

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ALEKSİTİMİ İLE
MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN KLİNİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Filiz İZCİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. M.Murat KULOĞLU**

**ELAZIĞ
2011**

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Murad ATMACA

Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Murat KULOĞLU

Danışman

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Murad ATMACA

Prof. Dr. Murat KULOĞLU

Prof. Dr. Emir DÖNDER

Prof. Dr. Serpil BULUT

.....

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimim süresince yetiŐmemde çok büyük katkıları olan tez danışmanım sayın Prof. Dr. Murat Kuloğlu'na ve sayın Prof. Dr. Murat Atmaca 'ya, bu süreçte hep yanımda olan aileme ve sevdiklerime, asistanlık süresi boyunca birlikte çalıştığım tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışmada bir grup Panik bozukluk (PB) hastası ve kontrol bireyinin mizaç ve karakter özellikleri ile aleksitimi düzeyinin karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran ve çalışma ölçütlerini karşılayan 60 PB hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 62 sağlıklı birey kontrol grubu olarak alındı. Hasta ve kontrol grubuna DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), hasta grubuna ek olarak ise Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ), Durumluluk ve Süreklilik Kaygı ölçeği (STAI-I ve STAI-II) uygulandı.

Mizaç boyutları yönüyle, PB hasta grubunun toplam zarardan kaçınma (ZK) skor ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek iken; sebat etme (SE) skor ortalamaları ise düşük bulundu. Karakter boyutları yönüyle ise, PB hasta grubunun kendini yönetme (KY) ve işbirliği yapma (İY) total skorları kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Aleksitimi düzeyi açısından ise PB grubunda; aleksitimi oranı (n=21) %35, kontrol grubunda ise (n=7) % 11.3 idi. Yine PB grubunda; duygularını tanıma zorluğu, duygularını ifade etme zorluğu ve aleksitimi total skorları yüksek saptandı.

Araştırmamızın sonuçları PB hasta grubu ile kontrol grubu arasında MKE parametreleri ve aleksitimi düzeyi açısından farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu farklılıkların PB hastalığıyla nedensel ilişkisini saptamaya yönelik daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Panik bozukluk, aleksitimi, mizaç, karakter, kişilik

ABSTRACT

ASSOCIATION BETWEEN CLINICAL VARIABLES OF PANIC DISORDER AND ALEXITHYMIA, FEATURES OF TEMPERAMENT AND CHARACTER

It is aimed to compare temperament and character features and levels of alexithymia between a group of panic disorder (PD) patients and healthy individuals in this study.

The study comprised 60 panic disorder patients who had applied to Firat University Hospital Department of Psychiatry had been diagnosed with panic disorder according to the criteria of study and 62 healthy controls. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), Sociodemographic and Clinic Data Form, Temperament and Character Inventory (TCI), Toronto Alexithymy Scale (TAS-20), were administered to both patients and healthy individuals. In addition, Beck Anxiety Inventory (BAI), Panic and Agoraphobia Scale (PAS), State and Trait Anxiety Scale (STAI-I and STAI-II) were applied to patients.

In the patients with panic disorder, with regard to temperament dimension, while the mean scores of harm avoidance (HA) were significantly higher, persistence (P) scores were lower compared to the scores of healthy controls. With regard to character dimension, the mean scores of self-directedness (SD) and cooperativeness (C) were significantly lower compared to healthy ones. In terms of levels of alexithymia, percent of alexithymia in patients was %35 (n=21), percent of alexithymia in healthy controls was %11.3 (n=7). Scores of difficulty identifying feelings, difficulty expressing feelings and total scores of alexithymia were found higher in PD group.

The results of our study demonstrated that there were differences between PD patients group and control group in terms of TCI parameters and the levels of alexithymia. Further studies are required for investigating the causal associations between these differences and PD.

Key Words: Panic disorder, alexithymia, temperament, character, personality

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	2
1.1.1. Tanım	2
1.1.2. Tarihçe	3
1.1.3. Epidemiyoloji	4
1.1.4. Etiyoloji	5
1.1.4.1. Genetik ve Aile Çalışmaları	5
1.1.4.2. Biyolojik Yaklaşımlar	6
1.1.4.2.1. Sodyum laktat provokasyonu	6
1.1.4.2.2. Karbondioksit Aşırı Duyarlılığı ve Hiperventilasyon	7
1.1.4.2.3. Noradrenerjik Sistem	7
1.1.4.2.4. Serotonerjik Sistem	8
1.1.4.2.5. GABA(Gama Amino Bütirik Asit)'erjik sistem	8
1.1.4.2.6. Kolesistokinin (CCK) Çalışmaları	9
1.1.4.2.7. Kortikotropin Releasing Faktör (CRF) ve Hipotalamo–Pituiter– Adrenal (HPA) sistemle ilgili Çalışmalar	9
1.1.4.2.8. Büyüme Hormonu Çalışmaları	9
1.1.4.2.9. Yohimbin çalışmaları	10
1.1.4.2.10. Tiroid hormonlarıyla ilgili çalışmalar	10
1.1.4.3. Psikopatolojik Yaklaşımlar	10
1.1.4.3.1. Psikoanalitik Görüş	10
1.1.4.3.2. Bilişsel–Davranışçı Yaklaşım	11
1.1.4.3.3. Stres–Diatez Yaklaşımı	11

1.1.4.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları	11
1.1.4.5. Nörofizyolojik Çalışmalar	12
1.1.4.6. Uyku Fizyolojisi ile ilgili çalışmalar	12
1.1.5. Klinik	12
1.1.5.1. Panik atakları	12
1.1.5.2. Beklenti anksiyetesi	15
1.1.5.3. Agorafobi	15
1.1.5.4. Panik–Agorafobi spektrum belirtileri	16
1.1.6. Sınıflandırma ve tanı ölçütleri	16
1.1.6.1. DSM–IV panik atağı için tanı ölçütleri	16
1.1.6.2. DSM–IV panik bozukluğu için tanı ölçütleri	17
1.1.6.3. Agorafobi için tanı ölçütleri	18
1.1.7. Klinik seyir ve prognoz	18
1.1.8. Ayırıcı tanı	19
1.1.9. Komorbidite	21
1.1.10. Tedavi	25
1.1.10.1. Farmakolojik tedavisi	25
1.1.10.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	26
1.1.2. Aleksitimi	27
1.1.2.1. Epidemiyoloji	27
1.1.2.2. Klinik belirtiler	28
1.1.2.3. Aleksitimiye açıklayan kuramlar	31
1.1.2.4. Tedavi	33
1.1.3. Kişilik, Mizaç ve Karakter	34
1.1.3.1. Cloninger’in psikobiyojik kişilik modeli ve mizaç karakter envanteri (MKE)	34
1.1.3.2. Kişilik	36
1.1.3.3. Mizaç	36
1.1.3.3.1. Mizacın psikobiyojisi	36
1.1.3.3.2. Mizacın alt boyutları:	37
1.1.3.4. Karakter	38
1.1.3.4.1. Karakterin psikobiyojisi	39

