,00; ÇADG =10,00), ile olamayanların (Medyan=16,00; ÇADG =7,00) PB şiddet ölçeği toplam skor dağılımları arasındaki fark %95 güven düzeyinde anlamlı değildir (Mann Whitney $z = -1,007$; $p=0,314$). Buna göre çocuklukta depresyon, kaza, ciddi maddi kayıp yaşanmış olması PB şiddetini artırmamaktadır (Tablo 4.2.20).

Tablo 4.2-21 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile Anksiyete Skoru İlişkisi

		Beck Anksiyete Skoru		Student t	p
PB Eşlik Eden YAAB	Var	Ortanca Std. Sapma	42,8551 12,44514	-5,083	p < 0,001
	Yok	Ortanca Std. Sapma	25,5882 9,53818		

Beck anksiyete toplam skoru açısından PB'ye YAAB eşlik eden hastaların skor ortalaması 42,8551, PB'ye YAAB eşlik etmeyen hastaların skor ortalaması 25,5882'dir. Bu iki grup arasındaki yaklaşık 17,3 birimlik fark %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan önemlidir ($t = -5,083$; $p < 0,001$). Buna göre YAAB eşlik eden PB hastalarında anksiyete skoru daha yüksektir (Tablo 4.2.21).

Tablo 4.2-22 İlk PB Tanısı Yaşı İle Cinsiyet İlişkisi

	Kadın (n=51)	Erkek (n=23)			
İlk PB Tanı Yaşı			Yüzde Farkı	Z Skoru	p
0-40 yaş	39 (%76)	15 (%65)	%11	1,01	0,157
40-60 yaş	12 (%24)	8 (%35)			

PB tanısı alan hastaların 51 kadının 39'u (%76), 23 erkeğin 15'i (%65) 0-40 yaş arasında ilk PB tanısını almıştır. Kadınlarda ilk PB tanısını 0-40 yaş arasında alanlar ile erkeklerde ilk PB tanısını 0-40 yaş arasında alanlar arasındaki fark yaklaşık %11'dir ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Test istatistiği $z = 1,01$;

p=0,157). Buna göre, PB hastalarında cinsiyet ile ilk PB tanı yaşı arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.2.22).

Tablo 4.2-23 ÇAAB İle İlk PB Yaşı İlişkisi

	PB ÇAAB Eşlik Edenler (n=27)	PB ÇAAB Eşlik Etmeyen (n=47)		
İlk PB Tanı Yaşı			Pearson χ^2	p
0-40 yaş	21 (%77,8)	33 (%70,2)	0,498	0,481
40-60 yaş	6 (%22,2)	14 (%29,8)		

PB ÇAAB eşlik eden grubun ilk PB tanısını 0-40 yaş arasında alanların yüzdesi yaklaşık %77,8 ve PB ÇAAB eşlik etmeyen grubun ilk PB tanısını 0-40 yaş arasında alanların yüzdesi yaklaşık %70,2'dir. ÇAAB ile ilk PB tanısı alınan yaş grubu arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=0,498$; p=0,481). ÇAAB eşlik etmesiyle ilk PB tanısı alınan yaş arasında bir bağımlılık söz konusu değildir (Tablo 4.2.23).

Tablo 4.2-24 YAAB İle İlk PB Yaşı İlişkisi

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)		
İlk PB Tanı Yaşı			Pearson χ^2	p
0-40 yaş	32 (%80)	22 (%64,7)	2,180	0,140
41-60 yaş	8 (%20)	12 (%35,3)		

PB YAAB eşlik eden grupta ilk PB tanı yaşının 0-40 yaş aralığında görülme yüzdesi yaklaşık %80 YAAB eşlik etmeyen grupta ilk PB tanı yaşının 0-40 yaş aralığında görülme yüzdesi yaklaşık %64,7'tür. İki grup arasındaki fark yaklaşık %15,3'tür ve bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=2,180$; p=0,140). Bu bulgulara göre; PB'ye YAAB eşlik etmesinin hastalığın daha erken yaşta başlaması üzerine etkisi yoktur (Tablo 4.2.24).

Tablo 4.2-25 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi İle İşlevsellik Kaybı İlişkisi

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)	
Çalışmada İşlevsellik Kaybı			p
Hiç	0 (%0)	3 (%8,8)	p<0,001
Nadir	2 (%5)	15 (%44,1)	
Orta	15(%37,5)	15(%44,1)	
Şiddetli	21 (%52,5)	1 (%2,9)	
Aşırı Şiddetli	2(%5)	0 (%0)	
Toplumsal işlevsellik Kaybı			p
Hiç	0 (%0)	3 (%8,8)	p<0,001
Nadir	5(%12,5)	19 (%55,9)	
Orta	8(%20,0)	10(%29,4)	
Şiddetli	26(%65,0)	2 (%5,90)	
Aşırı Şiddetli	2,5(%2,50)	0(%0)	

PB YAAB eşlik eden hastaların çalışma işlevselliğinde şiddetli kayıp olanlar yaklaşık %52,5 YAAB eşlik etmeyenlerde ise %2,9'dur. PB'ye YAAB eşlik etmesi ile çalışma işlevselliğindeki kayıp arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=32,852$; $p<0,001$).

PB YAAB eşlik eden hastaların toplumsal işlevselliğinde şiddetli kayıp olanlar yaklaşık %65, YAAB eşlik etmeyenlerde ise %5,9'dur. PB'ye YAAB eşlik etmesi ile toplumsal işlevsellikteki kayıp arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=32,689$; $p<0,001$). Buna göre; PB'ye YAAB eşlik ettiğinde çalışma ve toplumsal işlevsellikte kayıp daha fazladır (Tablo 4.2.25).

Tablo 4.2-26 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi İle Cinsiyet İlişkisi

	Kadın (n=51)	Erkek (n=23)		
PB'ye Eşlik Eden YAAB			Pearson χ^2	p
Var	31 (%60,7)	9 (%39,1)	2,993	0,084
Yok	20 (%39,3)	14 (%60,9)		

Kadınlarda PB'ye YAAB eşlik etme yüzdesi yaklaşık %60,7, erkeklerde ise yaklaşık %39,1'dir. PB'ye YAAB eşlik etmesi ile cinsiyet arasındaki bağımlılık %95

güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Pearson $\chi^2=2,993$; $p=0,084$) (Tablo 4.2.26).

Tablo 4.2-27 Kontrol Grubunda YAAB İle Cinsiyet İlişkisi

	Kadın (n=51)	Erkek (n=23)		
Kontrol Grubu YAAB			Genelleştirilmiş Fisher Exact	p
Var	6 (%13,3)	2(%9,5)	-	0,521
Yok	45 (%86,7)	21(%90,5)		

Kontrol grubundaki kadınlarda YAAB yüzdesi yaklaşık %13,3, erkeklerde ise yaklaşık %9,5'tir. YAAB ile cinsiyet arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Fisher's Exact $p=0,521$) (Tablo 4.2.27). Cinsiyet ile YAAB arasında ilişki saptanamamıştır.

Tablo 4.2-28 Katılımcılarda ÇAAB Sıklığı

	Tanı (n=74)	Kontrol (n=74)				
ÇAAB			Yüzde Farkı	OR	Pearson χ^2	p
Var	27 (%36,5)	8 (%10,8)	%25,7	4,739	13,509	$p<0,001$
Yok	47 (%63,5)	66 (%89,2)				

PB hastalarında ÇAAB görülme yüzdesi yaklaşık %36,5, kontrol grubunda ise yaklaşık %10,8'dir. İki grup arasındaki fark yaklaşık %25,7'dir ÇAAB ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=13,509$; $p<0,001$). Ayrıca ÇAAB olanlarda PB riski 4,739 kat yüksektir ve bu risk %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlıdır (%95CI:1,979-11,348) (Tablo 4.2.28).

Tablo 4.2-29 PB'ye YAAB Eşlik Etmesi ile ÇAAB İlişkisi

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)			
ÇAAB			OR	Pearson χ^2	p
Var	22 (%55)	5 (%14,7)	7,089	12,876	$p<0,001$
Yok	18 (%45)	29 (%85,3)			

PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda ÇAAB görülme yüzdesi yaklaşık %55, PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerde ise yaklaşık %14,7'dir. İki grup arasındaki fark yaklaşık %40,3'tür. ÇAAB ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=12,876$; $p<0,001$). Ayrıca ÇAAB

olanlarda PB'ye YAAB eşlik etme riski 7,089 (%95CI:2,278-22,060) kat daha fazladır ve bu risk %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 4.2.29).

Tablo 4.2-30 Katılımcılarda ÇAAB Dağılımı

	ÇAAB + (n=35)	ÇAAB - (n=113)		
PB'ye eşlik eden YAAB			Pearson χ^2	p
Var	22 (%62,9)	18 (%15,9)	12,876	p<0,001
Yok	5 (%14,3)	29 (%25,6)		
Kontrol grubu YAAB			Genelleştirilmiş Fisher Exact	p
Var	3 (%8,5)	5 (%4,4)	-	0,037
Yok	5 (%14,3)	61 (%54,1)		

ÇAAB olan hastaların %77,2'sinde PB saptanmıştır ve bunların %62,9'unda PB'ye YAAB eşlik etmektedir. ÇAAB olmayanlarda ise yaklaşık %41,5 PB saptanmıştır ve bunların %15,9'unda PB'ye YAAB eşlik etmektedir. Buna göre ÇAAB olanlar ile ÇAAB olmayanların PB yüzdeleri arasındaki fark %35,7'dir. Ayrıca ÇAAB olanlar ile ÇAAB olmayanların PB'ye YAAB eşlik edenlerinin yüzdeleri arasındaki fark yaklaşık %47'dir. PB'ye YAAB eşlik etmesi ile ÇAAB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=12,876$; p<0,001). Kontrol grubunda ise ÇAAB olanların %8,5'inde YAAB vardır ve ÇAAB olmayanların %4,4'ünde YAAB saptanmıştır. Kontrol grubunda ÇAAB olanlar ile olmayanlarda YAAB görülme yüzdesi arasındaki fark yaklaşık %4,1'dir. Bu fark %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Fisher's Exact p=0,037) (Tablo 4.2.30).

Tablo 4.2-31 Katılımcıların ÇAAB Sıklığı

	PB YAAB eşlik eden (n=40)	PB YAAB eşlik etmeyen (n=34)	Kontrol YAAB + (n=8)	Kontrol YAAB - (n=66)
ÇAAB				
Var	22 (%55,0)	5 (%14,7)	3 (%37,5)	5 (%7,6)
Yok	18 (%45,0)	29 (%85,3)	5 (%62,5)	61 (%92,4)

PB'ye YAAB eşlik eden hastaların %55'inde ÇAAB saptanmıştır. PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta ise ÇAAB %14,7'dir. Kontrol grubunda YAAB olanların yaklaşık %37,5'inde ÇAAB saptanmıştır. Kontrol grubunda YAAB olmayan grupta ise ÇAAB

yaklaşık %7,6'dır. YAAB ile ÇAAB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=13,509$; $p<0,001$) (Tablo 4.2.31).

Tablo 4.2-32 PB Eşlik Eden YAAB Sıklığı

	Tanı (n=74)	Kontrol (n=74)				
YAAB			Yüzde Farkı	OR	Pearson χ^2	p
Var	40 (%54,1)	8 (%10,8)	%43,3	9,706	31,573	p<0,001
Yok	34 (%45,9)	66 (%90,2)				

PB hastalarında YAAB yüzdesi yaklaşık %54, kontrol grubunda ise yaklaşık %10,8'dir. İki grup arasında YAAB bulunması arasındaki fark %43,3'dir. YAAB bulunması ile PB arasındaki bağımlılık %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (Pearson $\chi^2=31,573$; $p<0,001$). Ayrıca PB olanlarda PB olmayanlara göre YAAB görülme riski 9,706 kat yüksektir ve bu risk %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlıdır (%95CI:4,089-23,041) (Tablo 4.2.32)

Tablo 4.2-33 PB Hastaları ile Kontrol Grubu Arasında Bulunan Anlamlı Farklılıklar

	Tanı Grubu (n=74)	Kontrol Grubu (n=74)			
Çalışma Durumu			Cramer's V	Pearson χ^2	p
Hiç Çalışmamış	21 (%28,4)	5 (%6,80)	%28,5	11,996	0,002
Halen Çalışıyor, Emekli	49 (%66,2)	63 (%85,1)			
Öğrenci	4 (%5,40)	6 (%8,10)			
Gelir Düzeyi			Cramer's V	Pearson χ^2	p
0-2000TL	23 (%31,1)	22 (%29,7)	%20,3	6,091	0,048
2000-4000TL	31 (%41,9)	19 (%25,7)			
4000 ve üzeri	20 (%27,0)	33 (%44,6)			
Ailede Ruhsal Hastalık			Yüzde farkı	Z skoru	p
Var	31 (%41,8)	12 (%16,2)	%25,6	-3,44	p<0,001
Yok	43 (%58,2)	62 (%83,8)			
Ebeveyn Ayrı Kalma			OR	Pearson χ^2	p
Var	35 (%47,3)	22 (%29,7)	2,121	4,822	0,028
Yok	39 (%52,7)	52 (%70,3)			
Depresif Mizaç				Mann Whitney Z	p*
Var	6(%8,1)	0 (%0)	-	5,257	p<0,001
Yok	68(%71,9)	74(%100)			
Siklotimik Mizaç				Mann Whitney Z	p*
Var	1(%1,4)	1 (%1,4)	-	5,802	p<0,001
Yok	73 (%98,6)	73(%98,6)			
Sinirli Mizaç				Mann Whitney Z	p*
Var	4 (%5,4)	0(%0)	-	3,952	p<0,001
Yok	70(%94,6)	74 (%100)			

Endişeli Mizaç				Pearson χ^2	
Var	16 (%21,6)	1(%1,4)	%20,2	14,953	p<0,001
Yok	58 (%78,4)	73(%98,6)			
Duygusal İstismar			Yüzde farkı	Z skoru	p
Var	32 (%43,2)	14 (%18,9)	%24,3	-3,20	0,001
Yok	42 (%56,8)	60 (%81,1)			
Cinsel İstismar				Mann Whitney Z	p*
Var	74 (%100)	74 (%100)	-	2,879	0,004
Yok	0 (%0)	0 (%0)			
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam			Yüzde farkı	Z skoru	p
Var	35 (%47,3)	24 (%32,4)	%14,9	-1,85	0,032
Yok	39 (%52,7)	50 (%67,6)			
ÇAAB			OR	Pearson χ^2	p
Var	27 (%36,5)	8 (%10,8)	4,739	13,509	p<0,001
Yok	47 (%63,5)	66 (%89,2)			
YAAB			OR	Pearson χ^2	p
Var	40 (%54,1)	8 (%10,8)	9,706	31,573	p<0,001
Yok	34 (%45,9)	66 (%90,2)			

PB hastalarının %54,1'inde, kontrol grubunun ise %10,8'inde YAAB bulunmuştur. ÇAAB pür PB riskini yaklaşık 4,7 kat, PB'ye YAAB eşlik etme riskini ise 9,7 kat arttırmaktadır. Çalışmıyor olma ile PB arasında pozitif yönde % 28,5'lik bir ilişki söz konusudur. Düşük gelir düzeyi ile PB arasında %20,3'lük pozitif yönde bir ilişki vardır. Ailesinde ruhsal hastalık olanların oranı PB hastalarında %25,6 daha fazladır. Çocuklukta ebeveyninden ayrı kalma PB riskini 2,121 kat arttırmaktadır. Depresif, siklotimik ve sinirli mizaç özellikleri PB hastalarında daha fazladır. Ayrıca baskın endişeli mizaç PB hastalarında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları PB hastalarında anlamlı olarak daha yüksektir. Cinsel ve duygusal istismar ile PB arasında bağımlılık saptanmıştır (Tablo 4.2.33).

Tablo 4.2.34 PB'ye YAAB Eşlik Edenler ile Etmeyenler Arasında Bulunan Anlamlı Farklılıklar

	PB YAAB Eşlik Eden (n=40)	PB YAAB Eşlik Etmeyen (n=34)			
Ebeveynden Ayrı Kalma			Yüzde Farkı	Z Skoru	p
Var	23 (%57,5)	12 (%35,3)	%22,2	-1,91	0,028
Yok	17 (%42,5)	28 (%64,7)			
Siklotimik Mizaç				Mann Whitney Z	p*
Var	1(%2,5)	0 (%0)	-	2,601	0,009
Yok	39 (%97,5)	34 (%100)			
Endişeli Mizaç			OR	Pearson χ^2	p
Var	13 (%32,5)	3(%8,8)	4,975	6,079	0,014
Yok	27 (%67,5)	31(%91,2)			
Eş Tanılı Ruhsal Hastalık			Yüzde Farkı	Z skoru	p
Var	21 (%52,5)	10 (%29,4)	%23,1	-2,01	0,022
Yok	19 (%47,5)	24 (%70,6)			
Eş Tanılı Depresyon				Mann Whitney Z	p*
Var	22 (%55)	9 (%26,5)		3,889	<0,001
Yok	18 (%45)	25 (%63,5)			
ÇAAB			OR	Pearson χ^2	p
Var	22 (%55)	5 (%14,7)	7,089	12,876	p<0,001
Yok	18 (%45)	29 (%85,3)			
Çalışmada İşlevsellik Kaybı				Pearson χ^2	p
Hiç Yok	0 (%0)	3 (%8,8)		32,852	p<0,001
Şiddetli Var	21 (%52,5)	1 (%2,9)			
Toplumsal İşlevsellik Kaybı				Pearson χ^2	p
Hiç Yok	0 (%0)	3 (%8,8)		32,689	p<0,001
Şiddetli Var	26 (%65)	2 (%5,9)			

PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda ÇAAB %55, pür PB hastalarında ise %14,7'dir. ÇAAB PB'ye YAAB eşlik etme riskini yaklaşık 7 kat arttırmaktadır. Çocukluk döneminde ebeveynden ayrı kalma ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında bağımlılık vardır. Siklotimik mizaç özellikleri ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında ilişki vardır. Baskın endişeli mizaç PB'ye YAAB eşlik etme riskini yaklaşık 5 kat arttırmaktadır. PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda eş tanıli ruhsal hastalıklar %23,1 daha sık görülmektedir. PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda eş tanıli depresyon %55, pür PB hastalarında ise %26,5'tir. Eş tanıli depresyon ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasında bağımlılık söz konusudur. PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda pür PB hastaları ile karşılaştırıldığında işlevsellik kaybı ile YAAB eşlik etmesi arasında bağımlılık saptanmıştır (Tablo 4.2.34).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, YAAB eşlik eden ve eşlik etmeyen PB hastalarını sosyodemografik veriler, çocukluk çağı travmaları, erken yaşam olayları, bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri, eş tanımlı ruhsal hastalıklar açısından karşılaştırmak ve PB hastalarını sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslayarak olası etiyolojik farklılıkları ortaya koymaktır.

5.1 PB Hastaları ile Kontrol Grubu Bulgularının Tartışılması

PB'nin kadınlarda yaklaşık 2-3 kat fazla görüldüğü birçok çalışmada gösterilmiştir [49, 52, 53]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada PB tanısı alan hastaların %62'sinin kadın olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda da PB'nin kadınlarda yaklaşık 2,5 kat fazla olduğu gösterilmiştir [57]. Yürütülen birçok çalışma PB'nin eğitim, etnik ve sosyal durumla bağlantılı olmadığını fakat boşanma ve ayrılık ile PB riskinin arttığını göstermiştir [56, 58]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise PB hastalarının %80'inin evli olduğu saptanmıştır [54]. Diğer bir çalışmada ise evli olmayanlarda (dul, bekâr, ayrı yaşayanlar, boşanmış) PB riskinin evlilere göre 2 kat arttığı gösterilmiştir [59].

Aile ve ikiz çalışmalarında, PB'de %40 oranında genetik faktörlerin etkili olduğu belirlenmiş ve PB hastalarının akrabalarında PB'nin yaşam boyu yaygınlığının artmış olduğu gösterilmiştir [40, 64, 65]. Etiyolojik araştırmalarda PB hastalarının birinci ve ikinci derece akrabalarında 4-10 kat daha sık PB bulunduğu saptanmıştır [61, 62].