1.1.3.4.2. Karakterin alt boyutları	39
2. GEREÇ VE YÖNTEM	41
2.1. Verilerin toplanması	41
2.2. Kullanılan ölçekler	42
2.2.1. DSM–IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID–I) Ölçeği	42
2.2.2. Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI–I ve STAI–II)	42
2.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	43
2.2.4. Panik Agorafobi ölçeği (PAÖ)	44
2.2.5. Mizaç Karakter Envanteri (MKE)	44
2.3. İstatistiksel Değerlendirme	46
3. BULGULAR	48
3.1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri	48
3.2. Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları	48
3.3. Hasta ve kontrol grubunun korelasyon analizleri	56
4. TARTIŞMA	59
5. KAYNAKLAR	68
6. EKLER	86
7. ÖZGEÇMİŞ	108

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Mizaç ve Karakter Envanterinin Alt Boyutları.	45
Tablo 2. Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik verileri	49
Tablo 3. Hasta ve kontrol grubunun MKE parametreleri değerlendirme sonuçları	51
Tablo 4. Hasta ve kontrol grupları aleksitimi skorları	52
Tablo 5. Aleksitimik/Aleksitimik olmayan hasta ve kontrol grubunun MKE parametreleri değerlendirme sonuçları	55
Tablo 6. Aleksitimik/Aleksitimik olmayan hasta grubunun STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ, Panik başlangıç yaşı ve süresi verileri	56
Tablo 7. MKE ve TAÖ alt gruplarının korelasyonu	56
Tablo 8. MKE alt gruplarının, STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ ile korelasyonu	57
Tablo 9. TAÖ alt gruplarının, STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ ile korelasyonu	58
Tablo 10. MKE alt gruplarının kendi arasındaki korelasyonu	58

KISALTMALAR LİSTESİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
CCK	: Kolesistokinin
CRF	: Kortikotropin Releasing Faktör
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
EEG	: Elektroensefalografi
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
HPA	: Hipotalamo Pituitar Aks
ICD	: International Classification of Diseases (Dünya Sağlık Örgütü Sınıflaması)
İY	: İşbirliği yapma
İY1	: Sosyal onaylama
İY3	: Yardımseverlik
İY4	: Acıma
İY5	: Erdemlilik
KA	: Kendi kendini aşma
KA1	: Kendilik kaybı
KA2	: Kişiler ötesi özdeşim
KA3	: Manevi kabullenme
KY	: Kendini yönetme
KY1	: Sorumluluk alma
KY2	: Amaçlılık
KY3	: Beceriklilik
KY4	: Kendini kabullenme
KY5	: İkincil iyi huylar
LC	: Locus Cereleus
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
MHPG	: Metilhidroksifenilglükol
MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
MRI	: Manyetik Rezonans Imaging

ÖB	: Ödül bağımlılığı
ÖB1	: Duygusallık
ÖB3	: Bağlanma
PAÖ	: Panik Agorafobi Ölçeği
PB	: Panik bozukluk
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
SCID-I	: DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
SE	: Sebat etme
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
STAI-I	: Durumluluk Kaygı Ölçeği
STAI-II	: Süreklilik Kaygı Ölçeği
TAÖ- 20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TAÖ-F1	: Duygularını tanıma zorluğu
TAÖ-F2	: Duygularını ifade etme zorluğu
TAÖ-F3	: Dışa dönük düşünce
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
TSH	: Tiroid Stimüle Edici Hormon
YA	: Yenilik arayışı
YA1	: Keşfetmekten heyecan duyma
YA2	: Dürtüsellik
YA3	: Savurganlık
YA4	: Düzensizlik
ZK	: Zarardan kaçınma
ZK1	: Beklenti endişesi
ZK2	: Belirsizlik korkusu
ZK3	: Yabancılardan çekinme
ZK4	: Çabuk yorulma

1. GİRİŞ

Panik Bozukluk (PB); aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan, yoğun iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan, panik ataklarla karakterize bir hastalıktır. Panik atak ise, başta panik bozukluk olmak üzere anksiyete bozuklukları başlığı altındaki diğer psikiyatrik bozukluklarda da (sosyal fobi, özgül fobi, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, ayrılma anksiyetesi bozukluğu) görülebilen, aniden ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan yoğun bir anksiyete nöbetidir. Panik atakları tipik olarak aniden başlar ve 10 dakika içinde doruk noktasına ulaşacak şekilde giderek şiddetlenir. Ataklar yaklaşık olarak 15–20 dakika sürer. Ataklara agorafobi eşlik edebilir veya etmeyebilir. Agorafobinin temel özelliği, bir panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği ortam ve durumlarda bulunmaktan anksiyete duymaktır (1–4).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Kişiliğin iki temel yapı taşı olan mizaç ve karakter boyutlarını açıklayan bu model, psikometrik kişilik çalışmaları kadar, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme olmak üzere dört boyutlu bir mizaç ile kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımını içerir. Mizaç boyutları kişiliğin kalıtılabilir olan biyolojik yönünü yansıtmaktadır. Karakter boyutları ise, yaşam olaylarından, kültürden ve sosyal öğrenmeden etkilenen özelliklerdir (5–8).

Aleksitimi; kişinin kendi ve diğer insanların duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır (9). Aleksitimi birçok psikiyatrik hastalığa eşlik etmekte olup, bu hastalıklardan biride panik bozukluğudur. PB ve aleksitimi birlikteliğiyle ilgili TAÖ–26 ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada; aleksitimi prevalansı %39 bulunurken, TAÖ–20 ölçeği kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada ise %34 olarak bulunmuştur. Son yıllarda yapılan diğer

bir izlem çalışmasında ise 52 yetişkin PB hastasında, aleksitimi prevalansı %44.2 olarak bulunmuştur (10).

Bazı araştırmalar; anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerde, aleksitimi oranının yükselmesine dikkat çekmektedir. Anksiyete bozukluklarının gelişme ve devam mekanizmaları ile ilişkili olarak, aleksitiminin şiddetli duygulanımdan kaçınmak amacıyla, bir savunma mekanizması şeklinde işlev gördüğü düşünülmektedir. Panik bozukluğu olan kişilerin, bedensel duyuların aşırı uyarılması korkularından dolayı, duygusal deneyimlerini ketledikleri ve aleksitimik eğilimler yönünde harekete geçtikleri savunulmaktadır (11). Bu durum, aleksitiminin, duygulanımdan kaçınma fonksiyonunun da olabileceğine işaret etmektedir. Nitekim anksiyete bozukluklarından biri olan PB ve aleksitimi ile yapılan bir çalışmada; sağlıklı gruptakilere kıyasla, PB tanısı almış gruptaki bireylerin anlamlı derecede daha fazla aleksitimik özellikler gösterdiği tespit edilmiştir (12). Panik bozukluğuna aleksitimi yanında, kişiliğin kalıtsal kısmı olan mizaç boyutundaki patolojilerde eşlik etmektedir (4, 5).

Bu çalışmamızda; PB hastalarında aleksitimi ile mizaç ve karakter özelliklerinin klinik değişkenlerle olan ilişkisini ve duygularını tanıma ve ifade etme ile kişilik gelişiminin hastalığın ortaya çıkışını ve seyrini ne derece etkilediğini incelenmeyi amaçladık.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Tanım

Panik bozukluk, akut olarak ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan panik atakları ile karakterizedir (13). Panik ataklar ise, çarpıntı ve takipne gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği, göreceli olarak kısa süren, diğer anksiyete bozukluklarında da görülebilen, akut olarak beklenmedik biçimde ortaya çıkan yoğun anksiyete nöbetidir. Tipik belirtiler nefes almakta güçlük, takipne, taşikardi, titreme, baş dönmesi, sıcak veya soğuk basması, göğüste rahatsızlık hissi, depersonalizasyon ve derealizasyon ile ölüm korkusudur. Bu fizyolojik belirtilerin yanında plan yapma, düşünme, usa vurma gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın diğer temel özellikleridir (1).

Panik bozukluk hastalarında somatik, psikişik, davranışsal ve sosyal kontrolü kaybetme korkusu çok belirgindir. Genellikle hekimlerin tanı koyamadıkları ciddi bir hastalıkları olduğunu düşünürler, bu düşünce hem kronik bir anksiyete oluşmasına hem de yeni tıbbi ya da tıp dışı arayışlar içine girilmesine neden olur (14).

1.1.2. Tarihçe

Panik sözcüğü, Yunan Mitolojisinde yalnız yaşayan, çığlık atarak insanların korkmasına neden olan bir Tanrının ismi olan “Pan”dan gelmektedir (3). Klinisyenler 19.yy ortalarında panik bozukluğunu tanımlamaya başlamışlardır. PB, ilk yıllarda, çarpıntı ve göğüs ağrısı belirtileri yüzünden kardiyolojik bir hastalık olduğu düşünülmüş, modern tanı yöntemlerinin olmaması nedeniyle ayırıcı tanı yapmakta zorlanılmıştır (3, 15, 16).

1871’de PB, Da Costa tarafından askerlerde sık rastlanılan ve yoğun bir göğüs ağrısı, şiddetli çarpıntı, yapısal bozukluğun olmadığı bazı kardiyak belirtilerle giden işlevsel bir sendrom olarak “irritabl kalp” adıyla tanımlanmıştır (17). 1895 yılında ise Sigmund Freud akut ve kronik, psikişik ve somatik belirtilerle ilişkili olan "Anksiyete Nevrozu" kavramını ortaya atmıştır (3). Kreapelin 1909’da yayınladığı kitabında “korku nevrozu” adıyla anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünden bahsetmiştir. Francis Henkel 1917’de yayınladığı kitabında DSM tanı ölçütlerine oldukça benzeyen “paroksizmal anksiyete atağını” tanımlamıştır (18). 1918 yılında Sir Thomas Lewis tarafından benzer tablo için “efor sendromu” terimi, 1930’ların sonunda “kardiyak nevroz” tanımlamaları kullanılmıştır (3, 19).

Panik bozukluğu anksiyete nevrozundan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi ise Klein olmuştur. Klein, daha sonradan “farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmış ve bu ayırmadan yola çıkarak hastalığı farklı bir anksiyete bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır. Daha sonra geliştirdiği yeni anksiyete bozukluğu kavramında ise, beklenti anksiyetesinin panik ataklarının ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiğini ortaya koymuş, panik atakları ile agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır (20).

1980 yılında yayımlanan DSM III’de anksiyete nevrozu tanımı kaldırılmış, onun yerine PB terimi kullanılmıştır. Ayrıca bu sınıflamada PB yanı sıra agorafobiye

de anksiyete bozuklukları içinde tek başına veya PB ile birlikte yer verilmiştir. DSM–IIIR’de PB’ye, agorafobiden çok daha fazla ağırlık verilmiştir ve agorafobi olmaksızın panik bozukluk sınıflaması da eklenmiştir (21). DSM–IV’de ise agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk tanıları yer almaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı sınıflaması olan International Classification of Diseases (ICD–9)’de PB tanı kategorisi bulunmazken, ICD–10’da bir ay içerisinde bir kaç kez ağır otonomik bunaltı nöbeti geçiren hastalar “panik bozukluk veya paroksizmal bunaltı nöbetleri” başlığı altında incelenmiştir (13, 22).

1.1.3. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletinde beş ayrı merkezde yürütülen Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında PB için bir aylık prevalans %0.5, yaşam boyu prevalans %1.6 olarak bulunmuş, PB’li hastaların %75–80’inin kadın olduğu saptanmıştır (23). Kadınlarda bozukluğun erkeklerden 3–3.5 kat fazla olduğu bildirilmiştir (24).

Panik bozukluk için DSM–III tanı ölçütlerinin göz önüne alındığı ve 40000 kişinin dahil edildiği bir çalışmada yaşam boyu PB prevalansı %0, 4–2, 9 olarak belirlenmiştir (25). DSM III–R tanı kriterleri kullanılarak yapılan 8000 kişinin alındığı National Comorbidity Survey çalışmasında ise yaşam boyu prevalans %3.8 bulunmuştur (24, 26). DSM–IV ölçütlerine göre tüm dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, PB yaşam boyu yaygınlığı %1.5–3.5, yıllık yaygınlık oranları ise %1–2 arasında bildirilmektedir (1). Ülkemizde ise 1992 yılında İstanbul’da yapılan bir çalışmada PB yaygınlığı %1.2, 1995 yılında Sivas’ta yapılan bir çalışmada ise %4.3 oranında bulunmuştur (27, 28).

Panik bozukluk başlangıç yaşı çok değişken olsa da, genellikle ergenliğin son dönemleri ile 30’lu yaşlar arasında kalan bir döneme rastlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 25’tir ve tedavi için başvuranların çoğu 25–45 yaşlarındadır. Yaşlandıkça PB sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde ise nadiren görülmektedir. Başlangıç yaşının, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15–34 yaş) ve geç başlangıçlı (45–54 yaş) olarak bimodal yaş dağılımı gösterdiği saptanmıştır (17, 29). Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında elde edilen veriler ise PB başlangıç yaşının 15–19 yaşları arasında zirveye ulaştığını, bazı olgularda ise ergenlikten önce başladığını göstermektedir (23).

Panik bozukluk tanısı alan hastaların yaklaşık 1/3–1/2’si aynı zamanda agorafobi tanı ölçütlerini de karşılamaktadır. Agorafobili panik bozukluk erkeklere göre kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Panik bozukluğun (agorafobi ile birlikte veya agorafobi olmaksızın) yaşam boyu prevalansı %1, 5–3, 5 arasında, bir yıllık prevalans hızı %1–2 arasındadır. Panik ataklarının yaşam boyu prevalansı ise % 4 civarındadır (1, 29–31). Panik atakları, agorafobi ve PB kadınlarda, erkeklere oranla 2–3 kat daha fazla görülmektedir (32).