Çalışmamızda ise PB hastalarının %68,9'u kadın, %31,1'i erkektir. Örneklemimizde kadın/erkek oranı yaklaşık 2 olarak bulunmuştur ve bu bulgumuz literatür ile uyumludur. Çalışmamızda eğitim düzeyi ve medeni durum ile PB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. PB hastaları ve kontrol grubu eğitim düzeyi ve yaş açısından diğer etiyolojik faktörlerin daha net ortaya konabilmesi için eşleştirildiği için de fark saptanamamış olabilir.

Çalışmamızda PB hastalarının %71,6'sı, kontrol grubunun %74,3'ü evli bireylerden oluşmaktadır ve medeni durum ile PB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ülkemizde boşanma Batı toplumlarına nazaran sosyokültürel özellikler nedeniyle daha az görülmektedir. Ayrıca çoğunlukla toplum baskısı, damgalanma, eşe maddi bağımlılık gibi

nedenlerle yolunda gitmeyen evliliğin sürdürülmesi de bir stresör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu PB hastalarında medeni durum açısından bir farklılık bulunmamasını açıklayabilir. Bu nedenle evlilik içi çatışmalar, boşanmanın önündeki sosyokültürel ve psikolojik engeller, hastaların iç çatışmaları ile PB arasındaki ilişki ilerleyen çalışmalarda ele alındığında toplumumuzda anlamlı ilişkilerin saptanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, çalışmıyor olma (CI:%95; p=0,002) ve düşük gelir düzeyi (CI:%95; p=0,048) ile PB arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, toplumumuzda işsizlik ve fakirliğin önemli bir stresör olduğu düşünülürse beklenen bir bulgudur. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar daha çok gelişmiş ülkelerin verilerini sunduğu için işsizlik ve fakirliğin daha düşük oranlarda görülmesi nedeniyle o toplumlarda risk etkeni olarak saptanmamış olabilir. Dolayısı ile bu bulgu ülkemizin sosyoekonomik koşullarından dolayı risk etkeni olarak çalışmamızda etiyolojik bir etken olarak saptanmış olabilir.

Çalışmamızda PB hastalarının yakınlarında ruhsal hastalık yaklaşık %41,8, kontrol grubunda ise %16,2 bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir (CI:%95; p<0,001). PB şimdiye kadar genetik geçişi üzerinde en çok durulan kaygı bozukluğudur ve bu nedenle genetik etkenlere bağlı olarak kümelenildiği düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda, PB hastalarının ailesinde ruhsal hastalık olanların 1. derece yakınlarında ruhsal hastalık görülme yüzdesi yaklaşık %74,2, 2. derece yakınlarında ise yaklaşık %25,8 olduğu gösterilmiştir ve kontrol grubunun yüzdeleri ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Daha büyük örneklemle yapılan çalışmalarda gösterilen bu fark, çalışmamızın örneklem sayısının daha az olması nedeniyle gösterilememiş olabilir.

Çalışmamızın diğer bir önemli bulgusu ise ailesinde ruhsal hastalık olan PB hastalarının PB şiddeti daha yüksek olması ve bunun istatistiksel olarak anlamlı bulunmasıdır. Bu bulgu PB hastalarının ailede ruhsal hastalık öyküsünün ayrıntılı olarak anamnezde ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca hastalığın şiddetini etkileyen faktörler içerisinde genetik riski değerlendirmek için bir gösterge olabileceği düşünülebilir.

Freud döneminden bu yana yapılan birçok araştırmada PB hastalarında erken dönemde ebeveyninden ayrı kalma veya ebeveyn kaybı erken yaşam olaylarının ve yaşamdaki stres kaynaklarının başta PB olmak üzere birçok kaygı bozukluğuyla ilişkili

olabileceği öne sürülmüştür [84, 85, 87-89]. Çalışmamızda, ebeveyn kaybı, çocukluk döneminde deprem, kaza, maddi kayıp ve ebeveyninden ayrı kalma gibi erken yaşam olayları ele alınmıştır.

Çalışmamızda PB hastalarının %4'ünün çocuklarında ebeveyn kaybı, %20'sinin çocukluklarında deprem, kaza, maddi kayıp, %47,3'ünün çocukluklarında ebeveyninden 1 aydan uzun süreyle ayrılık yaşadığı bulunmuştur. Bu erken yaşam olayları arasından çocukluk döneminde 1 aydan uzun süreyle ebeveyninden ayrı kalma ile PB arasında ilişki olduğu (CI:%95; p=0,028) ve PB riskini yaklaşık 2 kat arttırdığı saptanmıştır (%95CI:1,079-4,170). Erken dönemde ebeveynlerinden ayrı kalan bireylerde bağlanma kaygısı gelişmesiyle ve PB başta olmak üzere tüm kaygı bozukluklarına yatkın hale geldikleri düşünülmektedir. Çalışmamızda, PB ebeveyn kaybı ile PB arasında ki ilişki örneklemin yeterisiz olması nedeniyle gösterilememiştir. Daha geniş örneklemlerle çalışmalarla ebeveyn kaybı ile PB arasındaki ilişkinin gösterilmesi mümkün gibi görünmektedir.

Epidemiyolojik araştırmalarla, çocukluk çağı istismarı ile kaygı bozukluğunun gelişimi arasındaki ilişki desteklenmektedir. Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı istismarı, PB gelişimi için bir risk etmeni olarak gösterilmiştir ve PB hastalarında %13-%54 arasında çocukluk çağı istismarı öyküsü bildirilmiştir [71]. Yapılan araştırmalarda, yetişkin PB ve/veya agorafobik hastaların %40–60'ında çocukluğun erken dönemlerinde cinsel veya fiziksel istismar öyküsü bulunmuştur [21]. Çalışmamızda, PB hastalarının %47,3'ünde çocukluk çağı travması tespit edilmiştir. Duygusal istismar %43,2, duygusal ihmal %33,8, fiziksel istismar %100, fiziksel ihmal %51,4, cinsel istismar %100 olarak saptanmıştır.

PB ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (CI:%95; p=0,032). Çocukluk çağı travmalarından duygusal (CI:%95; p=0,001) ve cinsel istismar (CI:%95; p=0,004) ile PB arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular ışığında; PB etiolojisinde çocukluk çağı travmalarının, özellikle de duygusal ve cinsel istismarın yer aldığı söylenebilir. Çocuklukta yaşanan duygusal ve cinsel istismar bağlanmayı bozarak, temel güven duygusunun ve bireyselleşmenin gelişmesini engelleyerek, dış dünya tasarımına ve bilişsel değerlendirme süreçlerine zarar vererek psikopatolojiye yatkınlık sağlıyor olabilir.

Kaygı bozukluklarında afektif mizaç farklılıklarını inceleyen bir çalışmada PB’de baskın depresif mizaç %11,9 ve baskın endişeli mizaç %31 oranlarında tespit edilmiştir. Bu çalışma Savino ve arkadaşlarının 1993 yılında yaptıkları çalışma ve Ergil’in 2006 yılında yaptığı tez çalışması da benzer olarak sonuçlara sahiptir [32, 33, 255].

Çalışmamızda PB hastalarında baskın depresif mizaç %8,1, baskın siklotimik mizaç %1,4, baskın sınırlı mizaç %5,4, baskın endişeli mizaç %21,6 olarak bulunmuştur. Baskın endişeli (CI:%95; $p<0,001$) mizaç ile PB arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgulara göre, baskın endişeli mizaca sahip kişilerde PB riskinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmamızın sonuçlarına göre; baskın depresif, sınırlı ve siklotimik mizaçlar açısından fark saptanamamıştır ancak PB hastaları depresif (CI:%95; $p<0,001$), sınırlı (CI:%95; $p<0,001$) ve siklotimik (CI:%95; $p<0,001$) mizaç özelliklerini de sağlıklı bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla taşımaktadır.

Bu bulgular, literatürde de daha önce belirtildiği gibi uçlarda yer alan mizaç özelliklerinin psikopatolojiye yatkınlık yarattığı, dış dünya tasarımını etkileyerek bilişsel süreçlerdeki değişkenliğe katkı sağladığı fikri tarafından desteklenmektedir [249]. PB ve OKB hastalarını mizaç özellikleri açısından karşılaştıran bir çalışmada ise hipertimik mizaç özellikleri PB hastalarında daha yüksek saptanmakla birlikte baskın hipertimik mizaç hiç saptanmamıştır [32]. Çalışmamızda baskın hipertimik mizaç ve hipertimik mizaç özellikleri açısından PB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında bir farklılık bulunmamıştır. Baskın hipertimik mizacın hiç saptanmamış olması literatür tarafından desteklenmektedir.

Günümüze kadar yapılan birçok çalışmada, ÇAAB ile yetişkin PB arasındaki ilişki gösterilmiştir [14]. Ayrıca bu çalışmalarda ÇAAB’nin bulunmasının yetişkinlikte PB oluşumu riskini artırdığına dair kanıtlar bulunmuştur ve bu bulgu sonraki çalışmalarla da desteklenmiştir [15, 16]. Bazı çalışmalar ise ÇAAB’nin yetişkinlikte PB dışında birçok farklı kaygı bozukluğu için de risk artışına sebep olduğunu öne sürmüştür [17]. ÇAAB olması yetişkinlikte PB’nin erken başlangıçlı olarak ortaya çıkmasını yordayan önemli bir faktör olarak gösterilmiştir [23]. Çalışmamızda PB hastalarının %36,5’inde ÇAAB saptanmıştır (CI:%95; $p<0,001$) ve ÇAAB olanlarda PB riskinin yaklaşık 4,7 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (%95CI:1,979-11,348). Ayrıca ilk PB başlangıç yaşı açısından ÇAAB olan hastalar ile olmayanlar karşılaştırıldığında PB başlangıç yaşı ile ÇAAB arasında ilişki saptanamamıştır. Bu bulgumuz, PB hastalarının ilk hastalık tanısını alana

kadar genellikle diğler dahili branşlara başvurması, psikiyatri polikliniğine ulaşmasının bazen uzun süreler alması ve hastaların hastalığı inkarının uzun sürmesi nedeniyle olabilir.

5.2 PB'ye YAAB Eşlik Eden ve YAAB Eşlik Etmeyen Hastaların Bulgularının Tartışılması

ABD'de Ulusal Eş Tanı Araştırma ve Veri Toplama Merkezi (NCS-R) tarafından yapılan çalışmada, YAAB'nin yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6 olarak bulunmuş ve 1/3 oranında çocuklukta başlayıp yetişkinlikte devam ettiği, 2/3 oranında yetişkinlikte başladığı gösterilmiştir. Sonuç olarak; AAB'nin ilk yetişkinlikte başladığına dair birçok kanıt vardır ve klinik çalışmalarda %25-50 arasında değişmekle birlikte toplum tabanlı çalışmalarda %75 civarında yetişkinlikte başladığı bulunmuştur [12, 263, 269].

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunda YAAB sıklığı yaklaşık %10,8'dir. YAAB olanların %37,5'inde ÇAAB saptanmıştır. Yani AAB %62,5 oranında yetişkinlik döneminde başlamıştır. YAAB'nin çalışmamızın kontrol grubunda önceki çalışmalardan daha sık saptanmasının sebepleri; daha önceki çalışmaların genellikle Batı toplumlarında yapılmış olması ve Türkiye'de yapılan YAAB'nin toplum sıklığını araştıran bir çalışmanın henüz olmaması nedeniyle sosyokültürel farklılıklar bilinmemektedir. Bu nedenle; toplumlar arasında ki sosyokültürel farklılıkların YAAB sıklığına etkisi tam olarak bilinmemektedir. Örneğin; birbirine güçlü bağlarla bağlı olan, akrabalığın ve topluluğun daha önemli olduğu kolektivist yapıdaki toplumlarda; bireyselliğin daha önemli olduğu ve benlik farklılaşmasının daha yüksek olduğu bireyci toplumlardan daha sık AAB görülmesi şaşırtıcı değildir. Ülkemizde büyük oranda kolektivist yapıda bir topluma sahiptir. Bu nedenle çalışmamızda YAAB sağlıklı kontrol grubunda daha sık saptanmış olabilir ancak daha net sonuçlar için ülkemizde yapılacak toplum tarama çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Toplum taramalarında YAAB tanısının kadınlarda 1.4 kat, anksiyete kliniklerinde ise 2-3 kat fazla olduğu gösterilmiştir [126]. Yapılan klinik çalışmalarda kadınlarda YAAB'nin daha sık diğler ruhsal hastalıklara eşlik ettiği ileri sürülmüş ve yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ilk PB tanı yaşı ile YAAB arasında bir ilişki gösterilememiştir [126, 164]. Diğler bir çalışmada ise ÇAAB kadınlarda daha sık rapor edilmiş ancak YAAB ile kadın cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [269]. Çalışmamızda PB'ye YAAB eşlik edenlerin %77,5'i kadın, %22,5'i erkektir. PB'ye YAAB eşlik eden hastaların yaklaşık kadın/erkek oranı 3'tür. Ancak kadınlarda PB'ye

YAAB eşlik edenler yaklaşık %60,8, erkeklerde ise bu oran yaklaşık %39,1'dir. İki grup arasında ki fark yaklaşık %21,7'dir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu açısından PB'ye YAAB eşlik edenler ile eşlik etmeyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ve ilk PB tanı yaşının daha erken olması hariç bu bulgularımız literatür ile uyumludur. PB ile kontrol grubunu benzer yönlerden karşılaştırdığımızda çalışmıyor olma ve düşük gelir düzeyi açısından anlamlı bir fark elde ettiğimiz düşünüldüğünde bu etkenlerin PB etiyolojisinde rol oynadığı ancak PB'ye YAAB eşlik etmesini yordamadığı söylenebilir.

Erken dönem ebeveyn kaybı, özellikle ilgisizlik ve bakımda aksamalar ile gidiyorsa kişinin yetişkin yaşamda zorluklar ile karşılaştığında MDB, PB, AAB, sınır kişilik bozukluğuna daha yatkın hale geldiği uzun yıllardır bilinmektedir [84]. PB'de erken dönem yaşam olaylarının araştırıldığı çalışmalarda, hastaların %25-50'sinde çocukluk döneminde ebeveynlerinden uzun süreli ayrı kaldıkları gösterilmiştir ve ebeveyn uzun süre ayrı kalmanın tüm kaygı bozukluklarına sebep olduğu öne sürülmüştür [18, 19]. Çocukluk ve yetişkinlik döneminde sevilen birinin kaybı, ayrılık yaşantıları, maddi kayıp, ciddi sağlık sorunları, aile ve arkadaş ilişkilerinde problemler gibi yaşanan maddi ve manevi sorunların değişik ölçülerde kaygı bozukluklarına yol açabileceği şimdiye kadar yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [269].

Çalışmamızda PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda çocukluğunda ebeveyn kaybı yaşayanların yüzdesinin yaklaşık %7,5 olması, PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta ise hiç olmaması dikkat çekicidir. Ancak bir grupta hiç ebeveyn kaybı bulunmaması nedeniyle istatistiksel olarak değerlendirilmesi mümkün olmamıştır. Klinik deneyimler ve yapılan çalışmalar, ebeveyn kaybının özellikle kaygı bozuklukları başta olmak üzere birçok psikopatolojiye yol açtığını göstermiştir. Ebeveyn kaybı ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasındaki ilişkinin tanımlanabilmesi için örneklem sayısı daha geniş olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocukluk döneminde 1 aydan daha uzun süreyle ebeveyninden ayrı kalma PB'ye YAAB'nin eşlik ettiği hastalarda yaklaşık %57,5 iken YAAB'nin eşlik etmediği hastalarda yaklaşık %35,3 bulunmuştur. Ebeveyninden 1 aydan uzun süreyle çocuklukta ayrı kalma ile PB'ye YAAB eşlik etmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (CI:%95; p=0,028). Yani çocukluk döneminde 1 aydan daha uzun süre

ebeveynlerinden ayrı kalan bireylerde hem PB riski hem de YAAB eşlik etme riski belirgin olarak artmaktadır.

Çalışmamızda çocukluk döneminde maddi kayıp, depresyon, kaza açısından PB'ye YAAB eşlik eden hastalar ile YAAB eşlik etmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çocukluk döneminde ciddi maddi kayıp, depresyon, kaza gibi erken yaşam olaylarının kaygı bozukluğu, MDB, PTSS başta olmak üzere birçok psikopatolojiye sebep olduğu bilinen bir gerçektir. Çalışmamızda bu erken dönem yaşam olayları ile PB'ye YAAB eşlik etmesi açısından anlamlı bir farklılık bulunamamasının sebebi bu olayların değerlendirilmesinde, dile getirilmesinde, dışa vurulmasında yaşanan zorluklar nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca sıklıkla bastırma, yer değiştirme hatta inkâr gibi savunma mekanizmaları kullanılarak bu olaylar hiç yaşanmamış gibi kabul ediliyor olabilir. Sosyokültürel nedenlerle ülkemizde çocuklukta ki erken yaşam olayları tam olarak işlenememektedir. Genellikle 'çocuktur unuttur', 'çocukların yanında konuşulmaz', 'çocuktur anlamaz' gibi yaklaşımlarla çocukların konudan uzak tutulması, zaten dile getirilmesi çok zor olan bu yaşantıların bastırılmasına ve bir daha hatırlanmamak üzere bilinçdışı atılmasına sebep oluyor olabilir. Dolayısıyla ankette yer alan soruları cevaplarken hastaların hatırlayamamaları ile ilgili bir yanlılık nedeniyle bu ilişki saptanamamış olabilir. Erken yaşam olayları sonrası gelişen psikopatolojileri ayırt edebilmek için uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Travma, bireyin bedensel bütünlüğünü tehdit eden veya ruhsal, bedensel bütünlüğüne zarar veren yaşantılar olarak tanımlanmaktadır [219]. Travmanın etkilerinin kalıcı hale gelmesi, bireyin kişisel özellikleri kadar yaşadığı toplumsal çevrenin travmaya verdiği tepkilere de bağlıdır. Yaşanan travmanın şiddeti, örselenen bireyin yaşı, benlik gücü, aile ve çevre koşulları travmatik yaşantıların etkilerinin kalıcı olmasına sebep olur [220]. PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda çocukluk çağı travmalarının değerlendirildiği bir çalışmaya literatürde ulaşılamamıştır. Ancak yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları birçok ruhsal hastalık için risk faktörü olarak tanımlanmıştır.

Çalışmamızda PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda çocukluk çağı travmaları yaklaşık %47,5, PB'ye YAAB eşlik etmeyen hastalarda ise yaklaşık %47,1'dir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çocukluk çağı travmaları, PB için bir risk etkeni olarak tanımlanmış ancak PB'ye YAAB eşlik etmesiyle çocukluk çağı travmaları arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda PB için risk etkeni olarak

bulduğumuz duygusal ve cinsel istismarın da PB'ye YAAB eşlik etmesiyle ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgular ışığında; çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın, duygusal veya cinsel istismara uğramış olmanın PB'ye YAAB eşlik etmesine etkisi bulunamamıştır ancak PB riskini belirgin olarak artırmaktadır.

Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen kişinin davranış örüntüleri ve bağlanma stili üzerine etki eden yapısal özellikler olarak tanımlanmıştır [237]. Yeni doğan döneminden itibaren zor mizaç özellikleri duygusal ve fiziksel ihmal ile bağlantılı bulunmuştur [30]. Birçok çalışmada kaygı bozuklukları ve mizaç ilişkisi ele alınmıştır. Bu çalışmaların birçoğunda zarardan kaçınma puanları PB hastalarında anlamlı olarak kontrol grubundan daha yüksek saptanmıştır [252, 254, 270]. Kaygı bozukluklarında afektif mizaç farklılıklarını inceleyen diğer bir çalışmada PB'de baskın depresif %11,9 ve baskın endişeli mizaç %31 oranlarında saptanmış ve sonrasında yapılan diğer bir çalışmada hipertimik mizaç ile ilgili anlamlı sonuçlar elde edilmiştir [32, 33, 255]. Ancak PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda mizaç özelliklerini ele alan bir çalışmaya literatürde ulaşamamıştır.