Evli olmayanlarda (dul, bekar, ayrı yaşayanlar) panik bozukluğu riski evlilere göre iki kat artmaktadır. PB, şehirde yaşayanlarda, kırsal kesimde yaşayanlara göre 1, 5–2 kat daha fazla görülmektedir (22). Aile çalışma verileri; panik atakların ve panik bozukluğun eğitim, etnik ve sosyal duruma bağlantılı olmadığını ancak boşanma veya ayrılığın panik atakları ve PB riskini arttırdığını göstermektedir (23, 33). Tek başına panik atağı geçirme oranı PB görülme oranından daha sıktır ve genel popülasyonda yaşamın herhangi bir döneminde panik atağı geçirdiğini bildiren kişilerin oranı %7–14 arasında bulunmuştur (34). ICD–10’a göre tanı konulan uluslararası bir çalışmada, panik bozukluğun birinci basamak sağlık kurumlarında görülen hastalar arasındaki yaşam boyu prevalansı %3, 4 bulunmuştur. PB hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıkça başvurabilmektedir. Vestibuler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15’inin, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %16’sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35’inin ise PB hastası olduğu bildirilmiştir (20).

1.1.4. Etiyoloji

1.1.4.1. Genetik ve Aile Çalışmaları

Gerek aile, gerek ikiz çalışmalarının sonuçları, anksiyete bozukluklarının ailesel geçişinde genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığını göstermekle birlikte, bunun genetik doğası tam olarak çözümlenememiştir. PB’li hastaların birinci derece biyolojik akrabalarında bu bozukluğun görülme olasılığı 4–7 kat daha fazladır (29, 35). Hastaların ailesindeki kadınlar arasında erkeklere kıyasla daha sık görülmektedir. Bu veriler panik bozukluğun gelişiminde genetik etmenlerin katkısını desteklemektedir. Bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, ailesel ve genetik veriler birleştirilerek analiz edildiğinde; PB tahmini kalıtılabilirliğinin 0.48 olduğu saptanmıştır (36). Panik bozukluğun kalıtımına ilişkin diğer bir çalışmada ise, 16.

kromozom üzerinde yerleşmiş bulunan alfa haptoglobulin geni arasında bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (29, 35). Ancak bu çalışmalara karşın PB'nin biyolojik temelinden sorumlu genler henüz bulunamamıştır (37). Aile ve ikiz çalışmalarından çıkan sonuç kalıtılanın PB değil, paniğe duyarlılık olduğu görüşüdür (38).

Panik bozukluk için biyolojik bir marker olarak kabul edilen karbondioksit aşırı duyarlılığının, panik hastalarının birinci derece yakınlarında, sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda saptanması, bu duyarlılığın da kalıtılabilir nitelikte olduğunu göstermektedir (17). Araştırmalar, panik bozukluğunda genetik sorumluluğun %30 olduğunu, geri kalan riskten de spesifik çevresel faktörlerin sorumlu olduğunu göstermiştir (39).

1.1.4.2. Biyolojik Yaklaşımlar

Panik bozukluk üzerinde çok sayıda araştırma yapılan, ancak biyolojik mekanizması tam olarak aydınlatılamamış bir bozukluktur. Ancak tedavide kullanılan ilaçlara yanıt vermesi, genetik yatkınlığın olması, provokasyon testleri ile panik ataklarının uyarılması bozukluğun etiolojisinden biyolojik bir fizyopatolojik düzeneğin sorumlu olduğunu desteklemektedir (4, 13, 15, 16, 40).

1.1.4.2.1. Sodyum laktat provokasyonu

Panik bozukluk hastalarında fiziksel egzersiz sırasında kanda biriken laktatın kontrollere göre daha yüksek düzeylere ulaştığı ve hastaların karbondioksit aşırı duyarlı oldukları gösterilmiştir (41). Sodyum laktat infüzyonuyla ilişkili kontrollü bir çalışmada; laktat verilmesinden sonra 14 hastanın 13'ünde panik atak belirtileri tespit edilirken, kontrol grubundaki 10 kişinin sadece 2'sinde bu belirtiler tespit edilmiş ve laktat infüzyonu sonucunda panik atak oluşmasının PB tanısı için biyolojik bir belirteç olabileceği vurgulanmıştır (3). Diğer yandan Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'ne geçen sodyum laktatın karbondioksit metabolize olduğu ve merkezi sinir sisteminde oluşan hiperkapninin aşırı duyarlı kemoreseptörleri uyararak panik atağına yol açabileceği de öne sürülmüştür (41).

Laktat ile ilgili hipotez, "CO₂ birikimi" ile ilgilidir. Laktat verildikten sonra karaciğer tarafından alınıp pirüvata dönüştürülür. Pirüvat metabolizması sırasında HCO₃ ondan da CO₂ meydana gelir. CO₂ kan beyin bariyerini aşarak MSS' ye girer. Panik atağı geçiren kişilerin MSS' de CO₂ birikimine karşı aşırı hassas oldukları ve

bu nedenle laktat infüzyonu sırasında normallerden daha fazla hiperventilasyon cevabı gösterdikleri bulunmuştur (13, 15, 42).

1.1.4.2.2. Karbondioksit Aşırı Duyarlılığı ve Hiperventilasyon

Yüksek konsantrasyonlarda karbondioksit inhalasyonunun anksiyeteyi arttırdığı ve PB hastalarında panik atakları indüklediği gösterilmiştir (43). Perna ve ark. (44) panik bozukluğu olan hastaların birinci dereceden akrabalarına da %35 CO₂ provokasyon testi uygulamışlar ve hastalık öyküsü olmayan 23 kişilik grupta 22 kişinin provokasyon testinden sonra panik atak geçirdiklerini saptamışlardır. Panik hastalarında beyin sapı kemoreseptörlerinin alarm eşiği (CO₂ ile uyarılma eşiği) düşük olduğundan, normal parsiyel CO₂ basıncı (p CO₂) düzeylerinde bile uyarılarak boğulma korkusunun ön planda olduğu panik atağının ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (45). Beyinde CO₂ düzeyi artışının doğrudan ventral meduller kemoreseptörleri uyardığı gibi Locus Ceruleus (LC) için de güçlü bir uyarıcı olmaktadır. Arteryel parsiyel CO₂ basıncındaki (pa CO₂) artışlar, pa CO₂'ye duyarlı beyin sapı nöronlarını aktive ederek belirgin bir noradrenerjik uyarılmaya yol açmakta ve böylece panik atağı başlatmaktadır. Hiperventilasyon kompensatuar amaçla ortaya çıktıysa da, serebral vazokonstriksiyona ve respiratuar alkalozu neden olarak baş dönmesi, sersemlik hissi ve derealizasyon gibi ek panik atağı belirtilerini oluşturmaktadır (46, 47). Ancak araştırmalarda panik ataklarının önemli bir kısmına hiperventilasyonun eşlik etmemesi ve hastaların ancak bir kısmında pCO₂'nin düşmemesi yanında, en önemlisi hiperkapninin hiperventilasyondan daha fazla oranlarda panik ataklara yol açmasından dolayı bu varsayım etiyolojik değerini yitirmiştir (47).

1.1.4.2.3. Noradrenerjik Sistem

Locus Ceruleus–Noradrenerjik Sistem, “savaş ya da kaç” tepkisini uyarıcı düzeneklerin başında gelmektedir. Buradan salgılanan norepinefrin hem doğrudan hem de adrenal bezlerin uyarımı aracılığıyla MSS'yi etkinleştirerek solunumsal, kardiyolojik ve davranışsal anksiyete belirtilerinin oluşumuna yol açmaktadır. PB hastalarında ortostatik zorlama ertesinde ayakta ve supinasyonda norepinefrin düzeyleri kontrollerden daha yüksektir (48).