Çalışmamızda ise PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda endişeli mizaç %32,5, depresif mizaç %10, siklotimik mizaç %2,5, sinirli mizaç %10 olarak saptanmış, hipertimik mizaç hiç saptanmamıştır ve bulgularımız büyük ölçüde literatür tarafından desteklenmektedir. Ayrıca PB'ye YAAB eşlik etmeyen hastalarda endişeli mizaç %8,8, depresif mizaç %5,9 olarak saptanmıştır ve siklotimik, sinirli, hipertimik mizaç hiç saptanmamıştır.

Çalışmamızda baskın endişeli mizaç PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (CI:%95;p=0,014). Ayrıca baskın endişeli mizaca sahip olanlarda PB'ye YAAB eşlik etme riskinin 4,9 kat (%95CI:1,280-19,332) artmakta olduğu gösterilmiştir. Baskın siklotimik mizaç açısından anlamlı bir bulgu saptanamamış olmasına rağmen, siklotimik mizaç özelliklerinin PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (CI:%95;p=0,009). Baskın endişeli mizaç hem PB riskini hem de PB'ye YAAB eşlik etme riskini artırmaktadır ancak depresif mizaç özellikleri sadece PB riskini artırmaktadır. Depresif mizaç özellikleri ile PB arasında gösterilen ilişki net olup YAAB eşlik etmesi için risk etkeni gibi gözükmemekte; siklotimik mizaç özelliklerine sahip olan hastalarda da hem PB hem de PB'ye YAAB eşlik etme riski artmaktadır. Dolayısıyla baskın endişeli mizaçta olmak ve siklotimik mizaç özelliklerine

sahip olmak PB riskini artırmakla kalmamakta eşlik eden YAAB riskini artırmakta önemli bir kalıtsal etkidir. Ancak depresif ve sınırlı mizaç özelliklerine sahip olmak PB riskini artırırken YAAB eşlik etmesi için risk oluşturmamaktadır. Dolayısıyla PB hastalarının mizaç özellikleri açısından değerlendirilmesi hastalığın şiddeti ve gidişatı hakkında bir gösterge olarak nitelenebilir. Bu bulgularımız literatür tarafından desteklenmektedir.

Bağlanma Biçimi; yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir oluşumdur. İlk temel ilişki olan bakım veren ile çocuk arasındaki ilişki yaşamın sonraki dönemlerindeki diğer bağlanmalar için örnek teşkil etmektedir [193]. PB'ye YAAB eşlik eden hastalar ile pür PB hastalarını bağlanma stilleri açısından karşılaştıran bir çalışmada PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda bağlanma kaygısı ve güvensiz bağlanma stilleri pür PB olan hastalardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [29]. Benzer bir örnekleme yapılmış diğer bir çalışmada ise PB eşlik eden YAAB olup olmaması arasında bağlanma stilleri açısından anlamlı bir fark elde edilememiştir [13]. Kaygılı ya da güvensiz bağlanma biçimlerinin AAB ile bağlantılı olabileceğini ve bağlanma kuramının YAAB'de de etiyolojik önemi olduğunu doğrulayan çalışmalar mevcuttur [155].

Çalışmamızda da kaygı skoru arttıkça PB şiddetinin, depresif semptomların ve kaygı semptomlarının arttığı bulunmuştur. Ayrıca PB'ye YAAB eşlik eden grupta anlamlı olarak kaygı skorunun yüksek olduğunu saptanmıştır (CI:%95;p=0,015). Kaçınma skoru ile PB şiddeti arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadığı gibi PB'ye YAAB eşlik etmesi ile kaçınma skoru arasında da bir ilişki saptanamamıştır. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde kaygılı bağlanma hem PB hem de YAAB eşlik etme riskini artırmaktadır. Bağlanmayı birçok faktör etkilemektedir. Özellikle erken dönem ebeveyn kaybı, ebeveynden ayrı kalma, endişeli mizaç ve çocukluk çağı travmaları kaygılı bağlanma stiline gelişmesine sebep olabilir. Sonuçta bu faktörler hem tek başına hem de bağlanmayı bozduğu için psikopatolojilere yatkınlık oluşturmaktadır.

Yapılan birçok çalışmada PB ve MDB arasındaki güçlü ilişki gösterilmiştir [109]. ABD'de yapılan Ulusal Eş Tanı Çalışmasında, yaşam boyu MDB olan hastaların %60'ında eş tanıli kaygı bozukluğu saptanmıştır [110]. MDB'de yaşam boyu PB eş tanısı ABD'de %10,7, Almanya'da %16,2, Kore'de %17 ve Tayvan'da %5,9 olarak bulunmuştur. Başka bir Ulusal Eş Tanı Çalışmasında PB-MDB birlikteliğinin ciddi hastalık belirtileri, direnç, yeti yitimi, intihar riski, yardım arama davranışında artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir

[111]. Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada YAAB olan hastalarda %67 oranında eş tanıli hastalık saptanmış ve yaşam boyu değerlendirilen hastaların %69'unda MDB hikâyesi olduğu rapor edilmiştir [4]. PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda duygu durum belirtilerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise OKB, SF, BAB, MDB açısından anlamlı bir yükseklik saptanmamıştır [164]. Pini ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada ise YAAB eşlik eden hastalarda HAM-D skorları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır [126]. Çalışmamızda BDÖ skoru ile PBŞÖ skoru arasında yaklaşık %47'lik pozitif bir korelasyon saptanmıştır (CI:%95;p<0,001). PB şiddeti skoru arttıkça Beck depresyon skoru artmaktadır. Bu PB şiddeti artması ile depresif belirtilerinde artması olarak yorumlanabilir. Yani; PB'ye YAAB eşlik eden hastalar depresyon açısından daha fazla riske sahip gibi gözükmemektedir.

Ayrıca çalışmamızda; PB'ye YAAB eşlik eden grupta eş tanıli ruhsal hastalık görülme yüzdesi yaklaşık %52,5, PB'ye YAAB eşlik etmeyen grupta ise bu yaklaşık %29,4'tür. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (CI:%95; p=0,022). PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda eş tanıli ruhsal hastalık görülme riski PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksektir. Eş tanılardan agorafobi, MDB, SF ve özgül fobi tek tek değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Ancak BDÖ skoru >17 depresyon olarak değerlendirilip ele alındığında PB'ye YAAB eşlik edenlerde depresyon anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (CI:%95; p<0,001). PB'ye YAAB eşlik eden hastaların daha fazla kaygı belirtisine sahip olması, PB şiddetinin anlamlı ölçüde yüksek olması ve işlevsellik kaybının daha yüksek olmasını göz önünde bulundurduğumuzda MDB'nin daha fazla eşlik etmesi çok şaşırtıcı değildir. Çünkü yaşam kalitesinde ve işlevsellikte daha fazla bozulma nedeniyle; hastaların yetersizlik duygusunu daha fazla hissetmeleri, depresyon gelişmesine zemin hazırlayabilir. Tedavi süresi uzadıkça ortaya çıkan umutsuzluk sonrası depresif duygu durumun ortaya çıkması beklenen bir tablodur.

Çalışmamızda bulunan diğer önemli sonuç ise eş tanıli hastalıklar (SF, Agorafobi, MDB) PB şiddetini anlamlı şekilde artırmamaktadır. Bu bulgular birlikte yorumlandığında PB'ye YAAB eşlik eden hastalarda PB şiddeti anlamlı olarak artmakta ve özellikle depresyon için önemli bir zemin hazırlamaktadır. Ancak eş tanıli ruhsal hastalıkların tabloya eklenmesiyle PB şiddeti değişmemektedir. Yani PB şiddetinin yüksek olması ikincil bir depresyona yol açıyor olabilir. Bu nedenle PB şiddetini artıran faktörlerin belirlenmesi eş tanıli ruhsal hastalık sıklığını azaltabilir.

Son dönemde yapılan birçok çalışmada PB'ye YAAB eşlik ettiğinde işlevsellik kaybının daha fazla, medikal tedaviye ve BDT'ye yanıtın daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır [12, 13, 126]. Çalışmamızda PB'ye YAAB eşlik eden grupta çalışma işlevselliğinde şiddetli kayıp olan hastalar yaklaşık %52,5, eşlik etmeyen grupta ise yaklaşık %2,9'dur. İki grup arasındaki çalışma işlevselliğindeki şiddetli kayıp farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (CI:%95; p<0,001). PB'ye YAAB eşlik edenlerde toplumsal işlevselliğinde şiddetli kayıp olanlar yaklaşık %65, eşlik etmeyen grupta ise toplumsal işlevselliğinde şiddetli kayıp olanlar yaklaşık %5,9 bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (CI:%95;p<0,001). Bu bulgular ışığında; PB'ye YAAB eşlik eden hastaların çalışma ve toplumsal işlevselliğinin belirgin olarak azaldığı sonucuna varılabilir. PB'ye YAAB eşlik eden hastalar tedavi edilirken işlevsellik kaybı açısından değerlendirilmeli ve bu konuda mümkün olduğunca desteklenmelidir. Çalışmamızda bulunan diğer bir sonuç ise PB'ye YAAB'nin eşlik etmesinin şimdiki hastalığın süresine etkisi olmadığıdır. Yani PB şiddetini belirgin olarak arttırmasına rağmen YAAB; şimdiki hastalık süresine etki etmemektedir.

Yakın dönemde yapılan çalışmalarda PB'ye YAAB eşlik eden hastaların sıklıkla ÇAAB'si olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ÇAAB'nin PB için önemli bir risk etkeni olduğu da vurgulanmıştır [126]. Birçok çalışmada ÇAAB yetişkinlikte kaygı bozuklukları ve DDB için risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda PB'ye YAAB eşlik edenlerde ÇAAB bulunma yüzdesi yaklaşık %55, PB'ye YAAB eşlik etmeyenlerde ise bu yaklaşık %14,7'dir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (CI:%95; p<0,001). Ayrıca ÇAAB olanlarda PB'ye YAAB eşlik etme riski 7 kat arttığı bulunmuştur (%95CI:2,278-22,060). Yani; ÇAAB olanlarda PB riski yaklaşık 4,7 kat artmaktayken, PB'ye YAAB eşlik etme riski yaklaşık 7 kat artmaktadır. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde; ÇAAB olan hastaların pür PB risk artışı dışında PB'ye YAAB eşlik etmesi açısından da riski belirgin artmaktadır. Yapılan klinik çalışmalarda PB'ye YAAB eşlik eden hastaların %54,3'ünün AAB'sinin ilk kez çocuklukta ortaya çıktığını göstermiştir [13]. Çalışmamızda PB hasta grubunda AAB %55 oranında ilk kez çocuklukta ortaya çıktığı gösterilmiştir. Ayrıca kontrol grubunda YAAB olanların %8,5'inde ÇAAB saptanmıştır ve YAAB olmayanlar ile aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (CI:%95; p=0,037). Yani; ÇAAB olanlarda YAAB ek psikopatolojiye yol açmadığında da devam edebilmektedir.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, PB'ye YAAB eşlik etmesinin yaşam boyu sıklığı %46-65 arasında bulunmuştur. Ayrıca bir çalışmada da YAAB'nin PB'ye anlamlı olarak daha fazla eşlik etmekte olduğu ve PB'ye YAAB eşlik etme ihtimalinin yaşam boyu 9 kat arttığı bulunmuştur [171]. Çalışmamızda, PB hastalarında YAAB eşlik edenlerin yüzdesi yaklaşık %54,1, kontrol grubunda ise yaklaşık %10,8'dir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (CI:%95;p<0,001). Bu bulgulara göre; PB hastaları sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında YAAB açısından belirgin risk altındadır. Ayrıca çalışmamızın sonuçlarına göre; PB olanlarda PB olmayanlara göre YAAB görülme riski 9,7 kat daha fazla bulunmuştur (%95CI:4,089-23,041). Dolayısıyla bu bulgularımız literatür tarafından desteklenmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

PB olan hastalar ile sağlıklı kontrolleri ve PB'ye YAAB eşlik edenler ile etmeyenleri sosyodemografik değişkenler, erken yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, mizaç özellikleri, bağlanma stilleri, eş tanıli ruhsal hastalıklar açısından karşılaştıran bu çalışma, bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de kinik örneklem üzerinde PB'ye YAAB eşlik eden hastalar ile pür PB hastaları arasındaki etiyojik farklılıkları ele alan ilk çalışmadır.

PB hastalarında YAAB riskinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. YAAB eşlik eden PB hastalarının bağlanma kaygı skorlarının, baskın endişeli mizaç ve siklotimik mizaç özelliklerinin, çocukluk dönemlerinde ebeveynlerden 1 aydan uzun süren ayrılıklarının, mesleki ve toplumsal işlevsellik kayıplarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, PB şiddetinin de anlamlı ölçüde arttığı sonucuna varılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla YAAB'nin yaşam boyu sıklığını ele alan bir toplum tarama çalışması henüz Türkiye'de yapılmamıştır. Bu nedenle sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerin çalışma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmüştür. YAAB ile ilgili daha büyük örneklemelerde yapılacak toplum tarama çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda ÇAAB olanlarda pür PB riskinin 4,7 kat arttığı, PB'ye YAAB eşlik etme riskinin ise 7 kat arttığı bulunmuştur. Ayrıca YAAB olan hastalarda PB riskinin 9,7 kat arttığı bulunmuştur. Bu bulgular ışığında ÇAAB hem PB riskini hem YAAB riskini belirgin olarak artırmakta ve aynı zamanda YAAB olan hastalarda PB riskide belirgin artmaktadır. Çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı ÇAAB retrospektif olarak tanı konmuş olması ve bu nedenle hastaların hatırlamaları ile ilgili bir yanlılıktan sonuçların etkilenmiş olabilmesidir. ÇAAB olan hastalarda ileriye dönük yapılacak uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ayrıca ÇAAB olan hastalarının tedavi ve izlemi ile yetişkinlikte oluşabilecek ruhsal hastalıkların bazıları önlenebilir.

Baskın endişeli mizacın pür PB riskini arttırmakla kalmayıp aynı zamanda PB olduğunda YAAB eşlik etme ihtimalinin de 5 kat kadar arttığı önemli bir sonuçtur. Mizacın kalıtsal özellikleri olduğu göz önünde bulundurulsa özellikle endişeli mizaca sahip bireylerin ileriye dönük izlem çalışmaları ile mizacın psikopatolojiler ile ilişkisi daha net ortaya konulabilir. Ayrıca psikiyatrik belirtiler ortaya çıktığında direk müdahale edilmesi ve psikoterapi uygulanarak bilişsel yeniden yapılandırma ile hem hastalık gelişimi hem de eş tanıli hastalıkların gelişimi önlenebilir.

Çalışmamızda işsizlik, düşük gelir düzeyi, ailede ruhsal hastalığın PB gelişimiyle ilişkili olduğu ancak YAAB eşlik etmesini yordamadığı sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde baskın depresif mizaç ve sinirli mizaç özelliklerinin, çocukluk çağı travmalarının PB gelişimi ile ilişkili olmakla birlikte YAAB ile ilişkisi saptanamamıştır. Yine bu konularda yapılan çalışmaların ülkemizde az olması ve farklı sonuçlar elde edilmiş olması nedeniyle sosyoekonomik ve sosyokültürel risk faktörlerinin belirlenmesi için daha büyük örneklerle yapılacak ileriye dönük izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın diğer önemli bir sonucu ise Beck depresyon skoru, bağlanma kaygı skoru, Beck anksiyete skoru arttıkça PB şiddeti skorunun artmasıdır. Bu bulgular ışığında kaygılı bağlanmaya sahip bireylerde PB'ye YAAB eşlik etme riski ile birlikte PB şiddeti de yüksek olmaktadır. Dolayısıyla PB şiddetini artıran önemli etkenler arasında yer alan ÇAAB, YAAB ve depresif belirtilerin hikâyede ele alınması önem taşımaktadır. PB şiddeti yüksek hastalarda Beck depresyon skoru oldukça yüksektir ve PB şiddetini arttıran etkenler eş tanımlı depresyon açısından bir belirteç olarak kabul edilebilir.

Çalışmanın kısıtlılıklarından ilki örneklem büyüklüğünün her ne kadar yeterli olsa da, kimi yordayıcı analizlere imkân tanımamasıdır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların hepsinin Ankara'da yaşıyor olması ve sosyokültürel olarak neredeyse homojen bir grup üzerinde çalışılmış olması sonuçların genellenebilirliğini etkilemiş olabilir. Ayrıca PB hastaları ile sağlık kontrol grubu yaş, eğitim düzeyi ve cinsiyet, diğer etiyolojik etkenlerin etkilerinin daha net ortaya konulabilmesi için eşleştirilmiştir ve bu nedenle bu etkenlerin PB'ye etkileri değerlendirilememiştir. Çalışmanın bir diğer önemli kısıtlılığı da çok sayıda ölçeğin bir arada kullanılmış olmasıdır. Katılımcıların ölçekleri doldururken zaman zaman sıkıldıkları ve zorlandıkları gözlenmiştir.

PB'ye YAAB eşlik eden ve pür PB hastalarını çok yönlü olarak değerlendirdiğimiz bu çalışmanın en önemli katkısı PB hastalarında YAAB'nin göz ardı edilemeyecek sıklıkta eşlik etmesi, hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli düzeyde bozduğunun gösterilmiş olmasıdır. Dolayısıyla; YAAB'nin tanınması bu hastaların tedavisinde yol gösterici ve beklentiyi belirlemek için bir belirteç olarak kullanılabileceği gibi altta yatan etkenler görüşmelerde ele alınarak hastalığın gidişatı üzerine müdahaleler yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Merikangas KR, Low NCP. Genetic Epidemiology Of Anxiety Disorders. Epidemiology Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Germany, 2005.
2. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, Comorbidity And Genetics Of Panic Disorder. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management And Mechanisms, UK, Martin Dunitz Ltd,1999.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
4. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation, Compr Psychiatry, 38(5): 274-82,1997.
5. Ollendick TH, Lease CA, Cooper C. Separation anxiety in young adults: a preliminary examination. Journal of Anxiety Disorder, 7:293-305,1993.
6. Fagiolini A, Shear MK, Cassano GB. Is life time separation anxiety a manifestation of panic spectrum? , CNS Spectrums,3:63-72, 1998.
7. Mayseless O, Scher A. Mother's attachment concerns regarding spouse and infant's temperament as modulators of maternal separation anxiety. Journal of Child Psychology and Psychiatry Allied Discip,41:917-925, 2000.
8. Seligman LD, Wuyek LA. Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: an exploratory study, Journal of Psychology,45:135-141, 2007.
9. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A, Frank E, Grochocinski VJ, Kupfer DJ, Banti S, Armani A, Cassano G. Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. J Psychiatr Res, 36(2):77-86,2002.
10. Foley DL, Pickles A, Maes HM, Silberg JL, Eaves LJ. Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,43(9): 1107-14, 2004.
11. Manicavasagar V, Silove D, Curtis, J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. J Anxiety Disord, 14(1):1-18, 2000.
12. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry, 163(6):1074-83, 2006.
13. Pini S, Abelli M, Troisi A, Siracusano A, Cassano GB, Shear MK, Baldwin D. The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. J Anxiety Disord, 28(8):741-6, 2014.
14. Bruckl TM, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. Psychother Psychosom,76(1): 47-56, 2007.

15. Van Ijzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Dev*, 63(4):840-58, 1992.
16. Klein DF. Anxiety reconceptualized: early experience with imipramine and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 21(6): 411-27, 1980.
17. Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer A J. Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*,151(6): 927-9,1994.
18. Faravelli C, Webb T, Ambonetti A, Fonnesu F, Sessarego A. Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *Am J Psychiatry*,142(12):1493-4, 1985.
19. Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK, Blazer DG. The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*,154:823-8,1998.
20. Kagan J, Reznick JS, Snidman N, Gibbons J, Johnson MO. Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Dev*,59(6):1580-9,1988.
21. Sevinçok L, Akoğlu A. Panik ve Depresyon: etiyoloji, tanı ve eştanı sorunları. *Duygudurum Dizisi*, 5:212-27,2001.
22. Hovens JG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand*, 122(1):66-74,2010.
23. Battaglia M. Age at onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 152(9):1362-4,1995.
24. Thompson RA. Attachment theory and research. In *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd Edition, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 164-172, 2002.
25. Collins NL. Adolescents' relationships with parents. *J Lang Soc Psychol*, 22:58-65,2003.
26. Warren SL. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(5): 637-44, 1997.
27. Muller RT, Sicoli LA, Lemieux KE. Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *J Trauma Stress*,13(2):321-32, 2000.
28. Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol*,73(5):1092-106, 1997.

29. Manicavasagar V. Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Aust NZJ Psychiatry*, 43(2):167-72, 2009.
30. Mangelsdorf SC, Frosch CA. Temperament and attachment: one construct or two? *Adv Child Dev Behav*,27:181-220, 1999.
31. Kesebir S, Özdoğan Kavzoğlu S, Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* 3(2):321-42, 2011.
32. Fıstıkçı N, Hancıoğlu M, Erek Ş, Tabo A, Erten E, Selcen Güler A, Kalkan M, Saatçioğlu Ö. Anksiyete bozukluklarında afektif mizaç farklılıkları; panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozuklukta karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 50:337-43, 2013.
33. Gamze E. Panik Bozukluğu Hastaları ve Birinci Derece Akrabalarında Afektif Mizacın Araştırılması. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2006.
34. Kaya B. Anksiyete Bozuklukları 1.Baskı, Panik Bozukluğunun Psikoterapisi. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006 .
35. Güleç Öyekçin D, Demet MM. Panik bozukluğunda tanı, eş tanı ve ayırıcı tanı. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 5(4):1-12, 2012.
36. Karadağ F. Anksiyete Bozukluklarında Beyin Görüntüleme. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 3(4):19-30, 2010.
37. Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. *Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı. Panic disorder and Agoraphobia. Giza, Mass Publishing, p:582-92, 1994.
38. Pilecki B, Arentoft A, McKay D. An evidence-based causal model of panic disorder. *J Anxiety Disorder* 25(3): 381-8, 2011.
39. Onur E, Monkul S. Anksiyete Bozuklukları 1.Baskı. Panik Bozukluk Fenomenolojisi, Türkiye Psikiyatri Yayınları, Ankara , p:41-67,2006.
40. Ceylan ME, Yazan B. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 3. Cilt Anksiyete Bozuklukları, 1.Baskı , p:77-122, 2000.
41. Güleç C, Köroğlu E. Temel Psikiyatri Kitabı, 1.Cilt. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
42. Den Boer J. Defining panic a diagnostic dilemma. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 12(1): 3-6,1997.
43. Atalay DN, Bayraktar E. Panik Bozukluk. 1.Baskı. Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir, p:17-29, 1992.

44. Berrios GE. The History Of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since The Nineteenth Century. Vol 11, England, Cambridge University Press ,1996.
45. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. Am J Psychiatry 119:432-8, 1962.
46. Çuhadaroğlu F, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara,1993.
47. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 5.Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-V). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
48. Angst J. Panic Disorder: History and Epidemiology. Eur Psychiatry 13(2):51-5, 1998.
49. Merikangas KR, Low NC. Genetic Epidemiology Of Anxiety Disorders. Handbook Exp Pharmacol 169:163-79, 2005.
50. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch, J, Lepine JP, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 54(4): 305-9, 1997.
51. De Almeida JMC. Mental İllness İn General Health Care: An İnternational Study. Vol. 6, Chichester (UK), John Wiley & Sons, 1995.
52. Breier A, Charney DS, Heninger GR. Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. Archives of General Psychiatry 41(12):1129-35, 1984.
53. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Concise Textbook Of Clinical Psychiatry. Third edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
54. Işık E, Işık Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı, Golden Print Yayınları, İstanbul, 2006.
55. Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF. Gender Differences in panic disorder: findings from the national comorbidity survey. American Journal of Psychiatry 159(1):55-8, 2002.
56. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: The epidemiologic catchment area (ECA) experience. Journal of Psychiatric Research, 24:3-14, 1990.
57. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Eksen Tanınım Ltd., Ankara, p:77-94, 1998.

58. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of general psychiatry* 41(10):934-41, 1984.
59. Tükel R. Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5: 5-15, 2002.
60. Manfro GG, Otto MW, McArdle ET, Worthington JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *Journal of Affective Disorder* 41(2):135-9, 1996.
61. Erek Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Bipolar Bozukluk Komorbiditesi ve Afektif Temperament Özelliklerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi, İstanbul, p:18-25, 2002.
62. Özden A. Psikiyatrik genetik. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 17(2):109-25, 2004.
63. Mantar A, Alkın T. Panik bozukluğunda psikolojik etkenler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 5(4):36-42, 2012.
64. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis Of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Eighth Edition. Baltimore, Williams and Wilkins, 1998.
65. Atalay N, Bayraktar E. Panik atağı ve panik bozukluğu. *Anksiyete Monografaları Serisi* 6: 225-54, 1995.
66. Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*, 1.Baskı, Panik bozukluğu ve Agorafobi, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, p:5-37, 2000.
67. Turan MT, Eşel E. Electrophysiology of panic disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 12(2):106-8,2002.
68. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry* 157(4):493-505, 2000.
69. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clin Psychol Rev*, 29(7):623-37, 2009.
70. Tükel R. Panik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1:12-7, 1997.
71. Stein M, Uhde T. *The American Psychiatric Press Textbook Of Psychopharmacology. Biology Of Anxiety Disorders*, American Psychiatric Press, Inc. Washington, p:501-22, 1995.
72. Charney DS, Woods SW, Krystal JH, Nagy LM, Heninger GR. Noradrenergic neuronal dysregulation in panic disorder: the effects of intravenous yohimbine and clonidine in panic disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 86(4):273-82, 1992.

73. Kent JM, Sullivan GM, Rauch SL. The neurobiology of fear: Relevance to panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals* 30(12):733, 2000.
74. Topçuoğlu V, Karabekiroğlu A, Yazgan Ç. Panik bozukluğu provokasyon çalışmaları ve provokasyon ajanlarının farklılıkları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 6: 197-205, 2005.
75. Abelson JL, Liberzon I, Young EA, Khan S. Cognitive modulation of the endocrine stress response to a pharmacological challenge in normal and panic disorder subjects. *Archives of General Psychiatry* 62(6): 668-75, 2005.
76. Graeff FG, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guimarães FS. Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *Anais da Academia Brasileira de Ciências* 77(3):477-91, 2005.
77. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Zin WA, Versiani M. Carbon dioxide test as an additional clinical measure of treatment response in panic disorder. *Arquivos de neuro-psiquiatria* 60(2B):358-61, 2002.
78. Karabekiroğlu A, Karabekiroğlu K, Cömert G, Topçuoğlu V. Panik bozukluğunda beyin görüntüleme çalışmaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 224-30, 2007.
79. Engel K, Bandelow B, Gruber O, Wedekind D. Neuroimaging in anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission* 116(6):703-16, 2009.
80. Eren IB, Tükel R, Polat A, Karaman R, Ünal S. Evaluation of regional cerebral blood flow changes in panic disorder with Tc99m-HMPAO SPECT. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 123(2):135-43, 2003.
81. Domschke K, Ohrmann P, Braun M, Suslow T, Bauer J, Hohoff C, Kersting A, Engelien A, Arolt V, Heindel W. Influence of the catechol-O-methyltransferase val158met genotype on amygdala and prefrontal cortex emotional processing in panic disorder. *Psychiatry Research Neuroimaging* 163(1): p13-20, 2008.
82. Cameron OG, Huang GC, Nichols T, Koeppe RA, Minoshima S, Rose D, Frey KA. Reduced γ -Aminobutyric Acid a benzodiazepine binding sites in insular cortex of individuals with panic disorder. *Archives of general psychiatry* 64(7):793-800, 2007.
83. Kent JM, Mathew SJ, Gorman JM. Molecular targets in the treatment of anxiety. *Biological psychiatry* 52(10):1008-30, 2002.
84. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 19(1):24-39, 2006.
85. Özkan M, Özen Ş, Ertunç N. Panik bozukluğunda komorbid eksen 1 bozuklukların oluşumunda travmatik yaşam olaylarının rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 8:53-8, 2005.

86. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara, Golden Print Matbaası Yayınevi, p. 209-17, 2008.
87. Etik Ç, Taner E, Aslan S, Işık E. Panik bozukluğu: solunumsal alt tipler, yakın ve geçmiş yaşam olaylarının rolü. Yeni Symposium 45(3):128-33, 2007.
88. Silove D, Harris M, Morgan A, Boyce P, Manicavasagar V, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K. Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder agoraphobia? A community study. Psychological medicine 25(02):405-11, 1995.
89. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. Psychological medicine 27(05): 1101-19, 1997.
90. Faravelli C, Pallanti S. Recent life events and panic disorder. Am J Psychiatry, 146(5):622-6, 1989.
91. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. American Journal of Psychiatry 150:859, 1993.
92. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. Am J Psychiatry 161:1165-71, 2004.
93. Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 16. Baskı, İstanbul, Metis Yayınları, 2014.
94. Davison GC, Neale JM, Dağ İ. Anormal Psikolojisi, 7. Baskı, Vol 6, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004.
95. Yüksel N. Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 4:14-21, 2002.
96. Aksoy UM. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluğu Hastalarındaki Cinsel İşlev Bozukluklarının Karşılaştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, p:20-8, 2006,
97. Gabbard G. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 7:1472-74, 2000.
98. Simon NM, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. The Journal of clinical psychiatry 66:8-15, 2004.
99. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 13. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitap Evi. 2015.
100. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Anxiety Disorders, Vol. 6. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p:1191-204, 1995.
101. Frances AJ, Hales RE. Review of Psychiatry, Panic Disorder, Washington DC, American Psychiatric Press. p:10-88,1988.

102. Chen YH, Lin HC. Patterns of psychiatric and physical comorbidities associated with panic disorder in a nationwide population-based study in Taiwan. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123(1):55-61,2011.
103. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical psychology review* 20(2):149-71, 2000.
104. Goodwin RD, Brook JS, Cohen P. Panic attacks and the risk of personality disorder. *Psychological medicine* 35(02):227-35, 2005.
105. Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy, MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin* 37(4):811-21,2011.
106. Braga RJ, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 45(6):460-8, 2004.
107. Ulaş H, Polat S, Akdede BB, Alptekin K. Impact of panic attacks on quality of life among patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 34(7):1300-5, 2010.
108. Tamam L. Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 18:59-71, 2007.
109. Mosing MA, Gordon SD, Medland SE, Statham DJ, Nelson EC, Heath AC, Martin NG, Wray NR. Genetic and environmental influences on the co-morbidity between depression, panic disorder, agoraphobia, and social phobia: a twin study. *Depression and Anxiety* 26(11):1004-11, 2009.
110. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Üstün TB, Roy-Burne PP, Walters EE. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 55(9):801-8, 1998.
111. Roy-Byrne PP, Stang, Paul, Wittchen HU, Üstün B, Walters E, Kessler RC. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry* 176(3):229-35, 2000.
112. Tamam L, Saygılı M, Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4(2):69-80, 2003.
113. Goodwin R, Lipsitz JD, Chapman TF, Mannuzza S, Fyer AJ. Obsessive-compulsive disorder and separation anxiety co-morbidity in early onset panic disorder. *Psychological medicine* 31(07):1307-10, 2001.
114. Ballenger J, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Baldwin DS, Den Boer JA, Kasper S, Shear MK. Consensus statement on panic disorder from the International

- Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry* 59:47-54, 1997.
115. Selçuk A, Nevzat Y. Anksiyete Bozukluklarında İlaç Tedavileri. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* 2(12):68-80, 2006.
 116. Sheehan DV, Davidson J, Manschreck T, Fleet JW. Lack of efficacy of a new antidepressant (bupropion) in the treatment of panic disorder with phobias. *Journal of clinical psychopharmacology* 3(1):28-31, 1983.
 117. Sheehan DV, Sheehan KH, Raj BA, Janavs J. An open-label study of tiagabine in panic disorder. *Psychopharmacol Bull* 40(3):32-40, 2007.
 118. Bowlby J. *Attachment And Loss: Separation: Anxiety and Anger*, Basic Books, Newyork, p. 25-225, 1973.
 119. Ollendick TH, Mattis SG, King NJ. Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35(1):113-34, 1994.
 120. Poulton R, Milne BJ, Craske MG, Menzies RG. A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 39(12):1395-410, 2001.
 121. Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczynski A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? a critical review. *Comprehensive psychiatry* 37(3):167-79, 1996.
 122. Silove D, Manicavasagar V, Drobny J. Associations between juvenile and adult forms of separation anxiety disorder: a study of adult volunteers with histories of school refusal. *Journal of Nervus and Mental Disorder* 190(6):413-5, 2002.
 123. Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A Brief Clinical Report. *Aust NZJ Psychiatry* 31(2):299-303, 1997.
 124. Kessler RC, Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health* 29:115-29, 2008.
 125. Wijeratne C, Manicavasagar V. Separation anxiety in the elderly. *J Anxiety Disorder* 17(6):695-702, 2003.
 126. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C, Muti M, Calugi S, Galderisi S, Troisi A, Bertolino A, Cassano GB. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 122(1): 40-6, 2010.
 127. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry* 10:21, 2010.

128. Feigon SA, Waldman ID, Levy F, Hay DA. Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behav Genet* 31(5):403-11, 2001.
129. Bolton D, Eley TC, O'Connor TG, Perrin S, Rabe-Hesketh S, Rijdsdijk F, Smith P. Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychol Med* 36(3):335-44, 2006.
130. Eley TC, Rijdsdijk FV, Perrin S, O'Connor TG, Bolton D. A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *J Abnorm Child Psychol* 36(6):839-48, 2008.
131. Ogliari A, Spatola CA, Pesenti-Gritti P, Medda E, Penna L, Stazi MA, Battaglia M, Fagnani C. The role of genes and environment in shaping co-occurrence of DSM-IV defined anxiety dimensions among Italian twins aged 8-17. *J Anxiety Disord* 24(4):433-9, 2010.
132. Van Ijzendoorn MH, Bakermans Kranenburg MJ. DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attach Hum Dev* 8(4):291-307, 2006.
133. Gadow KD, Nolan EE. Parent-child DRD4 genotype as a potential biomarker for oppositional, anxiety, and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 34(7):1208-14, 2010.
134. Gillath O, Shaver PR, Baek JM, Chun DS. Genetic correlates of adult attachment style. *Pers Soc Psychol Bull* 34(10):1396-405, 2008.
135. Costa B, Pini S, Gabelloni P, Abelli M, Lari L, Cardini A, Muti M, Gesi C, Landi S, Galderisi S, Mucci A, Lucacchini A, Cassano GB, Martini C. Oxytocin receptor polymorphisms and adult attachment style in patients with depression. *Psychoneuroendocrinology* 34(10):1506-14, 2009.
136. Costa B, Pini S, Gabelloni P, Da Pozzo E, Abelli M, Lari L, Preve M, Lucacchini A, Cassano GB, Martini C. Ala147Thr substitution in translocator protein is associated with adult separation anxiety in patients with depression. *Psychiatr Genet* 19(2):110-1, 2009.
137. Alkın T. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 3(4):53-63, 2010.
138. Quirin M, Gillath O, Pruessner JC, Eggert LD. Adult attachment insecurity and hippocampal cell density. *Soc Cogn Affect Neurosci* 5(1):39-47, 2010.
139. Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M. Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates. *Neuroimage* 28(4):835-47, 2005.

140. Vrticka P, Andersson F, Grandjean D, Sander D, Vuilleumier P. Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PLoS One* 3(8):28-68, 2008.
141. Lemche E, Giampietro VP, Surguladze SA, Amaro EJ, Andrew CM, Williams SC, Brammer MJ, Lawrence N, Maier MA, Russell TA, Simmons A, Ecker C, Joraschky P, Phillips ML. Human attachment security is mediated by the amygdala: evidence from combined fMRI and psychophysiological measures. *Hum Brain Mapp* 27(8): 623-35, 2006.
142. Pine DS, Klein RG, Coplan JD, Papp LA, Hoven CW, Martinez J, Kovalenko P, Mandell DJ, Moreau D, Klein DF, Gorman JM. Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and nonill comparison group. *Arch Gen Psychiatry* 57(10):960-7, 2000.
143. Pine DS, Klein RG, Roberson-Nay R, Mannuzza S, Moulton JL, Woldehawariat G, Guardino M. Response to 5% carbon dioxide in children and adolescents: relationship to panic disorder in parents and anxiety disorders in subjects. *Arch Gen Psychiatry* 62(1): 73-80, 2005.
144. Ogliari A, Tambs K, Harris JR, Scaini S, Maffei C, Reichborn-Kjennerud T, Battaglia M. The relationships between adverse events, early antecedents, and carbon dioxide reactivity as an intermediate phenotype of panic disorder: a general population study. *Psychother Psychosom* 79(1):48-55, 2010.
145. Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland SE, Ogliari A, Tambs K, Spatola CA. A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO₂, panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Arch Gen Psychiatry* 66(1):64-71, 2009.
146. Roberson-Nay R, Klein DF, Klein RG, Mannuzza S, Moulton JL, Guardino M, Pine DS. Carbon dioxide hypersensitivity in separation-anxious offspring of parents with panic disorder. *Biol Psychiatry* 67(12):1171-7, 2010.
147. Pini S, Martini C, Abelli M, Muti M, Gesi C, Montali M, Chelli B, Lucacchini A, Cassano GB. Peripheral-type benzodiazepine receptor binding sites in platelets of patients with panic disorder associated to separation anxiety symptoms. *Psychopharmacology (Berl)* 181(2): 407-11, 2005.
148. Chelli B, Pini S, Abelli M, Cardini A, Lari L, Muti M, Gesi C, Cassano GB, Lucacchini A, Martini C. Platelet 18 kDa Translocator Protein density is reduced in depressed patients with adult separation anxiety. *Eur Neuropsychopharmacol* 18(4):249-54, 2008.
149. Abelli M, Chelli B, Costa B, Lari L, Cardini A, Gesi C, Muti M, Lucacchini A, Martini C, Cassano GB, Pini S. Reductions in platelet 18-kDa translocator protein density are associated with adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Neuropsychobiology* 62 (2):98-103, 2010.