Araştırmalar, noradrenerjik nöronların köken aldığı beyin sapındaki LC'un korku ve alarm tepkilerinden sorumlu olduğunu göstermektedir. Bu konudaki çalışmalar, panik nöbetleriyle LC bölgesindeki noradrenelin içeren nöronların aşırı

uyarılması ya da inhibitör mekanizmaların yetersiz olması arasındaki ilişkinin araştırılması üzerinde odaklanmıştır (49). Alfa-2 adrenerjik otoreseptörlerin antagonisti olan yohimbin noradrenerjik sistem üzerinden etki eden bir provokasyon ajanıdır (41). Yohimbin araştırmaları panik hastalarında kontrollere göre daha fazla anksiyeteyi uyarmış, kardovasküler yanıtlar daha şiddetli olmuş ve serum norepinefrin metabolitleri (metilhidroksifenilglükol: MHPG) düzeyleri daha fazla artmıştır (50–52).

Alfa-2 adrenerjik otoreseptörleri uyaran diğer bir ajan olan klonidinin ise, MHPG düzeyini ve noradrenalinin dönüşümünü azaltarak, plazma MHPG düzeylerini panik bozukluğu hastalarında kontrollere göre daha fazla düşürdüğü gösterilmiştir (53).

1.1.4.2.4. Serotonerjik Sistem

Korku ve savunma yanıtlarının ortaya çıkmasında, serotoninin rolü olduğu bilinmektedir (49). Özellikle serotonin sentezinin azalması ve 5HT1 ve 5HT3 reseptörlerinin bloke edilmesi sonucu serotonerjik işlevdeki azalmanın hayvanlardaki anksiyetenin azalmasına yol açtığı belirlenmiştir. 5HT1 reseptör agonisti m-klorofenilpiperazin (m-CPP) ağız yoluyla 0.5 mg/kg verildiğinde normal deneklerde hiç panik oluşmamasına karşın, PB'li hastaların %70'inde panik atakları ortaya çıkmaktadır. Benzer şekilde serotonin salınımına neden olan fenfluramin ağız yoluyla 60 mg uygulanması sağlıklı denekler ve major depresif hastalarda herhangi bir etki göstermezken, PB'li hastalarda anksiyete ve panik atak oluşturmaktadır (29, 54).

1.1.4.2.5. GABA(Gama Amino Bütirik Asit)'erjik sistem

Hastaların yaşadığı beklenti anksiyetesinden limbik sistemin özellikle singulat ve parahipokampal korteksin sorumlu olduğuna dair kanıtlar vardır. Bu beyin bölgesi kökenli beklenti anksiyetesinin oluşumunda GABA-benzodiazepin reseptör kompleksinin de rolü olabileceği öne sürülmektedir. Benzodiazepinler, GABA'erjik işlevi artırmak suretiyle anksiyeteyi azaltırlar benzodiazepinler, MSS' de serotonerjik işlevi dolaylı olarak azaltmak suretiyle anksiyolitik etkilerini göstermektedir (3).

Sağlıklı gönüllülerde benzodiazepin verilince GABA düzeyi azalmış, panik hastalarında ise zaten düşük olan GABA düzeyi azalmamıştır. Uzun süreli

benzodiazepin bu hastalara verilmesi bile GABA düzeyini deęiřtirmemiř olması bu bulgunun bir belirteç olabileceęini dūřündürmüřtür (55).

1.1.4.2.6. Kolesistokin (CCK) Çalışmaları

Kolesistokin reseptör antagonistleri CCK-4 ve analoğu olan pentagastrinin damar içi hızlı enjeksiyonları sonucu PB'li hastaların %91-100'ünde kontrol deneklerinin ise %17-47'sinde panik atak gelişmektedir. Serotonin, 5-HT₃ reseptörleri aracılığıyla CCK salınımını güçlü bir şekilde uyarmasının yanı sıra seçici serotonin geri alım inhibitörü fluvoksaminin, CCK-4'ün panik atak oluşturucu etkilerini bloke etmesi CCK ile serotonin arasında önemli bir etkileşim olduğunu dūřündürmektedir. Kolesistokin-B antagonistleri ile ön tedavi, PB'li hastalarda CCK-4 ile sodyum laktatın panik atak oluşumunu önlemektedir. Bu durum CCK-B antagonistlerinin klinik olarak etkin antipanic ilaçlar veya anksiyolitikler olabileceğini dūřündürmektedir (56).

1.1.4.2.7. Kortikotropin Releasing Faktör (CRF) ve Hipotalamo-Pituitar-Adrenal (HPA) sistemle ilgili Çalışmalar

Kortikotropin Releasing Faktörün strese karşı verilen nöroendokrin ve davranışsal yanıtları düzenlediği dūřünülmektedir. Akut ve kronik strese maruz bırakılmış sıçanlarda LC bölgesinde CRF konsantrasyonunda artış olduğu gösterilmiştir (57). Panik atakları sırasında HPA sisteminde etkinlik artışı olup olmamasının panik ve korku ayırımında önemi vardır. Bazı maddeler (CCK-4, kafein, m-CCP, vb.) panik atağı tetiklerken atak sırasında HPA sistemi de etkinleşir. Ancak, solunumsal uyarıcılarla (laktat ve CO₂) oluşan panik ataklarında HPA etkinleşmesinin olmaması nedeniyle beklenmedik panik ataklarının korku yanıtlarına eşdeğer olmadığı dolayısıyla farklı düzeneklerden kaynaklandığı savunulmuştur (45, 58). Bazı çalışmalarda saptanan HPA etkinleşmesi (ACTH ve kortizol yükselmesi), beklenti anksiyetesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (58, 59).

1.1.4.2.8. Büyüme Hormonu Çalışmaları

Panik bozukluk hastalarında santral sinir sistemi noradrenerjik aktivitelerini dolaylı yoldan değerlendirmek için alfa-2 adrenerjik bir agonist olan klonidin stimülasyonuna büyüme hormonu yanıtı ölçülmüştür. Normalde klonidin, büyüme hormonu salgılanmasını uyarmaktadır. Klonidin uyarısına büyüme hormonu

yanıtındaki düzleşme; PB hastalarında postsinaptik noradrenerjik reseptörlerdeki “down–regülasyon” ile bağlantılı bulunmuştur (51).

1.1.4.2.9. Yohimbin çalışmaları

Bir alfa–2 adrenerjik reseptör antagonisti olan yohimbin, santral noradrenerjik boşalımı arttırır. Yohimbin uygulaması PB’li hastalarda normal deneklere kıyasla; MHPG düzeylerini arttırmakta, daha çok anksiyete ve bedensel belirtilere ve daha sık panik ataklara yol açmaktadır (60).

1.1.4.2.10. Tiroid hormonlarıyla ilgili çalışmalar

Atmış altı PB olan hasta grubu üzerinde yapılan bir çalışmada tiroid hormonları ile PB arasında belirgin bir ilişki olduğu panik belirtilerinin şiddetinin TSH yüksekliği ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (61).