150. Nicolson NA. Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinology* 29(8): 1012-8, 2004.
151. Pesonen AK, Räikkönen K, Feldt K, Heinonen K, Osmond C, Phillips DIW, Barker DJP, Eriksson JG, Kajantie E. Childhood separation experience predicts HPA axis hormonal responses in late adulthood: a natural experiment of World War II. *Psychoneuroendocrinology* 35(5): 758-67, 2010.
152. Tops M, Tops M, Boksem MAS, Wijers AA, Van Duinen H, Den Boer JA, Meijman TF, Korf J. Anxiety, cortisol, and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology* 44(3):444-9, 2007.
153. Meinlschmidt G, Heim C. Sensitivity to intranasal oxytocin in adult men with early parental separation. *Biol Psychiatry* 61(9):1109-11, 2007.
154. Weinfield NS, Ogawa J, Sroufe LA. Early attachment as a pathway to adolescent peer competence. *Journal of Research on Adolescence* 7(3):241-65, 1997.
155. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder agoraphobia. *Aust NZJ Psychiatry* 33(3): 422-8, 1999.
156. Bandelow B, Alvarez TG, Spath C, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Ruther E. Separation anxiety and actual separation experiences during childhood in patients with panic disorder. *Can J Psychiatry* 46(10):948-52, 2001.
157. Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR, Gammon GD, Prusoff BA. Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. *Arch Gen Psychiatry* 41(9):845-52, 1984.
158. Klein RG. Is Panic Disorder Associated with Childhood Separation Anxiety Disorder? *Clinical Neuropharmacology* 18:7-14, 1995.
159. Biederman J, Petty CR, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Brauer L, Kaufman B, Rosenbaum JF. Antecedents to panic disorder in nonreferred adults. *J Clin Psychiatry* 67(8):1179-86, 2006.
160. Biederman J, Petty CR, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Faraone SV, Fraire M, Henry B, McQuade J, Rosenbaum JF. Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Res* 153(3):245-52, 2007.
161. Moreau D, Weissman MM. Panic disorder in children and adolescents: a review. *Am J Psychiatry* 149(10):1306-14, 1992.
162. Weissman MM. The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. *J Psychiatr Res* 22 (1): 99-114, 1988.
163. Aschenbrand SG, Kendall PC, Webb A, Safford SM, Flannery Schroeder E. Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and

- agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(12):1478-85, 2003.
164. Gesi C, Abelli M, Cardini A, Lari L, Di Paolo L, Silove D, Pini S. Separation anxiety disorder from the perspective of DSM-5: Clinical investigation among subjects with panic disorder and associations with mood disorders spectrum. *CNS spectrums*:1-6, 2015.
 165. Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, Seeley JR, Joiner TE. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(5):548-55, 2008.
 166. Yeragani VK, Meiri PC, Balon R, Patel H, Pohl R. History of separation anxiety in patients with panic disorder and depression and normal controls. *Acta Psychiatr Scand* 79(6):550-6, 1989.
 167. Silove D, Manicavasagar V, O'Connell D, Blaszczynski A. Reported early separation anxiety symptoms in patients with panic and generalised anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 27(3):489-94, 1993.
 168. Otto MW, Pollack MH, Maki KM, Gould RA, Worthington JJ, Smoller JW, Rosenbaum JF. Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 14(4): 209-13, 2001.
 169. Thyer BA, Nesse RM, Cameron OG, Curtis GC. Case histories and shorter communications. Agoraphobia: a test of the separation anxiety hypothesis. *Behav Res Ther* 23(1):75-8, 1985.
 170. Thyer BA, Nesse RM, Curtis GC, Cameron OG. Panic disorder: a test of the separation anxiety hypothesis. *Behav Res Ther* 24(2):209-11, 1986.
 171. Loas G, Atger F, Perdereau F, Verrier A, Guelfi JD, Halfon O, Lang F, Bizouard P, Venisse JL, Perez-Diaz F, Corcos M, Flament M, Jeammet P. Comorbidity of dependent personality disorder and separation anxiety disorder in addictive disorders and in healthy subjects. *Psychopathology* 35(4):249-53, 2002.
 172. Aaronson CJ, Shear MK, Goetz RR, Allen LB, Barlow DH, White KS, Ray S, Money R, Saksa JR, Woods SW, Gorman JM. Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychiatry* 69(3): 418-24, 2008.
 173. Kirsten LT, Grenyer BFS, Wagner R, Manicavasagar V. Impact of separation anxiety on psychotherapy outcomes for adults with anxiety disorders. *Counselling and Psychotherapy Research* 8(1):36-42, 2008.
 174. Pini S, Gesi C, Abelli M, Muti M, Lari L, Cardin A, Manicavasagar V, Mauri M, Cassano GB, Shear MK. The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders. *Journal of affective disorders* 143(1):64-68, 2012.

175. Sumer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi, *Türk Psikoloji Dergisi* 14(44):35-58, 1999.
176. Holmes J. *John Bowlby And Attachment Theory*. Psychology Press, 1993.
177. Karen R. *Becoming Attached: First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love*. Oxford University Press, 1994.
178. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. *Hilgard's Introduction To Psychology*. 15th edition, New York, Wadsworth Publication, 2002.
179. Ainsworth MS. Attachments beyond infancy. *American psychologist* 44(4):709, 1989.
180. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry* 5(1):1-22, 1994.
181. Carver C, Scheier M. *Perspectives On Psychology*, Cambridge University Press. p:281-2, 1998.
182. Alexander R, Feeney J, Hohaus L, Noller P. Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships* 8(2):137-52, 2001.
183. Mary A, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns Of Attachment: A Psychological Study Of The Strange Situation*. Psychology Press. p:205-98, 2014.
184. Rothbard JC, Shaver PR. Continuity of attachment across the life span. *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. p. 31-71, 1994.
185. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. *Affective development in infancy*. p:95-124, 1986.
186. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 52(3):511-24, 1987.
187. Kirkpatrick LA, Hazan C. Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal relationships* 1(2):123-42, 1994.
188. Simpson JA, Brennan KA, Clark CL, Shaver PR, Rholes WS. *Self-Report Measurement of Adult Attachment*. The Guilford Press, p:46-76, 1998.
189. Collins NL, Feeney BC. Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *J Pers Soc Psychol*, 87(3):363-83, 2004.

190. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 14(43):71-106, 1999.
191. Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology* 61(2):321, 1991.
192. Uytun MÇ, Öztop DB, Eşel E. Evaluating the attachment behaviour in during puberty and adulthood. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 26(2):177-89, 2013.
193. Karabekiroğlu K. Anne Bebek Etkileşimi ve Bağlanmanın Biyolojisi. 21.Ulusal Çocuk ve Ergen Kongresi Özet Kitabı, p:37-8. 2011.
194. Rees CA. Thinking about children's attachments. *Arch Dis Child*. 90(10):1058-65, 2005.
195. Spitz RA, Wolf KM. Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. The psychoanalytic study of the child. 2:313-42, 1946.
196. Goldfarb W. The effects of early institutional care on adolescent personality. *The Journal Of Experimental Education*. 12(2):106-29,1943.
197. Goldfarb W. Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry* 15(2):247, 1945.
198. Goldfarb W. Variations in adolescent adjustment of institutionally-reared children. *American Journal of Orthopsychiatry* 17(3):449, 1947.
199. Goldfarb W. Infant rearing and problem behavior. *American Journal of Orthopsychiatry* 13(2):249, 1943.
200. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41(9):1111-23, 2002.
201. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 1(4):365-80, 2001.
202. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(10):796-805, 2006.
203. Smith M, Calam R, Bolton C. Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behav Cogn Psychother*. 37(1):73-85, 2009.

204. Marazziti D, Dell'Osso B, Dell'Osso MC, Consoli G, Del Debbio A, Mungai F, Vivarelli L, Albanese F, Piccinni A, Rucci P, Dell'Osso L. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS spectrums*. 12(10):751-6 , 2007.
205. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 84(6):1172-87, 2003.
206. Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. *J Child Sex Abus*. 13(1):17-38, 2004.
207. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch IB. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 25(4):246-52, 2003.
208. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R. Bağlanma ve Psikopatoloji: bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 24(63):38, 2009.
209. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parke CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis* 194(2):121-3, 2006.
210. Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi* 32:423-33, 2010.
211. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain--a review. *J Child Psychol Psychiatry* 41(1):97-116, 2000.
212. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 56(7):600-6, 1999.
213. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 15:153-7, 2006.
214. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ateş N, Çetin G, Miral S, Hancı H, Erşahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tıraş B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Neglect* 25(2):279-90, 2001.
215. Zeytinoğlu S. Çocuk İstismarı ve İhmal, Sağlık, Sosyal Hizmet, Hukuk Ve Eğitim Alanlarında Çalışan Uzmanların Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali Sorunu İle İlgili Görüşleri. Ankara, Gözde Repro Ofset, p:147-67, 1991.
216. Ulloa Flores RE, Navarro Machuca IG. Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud mental* 34(3):219-25, 2011.

217. Şar V. Psikiyatri Temel Kitabı, 1.Baskı, Bölüm: Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, p:823-33,1998.
218. Kaplan HI, Sadock BJ. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2nd edition. Physical abuse and neglect. Baltimore, Williams&Wilkins, p:1208-15, 2002.
219. Young BH, Ford JD, Ruzek JI, Friedman MJ, Gusman FD. Disaster Mental Health Services: A Guidebook For Clinicians And Administrators. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. 1998.
220. Friedman MJ. Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment And Treatment Strategies. Kansas City, Compact Clinicals, 2000.
221. Terr LC. Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of “normal” children. Journal of the American Academy Child Psychiatry 22(3):221-30, 1983.
222. Brown GW. Measurement and the epidemiology of childhood trauma. Semin Clin Neuropsychiatry 7(2):66-79, 2002.
223. Terr LC. Remembered images and trauma: A psychology of the supernatural. The psychoanalytic study of the child 40:493-533, 1985.
224. Erikson EH. Childhood And Society. Second edition, New York, Norton & Company p:5-56,1963.
225. Davis JL, Petretic-Jackson PA. The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. Aggression and Violent Behavior 5(3): 291-328, 2000.
226. Diaz A, Simantov E, Rickert VI. Effect of abuse on health: results of a national survey. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 156(8):811-7, 2002.
227. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. Psychological bulletin 128(4):539, 2002.
228. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 12(2): 130-6, 2011.
229. Gümüş Saçarçelik G. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları, Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 2009.
230. Karagöz B. Alkol veya Madde Bağımlısı Bir Grupta Kendini Yaralama Davranışının İncelenmesi: Çocukluk Dönemi İstismarı ve İhmali İle Duygu Düzenleme Güçlüğü Faktörleri. Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Ankara,2010.

231. Yargıç İ, Ersoy E, Oflaz SB. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 13: 277-84, 2012.
232. Yılmaz Irmak T. Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, 2008.
233. Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter EC, Frasquilho F, Oakley DA. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev* 25(1):1-23, 2005.
234. Nuller YL. Depersonalisation symptoms, meaning, therapy. *Acta Psychiatr Scand*, 66(6):451-8, 1982.
235. Pego JM, Morgado P, Pinto LG, Cerqueira JJ, Almeida OF, Sousa N. Dissociation of the morphological correlates of stress-induced anxiety and fear. *Eur J Neurosci* 27(6):1503-16, 2008.
236. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. The relationship of affective temperament and clinical features in bipolar disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi* 16(3): 164, 2005.
237. Sayın A, Aslan S. The relationship between mood disorders and temperament, character and personality. *Türk Psikiyatri Dergisi* 16(4):276-83, 2004.
238. Goodwin F, Jamison K. Manic-Depressive Illness. *Depressive Illness*. New York, Oxford University Press, 1990.
239. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 78(1):122-35, 2000.
240. Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 15(3):183-90, 2004.
241. Akiskal HS. Interpersonal Factors In The Origin And Course Of Affective Disorders. *The Temperamental Foundations of Affective Disorders*. London, American Psychiatric Press,p:3-30, 1996.
242. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 23(1):68-73, 1987.
243. Nemeroff CB. Comorbidity of mood and anxiety disorders: the rule, not the exception? *Am J Psychiatry* 159(1):3-4, 2002.
244. Simon NM, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry* 66 (14):8-15, 2005.

245. Birmaher B, Kennah A, Brent D, Ehmann M, Bridge J, Axelson D. Is bipolar disorder specifically associated with panic disorder in youths? *J Clin Psychiatry* 63(5):414-9, 2002.
246. Stein MB, Uhde TW. Panic disorder and major depression. A tale of two syndromes. *Psychiatr Clin North Am* 11(2):441-61, 1988.
247. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Höfler M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 406:14-23, 2000.
248. Feske U, Frank E, Mallinger AG, Houck PR, Fagiolini A, Shear MK, Grochocinski VJ, Kupfer DJ. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 157(6): 956-62, 2000.
249. Rothbart MK. Commentary: differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol* 33(1):82-7, 2004.
250. Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Kagan J, Snidman N, Friedman D, Nineberg A, Gallery DJ, Faraone SV. A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *American Journal of Psychiatry* 157:2002-10, 2000.
251. Dilbaz N, Açıkgöz Ç. Anksiyete Bozukluklarında, Son Gelişmeler Panik Bozukluk Epidemiyolojisi. Ankara, Pozitif Matbaacılık, p:151-58, 2006.
252. Mertol S, Alkın T. Temperament and character dimensions of patients with adult separation anxiety disorder. *J Affect Disord* 139(2):199-203,2012.
253. Wachleski C, Salum GA, Blaya C, Kipper L, Paludo A, Salgado AP, Manfro GG. Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Compr Psychiatry* 49(5):476-81, 2008.
254. Kampman O, Viikki M, Jarventausta K, Leinonen E. Meta-analysis of anxiety disorders and temperament. *Neuropsychobiology* 69(3):175-86, 2014.
255. Savino M, Perugi G, Simonini E, Soriani A, Cassano GB, Akiskal HS. Affective comorbidity in panic disorder: is there a bipolar connection? *J Affect Disord* 28(3):155-63, 1993.
256. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of psychiatric research* 28(1): 57-84, 1994.
257. World Health Organization. Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi, Ankara, 1997.
258. Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 151(8): 1132-36, 1994.

259. Vedat Ş, Öztürk PE, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 32(4):1054 ,2012.
260. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, Gorman JM, Papp LA. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 1997.
261. Monkul ES, Tural Ü, Onur E, Fidaner H, Alkın T, Shear MK. Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version. *Depression and anxiety* 20(1):8-16, 2004.
262. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A, Frank E, Grochocinski VJ, Kupfer DJ, Banti S, Armani A, Cassano G. Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of psychiatric research* 36(2):77-86, 2002.
263. Diriöz M. Ayrılma anksiyetesi için yapılandırılmış klinik görüşme, Çocukluk ve Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 2010.
264. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 4(6):561-71,1961.
265. Hisli Şahin N. Beck Depresyon Envanteri'nin gecerligi uzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 6(22):118-26, 1988.
266. Beck AT, Epstein N, Brown GS, Robert A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology* 56(6):893, 1988.
267. Ulusoy M, Şahin N, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy* 12(2):163-72, 1988.
268. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of Affective Disorders* 85(1):3-16, 2005.
269. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical psychology review* 33(5): 663-74, 2013.
270. Wachleski C, Blayaa C, Saluma GA, Vargas V, Leistner-Segal S, Manfro GG. Lack of association between the serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and personality traits in asymptomatic patients with panic disorder. *Neurosci Lett* 431(2):173-8, 2008.

8. EKLER

EK.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Tanı: Panik Bozukluk AAB eşlik etmeyen 1
Panik Bozukluk AAB eşlik eden 2
Sağlıklı 3

Ad – Soyad:

Protokol No:

Adres ve telefon:

Yaş:

Cinsiyet:

Kadın 1
Erkek 2

Medeni Durumu:

Evli 1
Dul 2
Ayrı yaşıyor 3
Boşanmış 4
Hiç evlenmemiş 5

Aile Tipi:

Çekirdek aile 1
Geniş aile 2
Parçalanmış Aile 3

Eğitim durumu:

Okuryazar değil 1
İlkokul 2
Ortaokul 3
Lise 4
Y.Okul-Üniv. 5

Çalışma durumu:

Hiç çalışmamış 1
Ev kadını 2
Öğrenci 3
Aralıklı çalışmış 4
İşten ayrılmış 5
Emekli 6
Malulen emekli 7
Halen çalışıyor 8

Halen çalışıyorsa ne iş yaptığı:

İşçi 1
Memur 2
Serbest meslek 3
Diğer (yazınız):.....

Gelir durumunuz nedir?

0-1000 TL	1
1000-2000 TL	2
2000-4000 TL	3
4000 ve üzeri	4

Psikiyatrik hastalığınız (şimdiki) kaç gün veya kaç ay önce başladı?

..... Gün..... Ay

Daha önce panik bozukluk tanısı aldı iseniz kaç yaşındaydınız?

0-12 yaş	1
12-20 yaş	2
20-40 yaş	3
40-60 yaş	4
60 yaş ve üzeri	5

Daha önce antidepresan kullandınız mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse isimlerini yazınız.....

Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

Sigara	1
Alkol	2
Hiçbiri	3
Hepsi	4

Psikiyatrik hastalığınız dışında başka rahatsızlığınız var mı?

Var	1
Yok	2

Varsa yazınız.....

Hali hazırda kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse isimlerini yazınız.....

Geçmişte panik bozukluk dışında tanı konulan herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse tanıyı yazınız.....

Geçmişte antidepresanlar dışında kullandığınız herhangi bir psikiyatri ilacı var mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse isimlerini yazınız.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?

Var	1
Yok	2

Ailenizde ruhsal hastalığı olan varsa kim?

Anne	1
Baba	2
Kız kardeş	3
Erkek kardeş	4
Büyükanne	5
Büyükbaba	6
Teyze/Hala	7
Dayı/Amca	8

Çocukluk döneminde ebeveyn kaybı yaşadınız mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse hangi ebeveyninizi kaybettiğinizi belirtiniz.

Anne	1
Baba	2
Her ikisi	3

Kayıbı yaşadığınızda kaç yaşındaydınız?

0-2 yaş	1
3-5 yaş	2
6-9 yaş	3
10-13 yaş	4
14-18 yaş	5

Çocukluk döneminde uzun süre (en az 1 ay) ebeveyninizden ayrı kaldınız mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse hangi ebeveyninizden ayrı kaldığınızı belirtiniz.

Anne	1
Baba	2
Her ikisi	3

Ayrı kaldığınız da kaç yaşındaydınız?

0-2 yaş	1
3-5 yaş	2
6-9 yaş	3
10-13 yaş	4
14-18 yaş	5

Çocukluk döneminde depresyon, kaza, ciddi maddi kayıp yaşadınız mı?

Evet	1
Hayır	2

Depresyon, kaza, maddi kayıp yaşadığınızda kaç yaşındaydınız?

0-2 yaş	1
3-5 yaş	2
6-9 yaş	3
10-13 yaş	4
14-18 yaş	5

EK.2 Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı örnekler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON 1 HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

Belirtiler	Belirti Şiddeti			
	Hiç	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlandım	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma, karıncalanma				
2.Sıcak, ateş basması				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Kötü bir şeyler olacak korkusu				
6.Başdönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolünü kaybetme korkusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüz kızarması				
21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK.3 Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:

Tarih:

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2**(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
- 6** (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime kızgınım.
 - (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendime kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
 - (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim
 - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
 - (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın, sinirli değilim.
 - (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 - (2) Her şey canımı sıkıyor, kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
 - (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
 - (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
 - (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum

- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı görüdüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK.4 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK.5 TEMPS-A Mizaç Ölçeği

(Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire)

Ad-Soyad:

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğumu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarıda ya da aşağıdadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.

40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44. D Y Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
45. D Y Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
55. D Y İşin patronu, “tepedeki adam” olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sınırlı) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınırim.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki, buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozular.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.

88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
91. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92. D Y Uykum dinlendirici değil.
93. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
99. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

EK.6 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkiden kastedilen romantik ilişkilerdir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını 1 (Hiç katılmıyorum)'den 7 (Tamamen katılıyorum)'ye kadar rakamlar verilen 7 (yedi) aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her ifade için ölçekteki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.							
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.							
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.							
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.							
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılırım.							
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.							
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsemediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.							
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.							
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.							
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.							
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.							
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.							
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.							
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.							
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.							
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.							
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.							
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.							

	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendime olan güvenimi sarsar.							
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.							
21. Terk edilmekten pek korkmam.							
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.							
23. Birlikte olduğum kişinin, bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.							
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.							
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.							
26. Basımdan geçenleri birlikte olduğum kişi ile konuşurum.							
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.							
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim.							
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, benden hoşlanmayacağından korkarım.							
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.							
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görmemek beni öfkelenendir.							
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.							
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.							
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.							
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda fark eder.							
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.							

EK.7 Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği

İSİM SOYADI:

DEĞERLENDİRİCİ:

TARİH:

DEĞERLENDİRİLEN ZAMAN DİLİMİ: BİR AY

DİĞER (BELİRTİNİZ):

DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ÖNERİLER

Amaç agorofobili ya da agorofobisiz panik bozukluğundaki DSM-IV belirtilerinin şiddetini ölçmektir. Panik Atağı sıklığı ve şiddetinin sabit bir biçimde ölçülmesini sağlamak amacıyla puanlamalar son bir ay için yapılır. Kullanıcılar farklı bir zaman dilimi seçerlerse, zaman dilimi tüm başlıklar için tutarlı olmalıdır.

Her soru 0-4 olarak puanlanır, öyle ki;

0 = Hiç ya da mevcut değil,

1 = İlimli, nadir belirtiler, hafif bozulma;

2 = Orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hâlâ idare edilebilir;

3 = Şiddetli, aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması ve

4 = Aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yeti yitimi yaratıcı.

Görüşmeci hastanın tam ya da sınırlı belirtili panik atağı/ları geçirip geçirmediğini bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik yoksa 2. ve 3. sorular 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. sorudan başlatılmalıdır. 4. ve 5. sorular da 0 olarak puanlandıysa 6. ve 7. sorular sorulmadan 0 olarak puanlanır.

1. PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL

0 = Hiç panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı (SBP) yok

1 = Hafif ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBP/günden daha fazla değil

2 = Orta, haftada bir veya iki tam panik atağı ve/veya çoğul SBP'ler/gün

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

4 = Aşırı, günde birden fazla olması.

2. PANİK ATAĞI SIRASINDA ZORLANMA, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL

0 = Panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı yok ya da ataklar sırasında hiç zorlanma yok.

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

2 = Orta zorlanma, ama hâlâ idare edilebilir, etkinliğini sürdürebilmekte ve/veya konsantrasyonunu idame ettirmekte, ama bunları güçlkle yapabilmektedir.

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

4 = Aşırı, şiddetli ve yeti yitimi yaratıcı zorlanma, etkinliğini durdurmak zorunda, eğer mümkünse odayı ya da durumu terk edecektir, eğer kalırsa konsantre olmakta aşırı zorlanmaktadır.

3. BEKLENTİ ANKSİYETESİNİN ŞİDDETİ

0 = Panik atağı hakkında tasa yok.

1 = İlimli, panik atağı hakkında ara sıra korku, endişe ya da kaygılı beklentisi oluyor.

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

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

4 = Aşırı, neredeyse sabit, yeti yitirici anksiyete, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeni ile önemli görevleri sürdürmemektedir.

4. AGOROFOBİK KORKU/KAÇINMA

0 = Hiç korku ya da kaçınma yok.

1 = İlimli, ara sıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşebilir ve başa çıkabilir yaşam biçimi değişikliği yok ya da az.

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

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

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

5. PANİK ATAĞI İLE İLİŞKİLİ DURUMLARDAN KORKU/KAÇINMA

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

1 = İlimli, ara sıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyuları uyaran durum ve etkinliklerle az zorlanma ile yüzleşebilir ve sürdürebilir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.

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

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

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

6. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA/AKSAMA

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

0 = Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı bozulma yok.

1 = İlimli, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hâlâ iyidir.

2 = Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta ama hâlâ kontrol edilebilir.

3 = Şiddetli mesleki performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki başkaları fark etmiştir, bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapmamaktadır.
4 = Aşırı, yeti yitirici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürememektedir).

7. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA/AKSAMA

0 = Bozulma yok

1 = İlmli, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmektedir ama toplumsal işlevsellik hâlâ yeterli

2 = Orta, toplumsal yaşamdan kesin aksama ama hâlâ kontrol edilebilir. Toplumsal etkinliklerin sıklığında ve/veya kişiler arası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır ama hâlâ olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılabilmektedir.

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

4 = Aşırı, yeti yitimi yaratıcı belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleri ile etkileşmektedir, panik bozukluğu nedeni ile bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

EK.8 Ayrılık Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME: ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ

Yönerge: Çocukken yaşamış olabileceğiniz duygular hakkındaki sorularla başlamak isterim.

Çocukken, annenizden ya da evden uzaklaşmak zorunda kaldığınızda kendinizi nasıl hissederdiniz?

Not; *Eğer katılımcı annesi dışında birinden bakım aldıysa ve kendine en yakın hissettiyse, bu soruda ve aşağıdaki diğer sorularda annenin yerine o kişiyi koyunuz.*

DSM-IV ÖLÇÜTLERİNE UYGUN ARAŞTIRMA SORULARI

A.1. Hiç annenizden ayrıldığınızda kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş hissettiniz mi? Örneğin; anneniz gittiğinde ya da bir seyahate çıktığında ağladınız mı, ona kalması için yalvardınız mı, öfkeleniniz mi, onu durdurmaya ya da arkasından gitmeye çalıştınız mı? Evden ya da annenizden uzaktayken kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Erkenden eve dönmek istediniz mi? Annenizi sık sık aradınız mı?/telefon ettiniz mi?

Ölçüt: Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.

A.2. Hiç annenize kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişendiniz mi (Örneğin, eğer hasta olursa diye çok endişendiniz mi veya bir kazada yaralanabilir ya da daha başka kötü bir şey olabilir diye endişendiniz mi)? Hiç annenizin gidip, bir daha hiç geri gelmeyeceğinden endişendiniz mi? Hiç annenizin öleceğinden endişendiniz mi?

Ölçüt: Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.

A.3. Hiç, başınıza, sizi annenizden ayırabilecek kötü bir şey gelmesinden endişelendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, bir kaza geçirmek ve hatta öldürülmek gibi)?

Ölçüt: Olumsuz bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya neden olacağına dair duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.

A.4. Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için, okula gitmekte sorun yaşadınız mı? Hiç evde kalarak annenizle olabilmek için okula gitmeyi reddettiniz mi? Hiç, ebeveynleriniz size okula gitmeniz için zorladılar mı? Okula gittiğinizde evden birinin de sizin yanınızda kalması gerekti mi?

Ölçüt: Ayrılma korkusu yüzünden okula ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

A.5. Sizin için, yalnız kalmak, hatta bir odada tek başına kalmak bile çok zor muydu? Hiç, yalnız kalmamak için annenizin ya da evdeki diğer kişilerin peşinden gittiniz mi? Hiç, anneniz sizin çok “yapışkan” olduğunuzdan şikâyet etti mi?

Ölçüt: Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.

A.6. Hiç, anneniz yakınınızda olmaksızın uyumaya gitmek konusunda istekli olmadığınızı ya da sizin evden uzaklarda uyumak istemediğinizi hissettiniz mi? Hiç, gecenin yarısında uyanıp annenizin yanında uyumaya gittiğiniz ya da onun iyi olup olmadığını denetlediğiniz oldu mu?

Ölçüt: Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

A.7. Hiç, sizi ailenizden ya da annenizden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?

Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.

A.8. Okula gitmek zorunda kaldığınızda, hiç kendinizi fiziksel olarak hasta hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının olması) Eğer evde kalsaydınız kendinizi daha iyi hisseder miydiniz? Farklı bir nedenden dolayı evinizden ya da annenizden uzak kaldığınızda fiziksel olarak hastalanır mıydınız? Evde kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?

Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME: YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ

Yönerge: Şimdi, size bir yetişkin olarak, sevdiğiniz birinden ayrılmayla ve genelde de yalnız olmayla ilişkili olan duygularınızı sormak istiyorum.

DSM-IV ÖLÇÜTLERİNE UYGUN ARAŞTIRMA SORULARI

B.1. Hiç, bir aile üyenize, eşinize ya da bir başka kişiye, fazlaca bağımlı olduğunuzu hissettiniz mi ya da onları kaybetmekten korktuğunuz için onlara yapıştınız mı? Hiç, bu kişiden ya da evden uzak kalmak zorunda olduğunuzda kendinizi çok altüst olmuş ya da üzgün hissettiniz mi? Örneğin; ağladınız mı, evde kalması için ona yalvardınız mı? Öfkeleniniz ya da kıskançlaştınız mı? Gitmesin diye onu durdurmayı ya da ardından gitmeyi denediniz mi? Evden ya da bu kişiden uzak kaldığınızda, hiç kendinizi çok üzgün veya altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Eve erkenden gelmek istediniz mi? Bir bağlantınız olsun diye bu kişiyi sık sık arar mıydınız ?/telefon eder miydiniz?

Ölçüt: Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.

B.2. Hiç, bu kişiye kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişe duydunuz mu? Örneğin; onunla tartırsaydınız, o kişi hastalansaydı, bir kazada ya da bir başka şekilde yaralansa ya da incinseydi çok fazla endişelenir miydiniz? Hiç, onun sizi terk edebileceğinden ya da ölebileceğinden dolayı çok fazla endişelendiniz mi?

Ölçüt: Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.

B.3. Hiç sizin başınıza, sizi bu kişiden ayıracak, kötü bir şey geleceğinden endişendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, kaza geçirmek ya da öldürülmek gibi)?

Ölçüt: Tatsız bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya sebep olacağına dair duyulan ısrarlı ya da yineleyici endişe.

B.4. Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için dışarıya çıkmakla ilgili güçlük yaşadınız mı? Hiç evde kalabilmek için dışarı çıkmadığınız oldu mu? Ev dışı işlerinizi yapması için başka birine ihtiyaç duydunuz mu? Dışarı çıktığınızda yanınızda birinin olması gerekli midir?

Ölçüt: Ayrılma korkusu yüzünden dışarı çıkmaya ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

B.5. Sizin için yalnız kalmak, hatta bir odada tek başınıza kalmak bile çok zor mudur? Yalnız kalmamak için, hiç etraftaki birilerinin peşine takıldığınız oldu mu? Hiç, birileri çok “yapışkan”, “bağımlı” olduğunuzdan ya da sizin onu “boğduğunuzdan” şikâyet etti mi?

Ölçüt: Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.

B.6. Hiç, sevdiğiniz birileri yanınızda değilken ya da siz evinizden uzaklardayken yatıp uyumak istemediğinizi hissettiğiniz oldu mu? Hiç, gecenin yarısında uyanıp onun iyi olup olmadığını kontrol ettiğiniz oldu mu?

Ölçüt: Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

B.7. Hiç, sizi ailenizden ya da diğer önemli kişilerden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?

Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.

B.8. Hiç, dışarı çıkmak zorunda kaldığınızda, fiziksel olarak hasta olduğunuzu hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının ya da diğer fiziksel belirtiler olması) Eğer evde kalsaydınız, kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?

Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

EK.9 CIDI

İZLEME İÇİN GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ (1991)

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

SIRA NUMARASI :

TARİH : GÖRÜŞMENİN BAŞLANGIÇ ZAMANI:

A1. Cinsiyet?

Erkek: 1

Kadın:2

A2. Kaç yaşındasınız? (Bilmiyorsanız tahmin yürütünüz ve A3'ü 010101 kodlayınız.)

.....

A3. Doğum tarihiniz nedir?

.../.../.....

A4. (Halen) Evli misiniz ya da dul, ayrı, boşanmış, hiç evlenmemiş?

Evli.....1

Dul.....2

Ayrı3

Boşanmış.....4

Hiç Evlenmemiş..5

A5. (Evlat edinilmiş olanlar ve ölü doğanlar dışında) Kaç çocuğunuz var? (SORULMADIYSA 88 KODLAYINIZ)

.....

A6. Şimdi size işinizle ilgili sorular soracağım. Son bir yıl içinde kaç ay çalıştınız? (KENDİ İŞİ YA DA ÜCRETLİ İŞ SAYILACAK; YOKSA 00 KODLANACAK.)

.....

(ÇALIŞMA 1 AYDAN AZ İSE 01 KODLAYINIZ.)

A7. Halen çalışıyor musunuz?

Evet.....1

Hayır...A8'e Geç..5

(EV KADINIYSA 6 KODLAYIP A8'E GEÇİNİZ.)

Ev Kadını... 6

A. Tam gün mü yarım gün mü çalışıyorsunuz?

Tam Gün.....1

Yarım Gün.....2

B. Ne iş yapıyorsunuz? YAZINIZ:

C. Ne tür bir iş yerinde çalışıyorsunuz? YAZINIZ:

A8. Kaç yıl okula gittiniz?

HALEN OKULA GİDİYORSA 96 KODLAYIP B1'E GEÇİN. YIL:.....

HİÇ OKULA GİTMEDİYSE 97 KODLAYIP B1'E GEÇİN.

B1. GEÇEN YILKİ SORUN BİR TIBBİ YAKINMA DEĞİLSE B30'A GEÇİNİZ.

Şimdi size geçen yıl sağlık ocağına başvurmanıza neden olan sorunlar hakkında sorular soracağım. O zamanvarmış.

Evet.....1

Bu hala devam ediyor mu?

Hayır...B3'e Geç..5

B2. (YAKINMA)..... En son ne zaman oldu?

B3. (YAKINMA)..... bir yıl önce ile (bugün/..... ay önce) arasında devamlı var mıydı?

Evet..B30'a Geç...1

Hayır.....5

B4. Bir yıl öncesi ile (YAKINMANIN) son kez olduğu zaman arasında en az bir ay süren yakınmasız döneminiz oldu mu?

Hayır..B30'a Geç..1

Bir Dönem.....2

Birden Çok Dönem. 3

B5. Geçen yıl içinde kaç ay süreyle (YAKINMANIZ) oldu?

.....AY

B30. Şimdi sayacağım hastalıklardan şu anda sizde olan var mı?

EVET İSE SORUNUZ: Bu sizin için önemli bir sorun mu?

VARSA ANCAK ÖNEMLİ DEĞİLSE 1'İ, VARSA VE ÖNEMLİYSE 2'Yİ İŞARETLEYİNİZ.

	VAR	ÖNEMLİ
1. YÜKSEK TANSİYON	1	2
2. ŞEKER HASTALIĞI.....	1	2
3. ARTRİT (ROMATİZMA)	1	2

4. KALP HASTALIĞI	1	2
5. BRONŞİT YA DA AMFİZEM	1	2
6. GASTRİT YA DA ÜLSER	1	2
7. PARAZİT HASTALIĞI	1	2

(ÖRNEK: SITMA, BARSAK KURDU)

B31. Şu anda başka hastalığınız var mı?

HAYIR.....B33'E GEÇ.....1

EVET.....5

B32. Ne hastalığınız var?

EVET İSE SORUNUZ: Bu sizin için önemli bir sorun mu?

VARSA ANCAK ÖNEMLİ DEĞİLSE 1'İ, VARSA VE ÖNEMLİYSE 2'Yİ İŞARETLEYİNİZ.

	VAR	ÖNEMLİ
1. İNME (FELÇ).....	1	2
2. ASTİM	1	2
3. TİROİD	1	2
4. HIV +	1	2
5. BÖBREK.....	1	2
6. MESANE.....	1	2
7. TBC	1	2
8. KOLİT	1	2
9. DAMAR HASTALIĞI	1	2
10. KANSER	1	2
11. SARA	1	2
12. ANEMİ.....	1	2
13. MALNÜTRİSYON	1	2

19. BAŞKA.....	1	2
99. BİLİNMIYOR.....	1	2

B33. Lütfen bana son bir ay içinde aldığınız (değişik) ilaçları sayınız. Bunlar hekim tarafından mı verilmişti?

(ADI BİLİNMIYORSA "ne için verilmişti?" SORUSUNU SORDUKTAN SONRA UYGUN SATIRA DK OLARAK KAYDEDİNİZ)

	ADI	İLACI ÖNEREN		
		HAYIR	KENDİSİ	HEKİM
1. ANTİBİYOTİK	1		4	5
2. ANTİDEPRESAN	1		4	5
3. ANTİENFLAMATUAR	1		4	5
4. ANTİPARAZİT	1		4	5
5. ANTİSPAZMODİK	1		4	5
6. DİÜRETİK	1		4	5
7. HİPNOTİK	1		4	5
8. LAKSATİF.....	1		4	5
9. MAJÖR TRANKLİZAN	1		4	5
10. AĞRI KESİCİ	1		4	5
11. SEDATİF	1		4	5
12. STİMÜLAN	1		4	5
13. ŞİFALI OTLAR	1		4	5
14. TONİK, VİTAMİNLER	1		4	5
15. BAŞKA	1		4	5

HEPSİ 1 KODLANDIYSA C1'E GEÇİNİZ.

B33. Komşu, arkadaş gibi başka kişilerden ilaç aldınız mı?	HAYIR.....1
	EVET5
B34. YANITLAYANIN ADINDAN EMİN OLMADIĞI BİR İLAÇ VAR MIYDI?	HAYIR.....1
	EVET5
B35. ADINDAN EMİN OLUNMAYAN İLAÇLAR İÇİN İYİ BİRER TAHMİN YAPABİLDİNİZ Mİ?	HAYIR.....1
	EVET5

BÖLÜM C: SOMATİZASYON

AŞAĞIDAKİ SORULARIN KODLAMALARI İÇİN KULLANIM KLAVUZUNA VE SORU AKIŞ ŞEMASINA BAKINIZ. HASTA OLUMLU YANIT VERDİYSE, SON AY İÇİNDE OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ. EVET İSE 6 KODLAYINIZ. 5 VEYA 6 KODLANAN HER BELİRTİ İÇİN KESİN BİR TIBBİ AÇIKLAMA VAR MI? VARSA "TIBBİ AÇIKLAMA" (4) KODLAYINIZ. BU KODLAMA İÇİN TIP EĞİTİMİ ALMIŞ OLMAK GEREKİR. AKSİ HALDE "DR" VEYA "BAŞKA"YI DOLDURUNUZ VE KODLAMANIN KONTROLÜNÜ İSTEYİNİZ.

KODLAMA:

1: HAYIR, YOK

2: VAR, EŞİK ALTI

4: TIBBİ AÇIKLAMASI VAR

5: EVET, SON ZAMANA AİT DEĞİL

6: ŞİMDİ VAR, SON ZAMANA AİT

Şimdi yaşamınız boyunca herhangi bir anda başınıza gelmiş olabilecek bazı sorunlarla ilgili sorular sormak istiyorum.

C1. Hiç çok daha fazla karın ağrısı çektiğiniz oldu mu? (Menstrüasyon dönemleri hariç)

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C2. Çok fazla bel ağrısı, sırt ağrısı çektiğiniz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C3. Hiç eklem (mafsal) ağrılarınız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

C4. Eklemleriniz dışında kollarınızda, bacaklarınızda hiç ağrı oldu mu?

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

C5. Hiç göğsünüzde ağrı veya baskı hissi oldu mu?

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

C6. Çok baş ağrısı çektiğiniz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

C7. Saydıklarımızdan başka bir yerinizde hiç ağrınız oldu mu?

(YALNIZ C1-C6 ARASINDA SAYILAN YERLERDE AĞRIDAN SÖZ EDİLİYORSA 1 KODLAYINIZ.)

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

AĞRIYAN BÖLGE:.....

C8. C1-C7'DEN EN AZ BİRİ 6 KODLANDI MI?

HAYIR.....C9'A GEÇİN.....1

EVET.....5

A. Son 12 ay içinde en az 6 ay ya da daha fazla süreyle çoğu zaman (C1-C7'DE ya da 5 KODLANAN AĞRILAR)'ı çektiniz mi?

EVET İSE HASTA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

HAYIR.....1

EVET.....5

BŞ: İlk kez ne zaman bu ağrıları çekmeye başladınız?

1 2 3 4 5 6

BŞ YAŞI:.....

C9. (Hamile değilken) çok fazla kustuğunuz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C10. Hiç uzun süren mide bulantısı yakınmanız (kusma olmadan) oldu mu?

TAŞIT TUTMASI FİZİKSEL BİR DURUM SAYILIYOR.

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C11. Dilinizin pas tutması ya da ağzında kötü bir tat duyma gibi yakınmalarınız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C12. Yutma güçlüğünüz, boğazınızda tıkanıklık, sıkışma hissi gibi yakınmalarınız oldu mu? YALNIZ AĞLAMAKLI OLDUĞU ZAMAN OLUYORSA 1 KODLAYINIZ.

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C13. Hiç çok fazla ishal yakınmanız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C14. Aşırı gaz, mide şişkinliği ya da geçirmeden çok fazla yakındığınız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C15. Sizi hasta ettiği için yiyemediğiniz çeşitli yiyecekler oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C16. Sizi yoracak bir şey yapmadığınız halde nefes darlığınız hiç oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C17. Hiç çarpıntınız (kalbinizin şiddetle attığını duyduğunuz) oldu mu?

HAYIRSA 1 KODLAYINIZ. 1 2 5 6 TA 4

EVET İSE A'YI SORUNUZ.

A. Çarpıntınız kendinizi yorduğunuz zamanlar dışında olur mu? Olur... Olmaz...

C18. Hiç başdönmesi, sersemlik haliniz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C19. Hiç çift görme yakınmanız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C20. (Gözlük gereksinimi ya da gözlük değiştirmekle ilgili olmaksızın) bir süre devam eden bulanık görmeniz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C21. Bir ya da iki gözünüzde birkaç saniye ya da daha uzun süreyle görmeme oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C22. Kulaklarınızda ya da kafanızın içinde çınlama ve uğultu hiç oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C23. (Üzerine yatıp da uyuşmuş olması dışında) Kolunuzun ya da bacağınızın duyu kaybı (hissetmeme) oldu mu? HAYIR'SA A'YI SORUNUZ, EVET İSE SORUŞTURUNUZ.