1.1.4.3. Psikopatolojik Yaklaşımlar

1.1.4.3.1. Psikoanalitik Görüş

Klasik psikoanalizde hızlı başlangıçlı, otonomik uyarılma ve çok şiddetli anksiyete ile seyreden bir klinik tablo anksiyete nevrozu olarak adlandırılmıştır (62). Bu kurama göre, anksiyete bilinçdışı savunma düzeneklerinin hem nedeni hem de sonucudur ve panik atağı anksiyete oluşturan uyaranlara (travmatik yaşantılar) karşı başarısız kalan savunmaların sonucunda gelişmektedir (63).

Panik bozukluğun psikodinamik modeli, bu hastalarda alışkın olunmayan durumlar karşısında “aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışlarıyla beslenen” ve “çözülmemiş bağımlılık–bağımsızlık çatışmalarına” yol açan, doğuştan gelen bir korku yanıtının gözlemlendiği varsayımına dayanmaktadır (17).

Psikoanalitik kuramlar panik nöbetlerin anksiyete uyarıcı dürtülere karşı başarısız bir savunmadan kaynaklandığını ileri sürer. Kullanılan savunma düzenekleri bastırma, yer değiştirme, kaçınma ve sembolizasyondur. Çocukluk çağında yaşanan örseleyici bir ayrılma çocuğun geliştirmekte olan sinir sistemini etkileyebilir ve erişkinlikte anksiyeteye eğilimli hale getirebilir (4). Yalnız kalma, terk edilme ya da kapan kısılma ile etkinleşen bilinçdışı fantezilerin sonucu, tehlikeli bir ayrılık ya da tuzağa düşme olarak yorumlanan psikolojik güçlüklerle karşı, öfke ya da suçluluk duygusuyla tepki verme eğilimi ortaya çıkar. Altta yatan yapısal bir nörofizyolojik yatkınlıkla birlikte, olumsuz duygularla karşılaşma da beyni duyarlı kılar. Anksiyete karşısında savunma düzenekleri başarısız kaldığında panik

anksiyetesi oluşur. Böylece gelişmemiş savunmaların denetlenmede yetersiz kaldığı korku veren olumsuz duygulanımdan köken alan önemsiz fiziksel duyular kolayca paniği uyarabilmektedir (64).

1.1.4.3.2. Bilişsel–Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel kurama göre PB, fiziksel ya da mental kökenli içsel duyuların yanlış olarak, katastrofik biçimde yorumlanmasına bağlıdır. Katastrofik yanlış yorumlama, çarpıntıları olması muhtemel bir kalp krizinin, soluk alma güçlüğüne soluksuz kalıp ölmenin bir habercisi olarak görmek gibi, bedensel duyuların gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algılanması şeklinde ifade edilmektedir. Bir anlamda panik hastaları “korkudan korkmakta” ve dikkatlerini bu belirtilere yoğunlaştırmaktadırlar. Bu katastrofik inançlar yeniden anksiyeteye ve dolayısıyla daha fazla bedensel belirti ve duyuma neden olurlar. Bu durum bir kısır döngüye dönüşür. Sonuçta, koşullanmış uyaranlara (örn. palpasyon), koşullanmış yanıtlar (panik atağı) ortaya çıkarmaktadır (17).

1.1.4.3.3. Stres–Diatez Yaklaşımı

Klinisyenler ilk panik atağının ortaya çıkmasından önce olumsuz yaşam olaylarının sıklığının yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir Bu bireyler, bu tür olaylara karşı aynen vahşi bir canlının fiziksel tehdit ve tehlikelere karşı gösterdiği tepkiyi verirler. Stresle ilgili noradrenerjik ve serotonerjik aktivite ya da bilgi işlem süreçleri gibi biyolojik ve/veya bilişsel değişimler muhtemelen ilk panik atağında önemli rol oynamaktadır (29, 35, 65).

1.1.4.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Magnetik Rezonans Imaging (MRI) ile yapılan görüntüleme çalışmalarında PB olan hastalarla kontrol grubu karşılaştırıldığında, medial temporal lob anomalilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (66). PB’de en önemli bağlantı parahipokampal bölge ile amigdala arasındadır. Ayrıca temporopolar korteks ve LC’de panik atak ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (15, 42). Panik atak sırasında tespit edilen davranışların düzenlendiği yer parahipokampal bölgedir. Bu bölge, hipokampusa gelen ve hipokampustan çıkan uyarıların toplandığı merkezdir. Bu nedenle panik atağının ortaya çıkmasında parahipokampal bölgedeki hipoaktivitenin önemli rol aldığı düşünülmektedir (13, 15, 67).

Serebral kan akımı ve glikoz metabolizması çalışmalarında, özellikle hipokampal, parahipokampal yapılar (68, 69) ve sağ frontal korteksde (70) kan akımı ve metabolizmada artış olduğu saptanmıştır.

1.1.4.5. Nörofizyolojik Çalışmalar

Pozitron Emisyon Tomografi (PET) tekniği kullanılmak suretiyle laktat infüzyonu sonucu panik atak gelişen hastaların beyin kan akımında hemisfer asimetrisi saptanmıştır. Parahipokampal girusta fokal asimetri ve her iki temporal bölgenin kan akımında artışlar olabileceği ileri sürülmektedir (29). MRI çalışmaları ile panik atağı olan hastaların %40'ında beyin atrofisi saptanmıştır. Ayrıca bu hastalarda nonpileptik elektroensefalografi (EEG) anormallikleri olabileceği bildirilmektedir (71, 72). Özellikle bu hastaların sağlıklılara göre EEG'lerinde daha fazla yavaş dalga etkinliği sergiledikleri ve bununda hiperventilasyonla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (73). Yine yapılan elektrofizyolojik çalışmalar da, panik bozukluğun oluşumunda beyin sapı ve limbik bölge yapılarının katkılarının bulunduğunu desteklemektedir (74). Stein ve Uhde, panik hastalarında %14 oranında epileptik olmayan EEG anormallikleri saptamışlardır. Temporal lobla ilgili bu EEG bozuklukları anatomik olarak parahipokampal asimetriyi gösteren PET çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur (75).

1.1.4.6. Uyku Fizyolojisi ile ilgili çalışmalar

Panik bozukluk hastalarının yaklaşık 2/3'ünde uyku yakınma ve güçlükleri olup, bu bulgular gece gelen (nocturnal) atakların ya da depresyon eştanısının varlığında daha fazla saptanmaktadır (76). Diğer yandan öznel yakınmalar fazla olmamakla birlikte, PB hastalarında nocturnal panik atakları eşlik etsin ya da etmesin, normal bireylerin uykusundan ayırt edici bir polisomnografi bulgularına rastlanmamıştır (77–79).

1.1.5. Klinik

Panik bozukluğun üç temel klinik özelliği vardır: panik atakları, agorafobi, beklenti anksiyetesi (80).

1.1.5.1. Panik atakları

Panik atağı ani, nedensiz ve şiddetli bir anksiyete halidir. Yaşanan huzursuzluk ve anksiyete nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi güçlü bedensel duyumların eşlik etmesi, ek olarak plan yapma, düşünme, usa vurma gibi

yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması, panik atağının diğer özellikleridir. Klinik görünümü oldukça heterojendir. Belirtiler otonom sinir sistemi (örn: çarpıntı, terleme), solunum sistemi (örn: nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi) ve MSS (örn: depersonalizasyon, baş dönmesi) kaynaklı olabilir. Bedensel belirtilerin bir kısmı(baş dönmesi, uyuşma–karıncalanma) hiperventilasyona ikincil gelişmektedir. Hiperventilasyon, anksiyeteyi kompanse etmek için ortaya çıkan, ancak ek bedensel belirtiler oluşmasına yol açan bir düzendir. Hiperventilasyon ile kanda CO₂ düzeyleri azalır ve başta sersemlik hissi, baş dönmesi, bedenin değişik bölgelerinde uyuşma–karıncalanma ile ellerde–ayaklarda kasılmalar gibi ek belirtiler ortaya çıkabilir.

Hastalar, panik atağı kalp krizi geçirdiği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü yitireceği ya da delireceği, çoğu kez de öleceği biçiminde yorumlar. Bu yorumlar ve korkular atağın bilişsel belirti örüntüsünü oluşturur. Bu tür bilişler hastalarda öznel bir huzursuzluk hali yaratmakta ya da var olan anksiyeteyi artırmaktadır. Panik atağı tanısı için atak sırasında, toplam 13 bedensel ya da bilişsel belirtiden en az dördünün korku duygusuna eşlik etmesi gereklidir (1). Panik atağı hızla ortaya çıkar, başlangıcından sonraki 2–10 dakika içinde doruğa ulaşır ve çoğunlukla 10–30 dakika sürer. Nadiren saatlerce devam eder. O sırada hastaların yapmakta oldukları etkinlikleri sürdürmesi güçleşmiş, hatta olanaksız hale gelmiştir. Bir an önce içinde buldukları ortamlardan kaçıp kurtulmak istemektedirler. Çarpıntı, taşikardi ve baş dönmesi gibi tanı ölçütlerinde yer alan belirtiler hastalar tarafından en fazla bildirilen belirtilerdir. Ayrıca çaresizlik hissi ve kaçma–uzaklaşma isteği gibi belirtiler, tanı ölçütlerinde yer almamakla birlikte çok fazla bildirilmektedir (81). Bunlar dışında panik atakları sırasında hastalar ağız kuruluğu, idrar çıkarma isteği, karında gaz hissi ya da basınç, geğirme, barsak hareketlerinde artış, irritabilite, düşünememe, düşüncelerin yavaşlaması, başta ve ensede duyular gibi belirtiler yaşadıklarını belirtmektedirler.

Her durum ve koşulda, hatta uykuda bile panik atakları gelişebilir. Atakların sıklığı ve şiddeti oldukça değişkendir. Panik atağı hızla tıbbi yardım arayışına yol açar. Bu hastalar öncelikle acil servislere, daha sonra da sıklıkla kardiyolog ve

nörologlara başvururlar. Temel başvuru yakınması o kişi için en korkutucu olan çarpıntı, göğüs ağrısı, baş dönmesi vb. bedensel belirtilerdir (82).

Panik atakları ortaya çıkış şekillerine ve klinikte verdikleri belirtilerine göre:

a) Durumsal panik ataklar

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –IV de üç farklı panik atağı yer almıştır: Bunlar; durumsal yatkınlık gösteren, durumsal olan ve beklenmedik panik ataklardır. Bozukluğun gidişi sırasında bazı koşullanmalar panik ataklarını durumsal yatkınlık gösteren ya da durumsal hale getirebilir. Durumsal panik atakları daima belirli bir tetikleyici durumla karşılaşıldığında ya da karşılaşma olasılığında yaşanmaktadır. Yani atakların nerede ve nasıl olacağı önceden kestirilebilmektedir (1). Durumsal panik atakları beklenmedik ataklarla fenomenolojik olarak benzerdir; ancak hastalar tarafından beklenmedik ataklardan daha şiddetli oldukları ifade edilmektedir (83).

b) Sınırlı belirtili panik atakları

Farklı bir panik atağı türüdür. Hastalar neredeyse panik atağı geçirecekmiş gibi olduklarını ve belirtilerin çok kısa sürdüğünü ifade ederler. Dört taneden daha az panik atağı belirtisi olan panik atakları sınırlı belirtili panik ataklar olarak tanımlanmaktadır (1).

c) Gece gelen panik atakları

Gece gelen (nocturnal) panik atakları bir tetikleyici olmaksızın, uykudan aniden, büyük bir korkuyla uyanma ve fizyolojik uyarılma haliyle karakterizedir. Çeşitli çalışmalarda gece gelen atakların panik bozukluğu hastalarının % 40–70 inde en az bir kez, %18–45 inde ise düzenli olarak görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca gece gelen ataklar non–REM döneminde evre II sonu ve evre III başlangıcında ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda; Evre IV de oluşan gece terörleri ve REM de oluşan kabuslarla ilişkileri olmadığı gösterilmiştir (79, 84). Bu ataklar, uykuya daldıktan sonraki ilk 1–4 saat içinde meydana gelir ve birçok hastaya göre gündüz ataklarından daha şiddetli ve daha fazla sayıda belirti içerirler. Bu ataklar ortalama 25 dakika sürmektedir (83).

d) Klinik olmayan panik ataklar

Panik atağı yaşıyan ancak herhangi bir emosyonel bozukluk (panik bozukluk, agorafobi vb.) sahibi olmayan kişilerdeki panik atakları tanımlamak için kullanılmış olup bu kişilerde yeni atak oluşma endişesi çok az veya hiç yoktur (84).

e) Korkusuz (non–fearful) panik atağı

Korkusuz panik atağı, bilişsel belirtiler ve öznel korku olmaksızın özellikle göğüs ağrısı ile kardiyologlara başvuran hastalarda tanımlanmış ve panik bozukluğunun tıbbi hastalardaki bir değişkeni olarak değerlendirilmiştir (85).

1.1.5.2. Beklenti anksiyetesi

İlk ataktan sonra ya da atakların sıklaşmasıyla birlikte bir başka atak olacağına dair korku gelişmekte ve hastalar yaygın anksiyete bozukluğundakine benzer, dikkat, kaygılı beklenti ve hiperaktivitenin eşlik ettiği bir anksiyete durumu yaşamaktadırlar. Bu yeni bir panik atağı geçirme beklentisi ve korkusuna beklenti anksiyetesi denir. Beklenti anksiyetesinin üç ögesi vardır:

1–Bir panik atağı geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşları;

2–Yine bir panik atağı olacak, bu da tehlike yaratacak inancı ve beklentisi;

3–Süregiden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkma (1).

Bu hastaların bedensel duyumlarına ilgileri fazlasıyla artmıştır. Solunumu ne zaman hızlanmaya başlamaktadır? Kalp atımının neler artırmaktadır? Şuan bulunduğu yere en yakın sağlık kuruluşu nerededir ve oraya nasıl hızlı bir şekilde ulaşabilir? gibi kafasını sürekli dolduran ek anksiyete düşünceleri vardır (17).

1.1.5.3. Agorafobi

Kişinin, yeni bir nöbet geçirme korkusuyla, tek başına ev dışında olmaktan, kalabalıkta bulunmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçındığı duruma “agorafobi” denmektedir (49).