A. Başka bir yerinizde duyu kaybınız oldu mu?

HAYIR.....1 EVET.....SRŞ

DR:..... BAŞKA:1 2 5 6 TA 4

C24. Hissizlik, uyuşukluk, keçeleşme, karıncalanma gibi hoş olmayan hislerden çok yakındığınız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C25. Bedeninizin herhangi bir yerinde ürperme ya da bir şey dokunuyormuş gibi bir his oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C26. Bedeninizin herhangi bir parçasını ağırlaşmış ya da hafiflemiş hissettiğiniz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C27. Hiç yürüme güçlüğü oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C28. Daha önceden kaldırabildiğiniz ya da oynatabildiğiniz eşyaları kaldıramayacak, oynatamayacak ölçüde güçsüz olduğunuz dönemler oldu mu?

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

C29. Hiç felç (bir süre için bedeninizin bir tarafını oynatamama) geçirdiniz mi?

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

C30. Hiç (30 dakika ya da daha uzun süreyle) sesinizin çıkmadığı, yalnız fısıltıyla konuşabildiğiniz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C31. Tüm bedeninizde ya da bedeninizin bazı yerlerinde birkaç dakika süren titreme nöbetleriniz oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C32. Hiç kendinizi güçsüz yada kötü hissedip kendinizden geçtiğiniz, bayıldığınız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C33. Yaşamınızda birkaç saat ya da gün boyunca ne olduğunu anımsayamadığınız unutma dönemleri oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C34. (Başka) herhangi bir nedenle bilincinizi kaybettiğiniz oldu mu?
KONVÜLSİYON(C31), BELLEK YİTİMİ (C33), YA DA BAYILMA (C32) BAĞLIYSA
1 KODLAYINIZ. ANESTEZİYE BAĞLI BİLİNÇ YİTİMİ 4 KODLANIR.

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C35. Hiç derinizde lekeler, renk değişiklikleri oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C36. Çok sık idrar yapmaktan yakındığınız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

ERKEKLER İÇİN C40'A GEÇİNİZ.

C37. Adetinizin başladığı yıl dışında, adet düzensizliğiniz oldu mu? YALNIZ ZORLU
EGZERSİZ YA DA MENAPOZA GİRERKEN OLMUŞSA 1 KODLAYINIZ.

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C38. Aşırı kanamalı adet gördüğünüz oldu mu? YALNIZ MENAPOZ DÖNEMİNDEKİ
İKİ YIL İÇİNDE OLMUŞSA 1 KODLAYINIZ.

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C39. Adet dönemlerinizde aşırı ağrıdan yakındığınız oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C40. Şimdi size cinsel yaşamınızla ilgili sorular soracağım. Cevap vermek istemezseniz bu
soruları geçebiliriz. Cinsel yaşamınız sizin için önemli mi yoksa olmasa da olur mu?

Önemli.....1

Olmasa da olur.....5

Cinsel deneyimi yok.....8

C41. CİNSEL DENEYİMİ OLMAMIŞ.

HAYIR.....1

EVET..... (C46'YA GEÇİNİZ).....5 1 2 5 6 TA 4

C42. CİNSELLİKLE İLGİLİ SORULARI REDDEDİYOR.

HAYIR.....1 1 2 5 6 TA 4

EVET.....(C46'YA GEÇİNİZ).....5

C43. Cinsel ilişki sırasında canınızın yandığı oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C44. (Acı duymasanız bile) birkaç ay süreyle cinsel ilişkinin size zevk vermediği oldu mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C45. (Başka) Cinsel sorunlarınız oldu mu? (ERKEKLER İÇİN DAHA UZUN SÜREYLE ORGANINIZDA SERTLEŞMEME OLDU MU?)

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

C46. Yaşamınızın büyük bölümünde sağlığınız yerinde miydi, yoksa hastalıklı mıydınız?

OLDUKÇA SAĞLIKLI.....1

KRONİK BİR BEDEN HASTALIĞI VAR.....4

ÇOĞU ZAMAN HASTALIKLI.....5

C47. C1'DEN BAŞLAYARAK 6 KODLANAN KAÇ SORU VAR?

EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİN VE BŞ'Yİ SORUN.

EŞİK: 04

BŞ.: İlk kez ne zaman (C1-C46 ARASINDA 5-6 KODLANANLAR) oldu?

1 2 3 4 5 Yaş.....

HİPOKONDRIYAZİS (YALNIZ SON 12 AY)

C48. Son 12 ay içerisinde 6 ay ya da daha uzun süreyle ciddi bir bedensel hastalığınız olduğundan büyük bir kaygı duyduunuz mu?

HAYIR.....NA1'E GEÇİN.....1

EVET.....5

Hangi hastalıktan kaygı duyuyorsunuz?.....

YALNIZ FİZİKSEL HASTALIĞI ALINIZ. BİRDEN ÇOK HASTALIKTAN SÖZ EDİYORSA 1 KODLAYIN.

DR:..... BAŞKA:.....1 2 5 6 TA 4

1-4 KODLANDIYSA VEYA DOKTORA BAŞVURMAMIŞSA NA1'E GEÇİNİZ.

C49. (HASTALIK) Hakkında kaygılanmanız bu süre (6 ay) içinde yaşamınızı çok aksattı mı?

HAYIR.....1 EVET..... 5

C50. Hastalikk kaygınız yüzünden doktorunuza birkaç kez (3'ten çok) gittiğiniz ya da doktor doktor dolaştığınız oldu mu?

HAYIR.....1 EVET..... 5

C51. Doktorlar hastalık kaygınız nedeniyle en az birkaç tetkik yaptırıldılar mı?

HAYIR.....1 EVET..... 5

C52. Doktorunuzun hastalığınızı iyi inceleyip ele aldığını düşünüyor musunuz, yoksa bundan tatmin olmadınız mı?

İYİ ELE ALINDI.....1 ALINMADI..... 5

C53. Doktorunuzun hastalığınızın nedeni, koyduğu tanı ya da yapılması gerekenler konusunda yanıldığını sık sık düşündünüz mü?

HAYIR.....1 BAZEN.....2 EVET..... 5

C54. C48-C53 ARASINDA KODLANAN KAÇ SORU VAR?

EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİN VE BŞ'Yİ SORUN.
..... (EŞİK: 03)

BŞ: İlk kez ne zaman bu hastalıkla ilgili endişeleriniz sizi rahatsız etmeye başladı?

1 2 3 4 5 6

BŞ YAŞI:.....

NEVRASTENİ:

NA1. Geçen ay boyunca kendinizi sürekli yorgun hissediyor muydunuz?

(KESİN TANI ALMIŞ FİZİKSEL BİR HASTALIK VARSA 4 KODLAYIP CA1'E GEÇİN)

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 6 TA:4

NA2. Günlük işlerinizi yaparken kolayca yorulur musunuz?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 6 TA:4

NA3. En küçük bir iş bile bitkin düşmenize neden olur mu?

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 6 TA:4

NA1-NA2-NA3'DEN BİRİ 6 KODLANDIYSA SORUN.

NA4. Dinlendiğinizde bitkinliğinizin, yorgunluğunuzun geçmesi güç oluyor mu?

HAYIR:.....1 EVET:.....6

A: NA1-NA4 ARASINDA KAÇ 6 KODU VAR?

EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ VE BŞ'Yİ SORUN.
..... EŞİK: 03

BŞ: Bu yorgunluk ve bitkinlik dönemi ne zaman başladı?

1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI:

ŞİMDİKİ BUNALTI:

Son 4 haftada kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin bazı sorular sormak istiyorum.

GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARIDAN FAZLASINDA VAR OLAN BELİRTİLERİ KODLAYINIZ. HASTA EVET DEDİĞİNDE ALTI ÇİZİLİ KISMI YİNELEYİP "ZAMANN YARIDAN FAZLASINDA MI" DİYE SORUNUZ.

CA1. Geçen ay içinde kendinizi kaygılı/endişeli hissediyor muydunuz?

HAYIRSA CA5'E GEÇİNİZ. EVETSE BELİRTİNİN GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARISINDAN FAZLA OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ.

HAYIR.....1 EVET..... 6

CA2. Sağlığınızdan daha çok kaygı duyuyor muydunuz?

SORUNLARIN AĞIRLIĞIYLA ORANTILI ENDİŞE.....

HAYIR.....1 EVET..... 6

CA3. Kaygılandığınız zamanlar, birden çok kaygınız olur mu?

HAYIR.....1 EVET..... 6

CA4. Olmayacak ya da önemli şeyler için kaygılanıyor muydunuz?

HAYIR.....1 EVET..... 6

CA5. Sinirli ve bunalıklı hissediyor muydunuz?

EVETSE BELİRTİLERİN GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARISINDAN FAZLASINDA OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ.

HAYIR.....1 EVET..... 6

CA6. CA1 YA DA CA5 6 KODLANDIYSA: Zamanın çoğunda bunalıklı ya da kaygılı hissetmeniz ne kadar sürdü?

96 HAFTADAN FAZLAYSA 96 KODLAYINIZ. HAFTA

CA7. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca soracağım sorulardan çoğu zaman var olanları söyleyiniz.

VAR OLANLAR İÇİN ÇOĞU ZAMAN VAR OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ.

1. Başınızda sıkışma hissi	1	6
2. Sersemlik, başdönmesi	1	6
3. Ağız kuruluğu (ilaca bağlı olmayanı)	1	6
4. Boğazınızda tıkanma	1	6
5. Yutma güçlüğü, boğulma hissi	1	6
6. Nefes alma güçlüğü	1	6
7. Soğuk veya sıcak terleme, ateş basması	1	6
8. Kalp çarpıntısı	1	6
9. Göğüs veya karın ağrısı (yada rahatsızlığı)	1	6
10. Kaslarda gerginlik veya acı	1	6
11. Rahatlayamama	1	6
12. Huzursuz hissetme	1	6
13. Kolay irkilme, ürkme	1	6
14. Titreme, sarsılma	1	6
15. Sürekli sinirli hissetme	1	6
16. Kaygılarınız yüzünden dikkatini toplayamama	1	6
17. Kaygılarınız yüzünden uykuya dalma güçlüğü	1	6
18. Ruhsal gerginlik	1	6
19. Kontrolünü kaybedeceğinden korkma	1	6
20. Gerçek olmadığınız hissi (rüyada gibi)	1	6
21. Kötü bir şey olacağından korkma (ölüm gibi)	1	6

CA8. A. (CA7'DEKİ 6 KODLARINI SAYIN) gibi yakınlarınız ne zamandır var?
..... HAFTA

26 HAFTADAN ÇOKSA SORUN.

B. Bu sorunlarınız ilk kez ne zaman başladı? BŞ YAŞI:

CA8.A 4 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA.

C. CA7 1-21 ARASI KAÇ 6 KODU VAR? EŞİK: 04

EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

BUNALTI/PANİK:

Şimdi yine yalnız geçen aya ilişkin değil tüm yaşamınıza ilişkin sorular soracağım.

D1. Başkalarının korku yada bunalıtı duymayacakları durumlarda birdenbire kendinizi çok korkmuş bunalıtılı ya da çok tedirgin hissettiğiniz nöbetleriniz oldu mu?

HAYIR.....D20'YE GEÇİN.....1

EVET..... 5

D2. Bu, toplulukta dikkatin üzerinize toplandığı veya tehlikede olduğunuz durumlar dışında oldu mu?

EVET İSE SORUŞTURMADAN ÖNCE SORUN.

Bana böyle bir nöbeti anlatabilir misiniz?

ÖRNEK:

DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA:4

D2 1 OLARAK KODLANDIYSA D20'YE GEÇİNİZ.

D4. Ani ve şiddetli korku ve tedirginlik hissettiğiniz en kötü nöbetlerinizden birinde şimdi sayacağım şikayetlerden var olanları söyleyiniz. HER BELİRTİYİ OKUYUNUZ VE HER BELİRTİYİ "EVET" YADA "HAYIR" OLARAK KODLAYINIZ. GEREKTİKÇE "Bu nöbet sırasında" YI YİNELEYİNİZ.

	H	E
1. <u>Nefes darlığı</u> , nefes alma güçlüğü	1	5
2. <u>Çarpıntı</u>	1	5
3. <u>Başdönmesi</u> , Sersemlik hissi	1	5
4. <u>Göğsünüzde/midenizde baskı, sıkışma, ağrı, rahatsızlık</u>	1	5
5. <u>Ellerinizde ya da ayaklarınızda karıncalanma, uyuşma</u>	1	5

6. <u>Boğazınızda tıkanma, yutkunma güçlüğü</u>	1	5
7. <u>Baygınlık hissi</u>	1	5
8. <u>Terleme</u>	1	5
9. <u>Titreme</u>	1	5
10. <u>Ateş basması, üşüme</u>	1	5
11. Kendinizin ya da çevrenizdeki <u>şeylerin gerçek olmadığı duygusu</u>	1	5
12. <u>Ölüm korkusu</u>	1	5
13. <u>Çılgın gibi, deli gibi davranma korkusu</u>	1	5
14. <u>Bulantı</u>	1	5
15. <u>Karın ağrısı</u>	1	5
16. <u>Boğulma hissi</u>	1	5
17. <u>Ağız kuruluğu</u>	1	5

D5. D4'TE 5 KODLANMIŞ BİRDEN FAZLA SORU VAR MI?

HAYIR.....D20'YE GEÇİN.....1

EVET.....5

D6. (D4'DE 1-17 ARASINDA 5 KODLANMIŞ BELİRTİLERDEN SÖZ EDEREK) gibi sorunlarınızın olduğu korku ya da bunaltı nöbetleriniz (ilk/son) kez ne zaman oldu?

SN 1 VEYA 2 KODLANDIYSA SORUN.

BŞ: 1 2 3 4 5 6

BŞ YAŞI:/.....

SN: 1 2 3 4 5 6

SN YAŞI:/.....

A. Geçen ay böyle kaç nöbet geçirdiniz?/..... EŞİK: 03

D7. Bir ay ya da daha uzun süre her hafta böyle en az 4 nöbet geçirdiniz mi?

HAYIR.....1

EVET.....5

D8. 4 haftalık bir süre içinde bunun gibi 4 nöbet geçirdiniz mi?

HAYIR.....1

EVET.....5

D9. Bir nöbet geçirdikten sonra bir ay ya da daha uzun süre yeni bir nöbet gelecek diye sürekli korkunuz oldu mu?

HAYIR.....D10'A GEÇİN.....1

EVET.....5

A. Geçen ay içinde böyle bir nöbet geçireceğinizden sürekli korktunuz mu?

HAYIR.....1

EVET.....5

D6A 3 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA VEYA D9A 5 KODLANDIYSA HASTA İZLEME ÇALIŞMASINA ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

D10. Nöbetler sırasında (D4'DE KODLANMIŞ EN FAZLA 4 BELİRTİYİ SAYARAK) birden başlayıp ilk birkaç dakika içinde kötüleşiyor mu?

HAYIR.....1

EVET.....5

D20. Bazı insanlar kalabalıkta, yalnız dışarı çıktıklarında, otobüs, otomobil ya da tren gibi taşıtlarda, köprüden geçerken, mantıksızca, büyük bir korkuya kapılırlar ve bu yüzden bu gibi durumlardan kaçınırlar. Siz de böyle bir durumda olmaktan her zaman çok korktuğunuz bir dönemde hiç yaşadınız mı?

HAYIR.....E1'E GEÇİNİZ.....1

EVET.....5

A. Şu durumlarda böyle bir korku hissettiniz mi?	HAYIR	EVET
1) Kalabalıkta ya da kuyrukta beklerken	1	5
2) Evden ayrılırken veya evden uzakta yalnızken	1	5
3) Çarşıda, pazarda	1	5
4) Araba, otobüs, tren ya da uçakta	1	5
5) Köprüden geçerken	1	5

HERHANGİ BİRİ KODLANDIYSA ÖRNEK İSTEYİNİZ:.....

HEPSİ 1 KODLANDIYSA 21'E, DEĞİLSE 22'YE GEÇİNİZ.

D21. Sizi her zaman korkutan bir durumdan söz ederken nasıl bir durum düşünmüştünüz?

ÖR:.....

YUKARIDAKİLERİN HİÇBİRİ... E1'E GEÇİNİZ.....1

BAŞKA.....5

D22. Bu durumda iken,	HAYIR	EVET
1. Baş dönmesi	1	5
2. Terleme	1	5
3. Titreme	1	5
4. Ağız kuruluğu	1	5
5. Kalp çarpıntısı oldu mu?	1	5

,

A. Bu sırada mide ya da göğsünüzde bir rahatsızlık, soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, kontrolünüzü kaybedecek ya da delirecekmişsiniz gibi bir duygu oldu mu?

HAYIR.....1

EVET.....5

D23. Bu açıklanamayan güçlü korku sırasında, kimse yardım etmese ve kaçamasanız, bayılmaktan ya da güçsüz kalacağınız, utanacağınız bir duruma düşmekten korktunuz mu?

HAYIR.....1

EVET.....5

D24. Korkunuz nedeniyle bu durumdan kaçındığınız oldu mu?

HAYIR.....1

EVET.....5

D25: BŞ/SN: (ilk/son) kez ne zaman (D20 A'DA 5 KODLANAN YA DA D21'DE SÖZ EDİLEN DURUMLAR)'dan mantıksızca büyük bir korkunuz oldu mu?

BŞ: 1 2 3 4 5 6

BŞ YAŞI:/.....

SN: 1 2 3 4 5 6

SN YAŞI:/.....

D26. D22 (1-5, D22A'DAN BİRİ) VE D24 "5" KODLANDI MI?

HAYIR.....E1'E GEÇİNİZ.....1

EVET.....5

D27. Bu korkularınızı bir doktora anlattınız mı?

HAYIR.....E1'E GEÇİNİZ.....1

EVET.....5

1. Bu korkularınız nedeniyle başka (profesyonel) kişilere başvurduunuz mu?

HAYIR.....1 EVET.....5

2. Bu korkular nedeniyle birden çok kez ilaç aldınız mı?

HAYIR.....1 EVET.....5

3. Bu korkular günlük yaşamınızı ve faaliyetlerinizi çok aksattı mı?

HAYIR.....1 EVET.....5

D28. Bu korkular nedeniyle yolculuğa çıkamadığınız oldu mu?

HAYIR.....1 EVET.....5

D29. Bu korkular nedeniyle bütün bir gün evden çıkmadığınız oldu mu?

HAYIR.....1 EVET.....5

D30. D2'deki PANİK NÖBETİ 2-5 KODLANDI MI?

HAYIR.....E1'E GEÇİNİZ.....1

EVET.....5

D31. Kendinizi birdenbire bunaltılı ya da rahatsız hissedip (D4 de 5 KODLANANLAR DAN EN ÇOK 3 TANESİNİ SAYARAK) gibi belirtiler ortaya çıktığından söz ettiniz.

Bu korkular yalnızca (D20 DE 5 KODLANAN YA DA D21'DE SÖZ EDİLEN DURUMLARI SAYARAK) mı ortaya çıkıyordu? Yoksa başka zamanlarda da oldu mu?

NÖBETLER YALNIZ FOBİK DURUMLARDA.

FOBİK DURUMLAR DIŞINDA NÖBETLER

E. BÖLÜMÜ : DEPRESYON E1-E49

E1-E31 ARASINDA BELİRTİNİN SON 4 HATA İÇİNDE OLUP OLMADIĞINI DA (6) KODLAYINIZ. 2 HAFTA SÜRELİ SORULARDA 6 KODU İÇİN BELİRTİNİN VARLIĞI YETERLİDİR.

E1. Yaşamınızda iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi üzüntülü, kederli, çökkün hissettiğiniz oldu mu? 1 5 6

E2. Yaşamınızda 2 yıl ya da daha uzun süreyle arada kendinizi iyi hissettiğinizde çoğu gün kederli, çökkün oldunuz mu?

HAYIR.....E7'YE GEÇİNİZ.....1

EVET.....A'YI SORUN.....5

A. Böyle bir dönem (arada 2 ay iyilik hali olmadan) kesintisiz iki yıl sürdü mü?

1 2 5

5 KODLANMADIYSA E7'YE GEÇİNİZ.

BŞ/SN: Kendinizi en az iki yıl, zamanın çoğunda üzüntülü, kederli hissettiğiniz dönemlerin (ilki/sonuncusu) ne zaman başladı/bitti?

BŞ: 1 2 3 4 5 6

BŞ YAŞI:/.....

SN: 1 2 3 4 5 6

SN YAŞI:/.....

E3. Bu dönem boyunca sık sık ağlar mıydınız? HAYIR...1 EVET...5 6

E4. Bu dönemde kendinizi sıklıkla umutsuz hissedermiydiniz? HAYIR...1 EVET...5 6

E5. Bu iki yıl ya da daha uzun süreli dönemde günlük yaşamla ve sorumluluklarınızla başedemediğinizi hissettiniz mi? HAYIR...1 EVET...5 6

E6. Bu dönemde yaşamınızın her zaman kötü olduğunu ve daha iyiye de gitmediğini hissedermiydiniz? HAYIR...1 EVET...5 6

E7-E31 ARASINDA KÖŞELİ PARANTEZ İÇİNDEKİLERİ ATLAYINIZ.
KODLAMANI BİRİNCİ KOLONDA YAPINIZ.

I	II
YAŞAM BOYU	EN KÖTÜ DÖNEM
	H E

E7. İki hafta ya da daha uzun süreyle iştahınızı
[kaybettiniz mi?] kaybettiğiniz hiç oldu mu?

BESLENME NORMAL OLSA BİLE POZİTİF
OLABİLİR.

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E8'E GEÇİN.

A. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) iştahınızı
tümüyle kaybettiniz mi?

HAYIR... 1

EVET.... 5 6 1 5

E8. Zayıflamaya çalışmadığınız halde birkaç hafta
süreyle haftada 1 kilo ya da toplam 4.5 kilo [kilo
verdiniz mi?] kilo verdiğiniz hiç oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E9'A GEÇİN.

A. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) kaç kilo kaybettiniz? KG:..... KG:.....

E9. Büyüme dönemi (ya da hamilelik) dışında en az 2 hafta süreyle [iştahınız arttı mı?] iştahınızda artma oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

E10. Çok fazla yiyerek birkaç hafta süreyle haftada 1 kilo (ya da toplam 4.5 kilo) [aldınız mı?] aldığınız bir dönem oldu mu? MALNÜTRİSYON SONRASI İSE 1 KODLAYIN.

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E11'E GEÇİN.

A. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) en fazla kaç kilo aldınız?

KG:.....

KG:.....

E11. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece uykuya dalmakta güçlük [çektiniz mi?] çektığınız oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E12'YE GEÇİN.

A. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece iki saat uykuya dalamadığınız [dalamadınız mı?] bir dönem oldu mu?

1
HAYIR...

EVET... 5 6 1 5

E12. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece [uykunuz bölündü mü?] uykunuzda bölünmeler oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E13'E GEÇİN.

A. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece bir saatten fazla yatakta uyanık [durdunuz mu] durduğunuz oldu mu? HAYIR... 1
EVET... 5 6 1 5

E13. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün sabah çok erken uyandığınız [uyandınız mı] oldu mu?

DR:..... 1 4 5* 6* 1 5
BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E14'E GEÇİN.

A. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen sabah istediğinizden en az iki saat erken [uyandınız mı?] uyandığınız bir dönem oldu mu? HAYIR... 1
EVET... 5 6 1 5

E14. İki hafta ya da daha uzun süre hemen her gün çok fazla [uyuyor muydunuz?] uyuduğunuz oldu mu? 1 4 5* 6* 1 5

E15. İki hafta ya da daha uzun süreyle çok çalışmadığınız halde kendinizi yorgun, halsiz [hissettiniz mi?] hissettiğiniz bir dönem oldu mu?

DR:..... 1 4 5* 6* 1 5
BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E16'YA GEÇİN.

A. İki hafta ya da daha uzun süreyle gücünüzün tümüyle tükenmiş olduğunu hissettiniz mi? HAYIR.. 1
EVET... 5 6 1 5

E16. İki hafta ya da daha uzun süreyle sabahları kendinizi çok kötü hissedip gün içinde daha [iyileştiniz mi?] iyileştiğiniz oldu mu? 1 4 5* 6* 1 5

DR:.....
BAŞKA:.....

E17. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün normalde yavaş konuştuğunuz ya da yavaş hareket ettiniz mi? ettiğiniz oldu mu?

DR:.....

BAŞKA:.....

1 4 5* 6* 1 5

5 KODLANMADIYSA E18'E GEÇİN.

A. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) bir başkası sizin yavaş konuştuğunuzu ya da yavaş hareket ettiğinizi fark etti mi?

HAYIR... 1

EVET... 5 6 1 5

E18. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün bir aşağı bir yukarı gidip geldiğiniz, yerinizde duramadığınız [duramayıp], sürekli hareket ettiniz mi? ettiğiniz oldu mu?

DR:.....

BAŞKA:.....

1 4 5* 6* 1 5

E19. Cinsel isteğinizin [cinsel isteğiniz] her zamankinden çok az [mydı?] aldığı birkaç haftalık bir dönem oldu mu?

DR:.....

BAŞKA:.....

1 4 5* 6* 1 5

HİÇ İSTEĞİ OLMAMIŞSA 2 KODLAYIP E20'YE GEÇİN. 5 KODLANMADIYSA E20'YE GEÇİN.

A. Cinsel isteğinizin hiç tümüyle kaybolduğu oldu mu? [Cinsel isteğiniz tümüyle kayboldu mu?]

HAYIR.. 1

EVET... 5 6 1 5

E20. İki hafta ya da daha uzun süreyle işinize ya da hoşunuza giden şeylere ilginizi [kaybettiniz mi?] kaybettiğiniz oldu mu?

DR:.....

BAŞKA:.....

1 4 5* 6* 1 5

5 KODLANMADIYSA E21'E GEÇİN.

A. İşinize ya da hoşlandığınız şeylere ilginizi tümüyle [kaybettiniz mi?] kaybettiğiniz hiç oldu mu? HAYIR.. 1
EVET... 5 6 1 5

E21. İki hafta ya da daha uzun süreyle yaşadığınız güzel şeyler karşısında (bir şey kazanmak, övülmek gibi) [sevinemediniz mi] sevinemediğiniz oldu mu? HAYIR... 1
EVET... 5 6 1 5

E22. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi: HAYIR 1

1. Değersiz

2. Günahkar

3. Suçlu [hissettiniz mi?] hissettiğiniz oldu mu?

5 VARSA SORUNUZ: Kendinizi (değersiz/günahkar/suçlu) hissetmeniz için bir neden var mıydı?

ÖRNEK:.....

DEĞERSİZLİK 1 KODLANDIYSA E23'E GEÇİN.

A. Bir hafta ya da daha uzun süreyle kendinizi daha tümüyle değersiz [hissettiniz mi?] hissettiğiniz oldu mu? HAYIR.. 1
EVET... 5* 6* 1 5

E23. İki hafta ya da daha uzun süreyle başka insanlardan aşağı olduğunuzu [hissettiniz mi] hissettiğiniz oldu mu? HAYIR... 1
EVET... 5* 6* 1 5

E24. İki ya da daha uzun süreyle hiçbir konuda fikrinizi söyleyemeyecek kadar kendinize [güveniniz azaldı mı?] güveninizin azaldığı oldu mu? 1 4 5* 6* 1 5

5 KODLANMADIYSA E25'E GEÇİN.

A. İki hafta ya da daha uzun süreyle kendinize güveninizi HAYIR.. 1
tümüyle [kaybettiniz mi?] kaybettiğiniz oldu mu? EVET... 5 6 1 5

E25. İki ya da daha uzun süreyle hemen her gün dikkatinizi toplamakta güçlük [çektiniz mi?] çektığınız oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

A. İki hafta ya da daha uzun süreyle dikkatinizi veremediğiniz için televizyon, film izleyemediğiniz, ilginizi çeken konularda okuyamadığınız oldu mu?

HAYIR... 1

EVET... 5 6 1 5

E26. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen hergün düşüncelerinizin yavaşlamış ya da karışıkmiş gibi [geldi mi] geldiği oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

E27. İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün sıradan kararları vermekte güçlük [çektiniz mi?] çektığınız oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

DR:.....

BAŞKA:.....

5 KODLANMADIYSA E28'E GEÇİN.

A. (İki hafta ya da daha uzun süreyle) sıradan konularda karar verebilme gücünüzü tümüyle [kaybettiniz mi] kaybettiğiniz oldu mu?

HAYIR.. 1

EVET... 5 6 1 5

E28. İki hafta ya da daha uzun süreyle ölümü çok [düşündünüz mü?] düşündüğünüz oldu mu? (kendinizinkini, başkalarınınkini ya da genel olarak ölümü)

1 4 5* 6* 1 5

E29. İki hafta ya da daha uzun süreyle ölmeyi [istediniz mi?] istediğiniz oldu mu?

1 4 5* 6* 1 5

E30. Hiç intihar etmeyi düşündüğünüz oldu mu? [intihar etmeyi düşündünüz mü?] 1 4 5* 6* 1 5

E31. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu? [intihar girişiminde bulundunuz mu?] 1 4 5* 6* 1 5

E32. E7'DEN BU YANA 3 YA DA DAHA FAZLA KUTUDA 5* YA DA 6* KODU VAR MI? HAYIR.....1
EVET..... 5

A. E7-E31 ARASINDA 6* KODLARINI SAYINIZ. / EŞİK:04

EŞİĞE ULAŞILDIYSA HASTA İZLEME ÇALIŞMASINA ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNU DOLDURUN.

E32 1 KODLANDIYSA E38A'YA GEÇİN.

E33. E1(ÜZGÜN YA DA ELEMLİ) YA DA E20 (İLGİ KAYBI) 5 YA DA 6 KODLANDI MI?

HAYIR.....E36'YA GEÇİN.....1

EVET.....5

E34. E7-E31'DE 5*/6* KODLARI VE E1 YA DA E20 BİRLİKTE Mİ ORTAYA ÇIKMIŞ?

HAYIR.....E38A'YA GEÇ.....1

BELİRSİZ.....2

EVET.....E37'YE GEÇİN.....5

E36. (E7-E31 ARASINDA 5* KODLANANLARI SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemlerden söz ettiniz bu sorunlar hiç birlikte (aynı ay içinde) oldu mu?

HAYIR.....E38A'YA GEÇİN.....1

EVET.....5

A. Bu sorunlarınız varken kendinizi iyi mi yoksa çökkün, her şeye karşı ilgisiz mi hissediyorsunuz?

İYİ.....E38A'YA GEÇİN.....1

ÜZGÜN.....5

E37. (İlk/son) kez ne zaman, iki hafta ya da daha uzun süreyle bu sorunlarınızın yanı sıra kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiniz?

BŞ: 1 2 3 4 5 6

BŞ YAŞI:/.....

SN: 1 2 3 4 5 6

SN YAŞI:/.....

E38. Kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiğiniz ve aynı zamanda saydığımız sorunların da bulunduğu en uzun dönem ne kadar sürdü?HAFTA

TÜM YAŞAM YA DA 19 YILDAN FAZLA İSE 996 KODLAYIN.

52xYIL=HAFTA, 4xAY=HAFTA

1-13 GÜN ARASINDA İSE 001 KODLAYIP A-D'Yİ SORUN VE MO'YA GEÇİN.

2 HAFTADAN ÇOK İSE E41'E GEÇİN.

A. Bir günden uzun 2 haftadan kısa çökkünlük dönemleriniz oldu mu?

HAYIR...MO'A GEÇİN..... 1

EVET..... 5

HAYIR.....1

B. Geçen yıl hemen her ayda bir iki kez böyle dönemleriniz oldu mu?

HER AY DEĞİL...2

EVET..... 5

C. Doktorunuza bu daha kısa süren çökkünlük dönemlerinizden söz ettiniz mi?

HAYIR.....1

EVET..... 5

D. Bu kısa çökkünlük dönemleri yaşantınızı çok aksattı mı?

HAYIR.....1

EVET..... 5

E41. Şimdi size (çökkün/EŞDEĞERİ) olduğunuz ve (E7-E31 ARASINDA 5*/6* KODLANAN BİRKAÇ MADDEYİ SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemleri

sormak istiyorum. Yaşantınız boyunca 2 hafta ya da daha uzun süren böyle kaç dönem oldu?

NÖBET

96 YA DA DAHA FAZLA İSE 96 KODLAYIN. YALNIZ 1 TANE İSE E42'YE GEÇİN.

A. Bu dönemler arasında en az birkaç ay süreyle kendinizi iyi hissediyor muydunuz? HAYIR...E42'ye GEÇİN.. 1
EVET..... 5

B. Bu dönemler arasında tüm kapasitenizle çalışabiliyor muydunuz, başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanıyor muydunuz? HAYIR...E42'ye GEÇİN.. 1
EVET..... 5

C. Aradaki bu normal dönem en az 6 ay sürdü mü? HAYIR.....1
EVET.... E42'ye GEÇİN.... 5

D. Bu dönem en az iki ay sürdü mü? HAYIR.....1
EVET..... 5

E42. Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz dönemler yüzünden hiç hastaneye (gündüz ya da tam gün hastası olarak) yattınız mı? HAYIR.....1
EVET.... E44'e GEÇİN.... 5

E43. Bu dönem(ler)den bir doktora söz ettiniz mi? HAYIR.....1
EVET.... 2'ye GEÇİN.... 5

1. Bu dönem(ler)den bir başka (profesyonel) kişiye söz ettiniz mi? HAYIR.....1
EVET..... 5

2. Bu dönem(ler)de birden çok kez ilaç kullandınız mı? HAYIR.....1
EVET..... 5

3. Bu dönem(ler) yaşantınızı, işinizi ve uğraşlarınızı önemli ölçüde aksattı mı? HAYIR.....1
EVET..... 5
4. Böyle bir dönem çalışmanızı, dost ve akrabalarınızı görmenizi engelleyecek ölçüde ağır oldu mu? HAYIR.....1
EVET.....5
- E44. GEÇEN YIL NÖBET VARSA (E37: 1-5) SORUN:
Geçen yılki (bu dönem/dönemlerden biri) bir yakınınızın ölümünden hemen sonra mı oldu? HAYIR...E45'E GEÇİN...1
EVET..... 5
- ÖLÜMDEN 2 AY GEÇTİKTEN SONRA
BAŞLAMIŞSA 1 KODLAYIP E45'E GEÇİN.

A. Bu nöbetiniz yakınınızın ölümüne mi bağlıydı?

HAYIR, YALNIZ ÖLÜME BAĞLI DEĞİL.....1

EVET, ÖLÜME BAĞLI.....5

E45. E41'DE KODLANAN NÖBET SAYISI 1'DEN FAZLA MI?

HAYIR.....1

EVET.....E47'YE GEÇİN.....5

A. BAŞLANGICI SON AY İÇİNDE Mİ? (E37 BŞ 1 YA DA 2 KODLANDI MI?)

HAYIR.....1

EVET.....M0'A GEÇİN.....5

E46. EN UZUN NÖBET 52 HAFTADAN UZUN MU? (E38)

HAYIR.....E48'E GEÇİN.....1

EVET.....5

E47. Şimdi, en az iki hafta süreyle kendinizi çökkün/EŞDEĞERİ hissettiğiniz ve daha önce saydığımız sorunlarınızın en çok olduğu zamanı öğrenmek istiyorum. O zaman kaç yaşındaydınız? (SEÇEMİYORSA KÖTÜ NÖBETLERDEN BİRİNİ ALIN)

YAŞ: .../...

A. ŞİMDİKİ EN KÖTÜ NÖBET Mİ?

HAYIR.....1

EVET.....E49'A GEÇ.....5

E48. / yaşınızda ortaya çıkan ve kendinizi
(çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz nöbetinizde sayacağım
şikayetlerde hangisi vardı? (E7'YE DÖNÜN, [] İÇİNDEKİ
SÖZLERİ KULLANARAK E7-E31 ARASINDA 5 KODLANAN YOK.....1
HER SORUYU OKUYUN) VAR..... 5

BELİRTİ BU DEPRESYON NÖBETİNDE VARSA İKİNCİ
KOLONDA 5 KODLAYIN, YOKSA İKİNCİ KOLONDA BİR
KODLAYIN.

TEK NÖBET VARSA M0'A GEÇİNİZ.

E49. Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz birden fazla nöbetiniz olduğunu
söylediniz. Başka nöbetlerinizde şimdi söz ettiğiniz nöbetiniz kadar çok şikayetini oldu
mu?

HAYIR.....1

EVET, EN AZ BİR TANESİNDE.....5

M BÖLÜMÜ: BELLEK

M0. Unutkanlığınız var mı?

HAYIR.....T0'A GEÇİNİZ.....1

EVET.....5

A. BU BÖLÜMÜN KULLANILMA NEDENİ:

Hastanın bilişsel durumu görüşmeyi sürdürmeyi olanaksız kılıyor.....1

Hasta bellek sorunlarından söz ediyor.....2

M1. Unutkanlığınızdan bir doktora söz etme fırsatı buldunuz mu?

HAYIR.....1

EVET.....5

ŞİMDİ SİZE DİKKATİNİZİ VE HAFIZANIZI ÖLÇECEK SORULAR SORMAK İSTİYORUM.

YANITI YAZIP KODLAYINIZ.	YANIT	DOĞRU	YANLIŞ
M2. Hangi yıldayız?	1	5
M3. Yılın hangi mevsimindeyiz?	1	5
M4. Bugün günlerden ne?	1	5
M5. Hangi aydayız?	1	5
M6. (Şimdi nerede olduğumuzu söyleyebilir misiniz?)	1	5
Örneğin; hangi ildeyiz?			
M7. Hangi şehir/kasabadayız?	1	5
M8. Burası neresi?	1	5
M9. Size 3 isim söyleyeceğim ve bunları tekrarlamanızı isteyeceğim. Bunları aklınızda tutmaya çalışın; birkaç dakika sonra neler olduklarını soracağım	1	5
Elma - Masa - Para	1	5
Tekrarlayabilir misiniz?	1	5

ÜÇÜ DE ÖĞRENİLENE DEK TEKRARLAYINIZ.

EK.10 Etik Kurul Onayı



1993

Başkent Üniversitesi

*Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurulu*

Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride İ. Şahin
Dr. Şule Bulut
Dr. Fuat Büyüklü
Dr. Emine Aksoydan
Dr. Tolga R. Aydos
Dr. Elif Durukan
Dr. Şebnem İlhan

Sayı: 94603339/18-050.01.08.01-715
Konu: Proje onayı

01/06/2015

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına,

Anabilim Dalımızda görev yapmakta olan Dr. Nadide Elmas Gülcü Ok tarafından yürütülecek olan KA15/171 nolu “Panik bozukluğuna eşlik eden yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda bağlanma biçimleri, mizaç, çocukluk travmaları ve erken yaşam olayları” başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 27/05/2015 tarih ve 15/65 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma
Kurulu Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde “Gereç ve Yöntem” bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

LT

Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı
16. Sokak No. 11
Bahçelievler, 06490
Ankara

Tel : 0312 212 90 65
Faks : 0312 221 37 59
arastirma@baskent.edu.tr


İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde arastirma@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Lilişer Taşbilek).

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

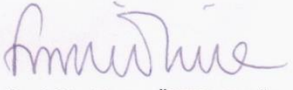
KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
27/05/2015	15/65	KA15/171

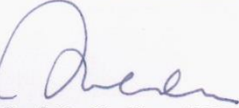
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görev yapmakta olan Dr. Nadide Elmas Gülcü Ok tarafından yürütülecek olan KA15/171 nolu ve "Panik bozukluğuna eşlik eden yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda bağlanma biçimleri, mizaç, çocukluk travmaları ve erken yaşam olayları" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.


• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Katılmadı.
• Prof. Dr. Araş PİRAT


• Prof. Dr. Füsün ÖNER EYÜBOĞLU

Katılmadı.
• Prof. Dr. Hulusi B. ZEYNELOĞLU


• Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Katılmadı.
• Doç. Dr. H. Seyra ERBEK


• Yrd. Doç. Dr. Rifat V. YILDIRIM