Agorafobi, spontan panik ataklarının yarattığı tehdit ve tehlike algısı, bir dizi aktif kaçınma eylemini tetikler. Hastalar panik atağı ve anksiyeteyi yaşamamak veya tehlikeli gördükleri şeylerden kendisini korumak için etkili ve sorun çözücü olmayan davranışları da içeren birçok güvenlik önlemine başvurumaktadırlar. Kişiler anksiyete ya da huzursuzluk yaratabilecek durumlar, yerler ya da olaylardan uzak durma

eğilimindedirler. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlidir ve kişi kaçtığı olaya/duruma girmeye zorlandığında panik atağı yaşayabilir (1).

Genellikle agorafobinin gelişiminin panik atakların sonucu olduğu kabul edilmektedir. ABD de yaygın kabul gören bir görüşe göre, hastalarda spontan panik ataklarına bir tepki olarak agorafobi (koşullu kaçınma yanıtı) gelişmektedir. PB hastalarının %26'sında başlangıçtan sonraki ilk bir haftada, %40'ında ise ilk altı ay içinde agorafobi gelişmektedir (61). Agorafobinin varlığı panik bozukluğunun şiddetini, yeti yitimini ve eşanı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır (86).

1.1.5.4. Panik–Agorafobi spektrum belirtileri

Birçok başka psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi Panik bozukluğunda da tanı ölçütleri içinde yer almayan ya da eşik altında kalan belirtilerin bulunduğu bir panik–agorafobi spektrumu tanımlanmıştır (87).

Panik–agorafobi spektrumu klinik belirtileri sekiz alt alanda incelenmektedir:

- 1– Ayrılma duyarlılığı (ayrılığa tahammülsüzlük, yalnız kalamama vb.);
- 2– Panik benzeri belirtiler (sınırlı belirtili ataklar, yorgunluk ve yönelim bozukluğu hissi gibi atipik panik atağı belirtileri);
- 3– Stres duyarlılığı (günlük rutini aksatmamak vb.);
- 4– Madde–ilaç duyarlılığı (kafeine ve ilaç yan etkilerine duyarlılık, alerjiler vb.);
- 5– Endişeli beklenti (beklenti anksiyetesi ve alarm durumu);
- 6– Tipik ve atipik agorafobi belirtileri (agorafobi ve kapalı yer fobisi, ölümle ilişkili cenaze– mezarlık fobileri gibi fobiler vb);
- 7– Hastalık fobisi ve hipokondriyazis (hastalık endişeleri);
- 8– Güvence arama(belirtileri abartma, sık hekime başvuru, su–ilaç gibi koruyucu nesnelere taşıma vb.) (88).

1.1.6. Sınıflandırma ve tanı ölçütleri

1.1.6.1. DSM–IV panik atağı için tanı ölçütleri

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

- 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) Soluğun kesilmesi
- 6) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- 7) Bulantı ya da karın ağrısı
- 8) Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- 9) Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- 10) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11) Ölüm korkusu
- 12) Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
- 13) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Bütün diğer tanı ölçütlerini karşılayan ancak somatik ya da kognitif 4 semptomdan daha azı bulunan ataklar semptomları sınırlı olan ataklar olarak adlandırılır (1).

1.1.6.2. DSM–IV panik bozukluğu için tanı ölçütleri

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

(1). Yineleyen beklenmedik panik atakları

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

a) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

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

c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olması ya da olmaması

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

D. Panik atakları Sosyal Fobi (örn. Korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örn. Özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. Bulaşma üzerine obsesyonu olan

birinin kir ve pislikle karşılaşması), Posttravmatik Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (1).

1.1.6.3. Agorafobi için tanı ölçütleri

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

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

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), obsesif kompulsif bozukluk (bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), posttravmatik stres bozukluğu (ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (1).

1.1.7. Klinik seyir ve prognoz

Panik bozukluğun başlangıç yaşı çok değişken olmakla birlikte genellikle ergenliğin son dönemleri ile 30'lu yaşlar arasında kalan bir döneme rastlar. Çocukluk döneminde ve 45 yaşından sonra başlaması nadirdir. PB, yinelemelerle giden, olağan gidişi süreğenlik gösteren bir hastalıktır (4, 40).

Hastalığın gidişinde çoğu hastada panik ataklarının sıklığı azalmakta ya da tamamen kaybolmaktadır. Fakat sınırlı belirtili ataklar uzun süre devam etme eğilimi göstermektedir. Bu kalıntı belirtiler düşük şiddette, ancak ısrarlı ve yeti yitimi yaratacak niteliktedir. Hastaların büyük çoğunluğu ilk 2 yıl içinde kısmi ya da tam remisyona girmektedir. Ancak panik bozukluğuna agorafobi eşlik ediyorsa daha

olumsuz bir gidiş görülmektedir. Sekiz yıllık izlemede tam remisyon oranları agorafobisiz panik bozukluğunda %70'leri aşarken, agorafobi eşlik eden hastalarda remisyon oranları %35–40 düzeyinde kalmıştır (89). Agorafobik kaçınma davranışları gösteren olgularda, olmayanlara göre daha şiddetli bulgular görüldüğü ve hastalığın daha uzun süre devam ettiği tespit edilmiştir (90).

Panik bozukluğunda yaşam kalitesi bozulmuştur. Yaşam kalitesinin bozulması, sağlıkla ilgili ciddi kaygılar, mali sorunlar, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmalar moral bozukluğuna ve ümitsizliğe neden olup öz kıyım riskini arttırabilmektedir. Kadın, genç ve evlenmemiş olmak öz kıyım riskini arttıran diğer etmenlerdir. Panik bozukluğu olan bireylerdeki ölüm düşünceleri şaşırtıcı değildir, panik bozukluk yaşantıları sıkıntı vericidir ve yardım arama davranışı ve yaşam kalitesi azalır (91, 92).

Hastalığın gidişi cinsiyet farklılığı göstermektedir. Hastalığın daha başlangıcında kadın panik hastalarında gözlemlenen daha fazla belirti sayısı, daha yüksek agorafobi ve eştanı oranları, kadınlarda daha fazla yeti yitimine yol açarak prognozun erkeklere göre daha olumsuz olmasına neden olmaktadır (93). Dürtüsellik, cinsiyetin kadın olması, (kadın olma: hem agorafobili panik atakların hem de iyileşmeden sonra yineleme riskini arttırır), kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, sosyal ve mesleki desteğin zayıf olması, erken başlangıç, kişilik bozukluğu bulunması panik bozuklukta kötü prognostik etmenler olarak bildirilmiştir (89, 94, 95).

Genellikle panik ataksız yaşam olasılığının zamanla arttığı söylenebilir. Onbir yıl süren bir izlemde son bir ayda panik atağı olmama oranı %88, son bir yılın panik ataksız olma oranı %67, ailesel ve mesleki yeti yitiminin olmaması oranı %90 ve sosyal yeti yitiminin olmaması oranının ise %67 olduğu bildirilmiştir (96). ECA verilerine göre panik bozukluğu yaşlılarda en az görülen anksiyete bozukluğudur. Elli yaşından sonra başlaması genellikle ya bir stres ya da hastalık sonrasında olmaktadır (97).

1.1.8. Ayırıcı tanı

Panik Bozukluk özellikle ataklar sırasında gözlenen belirtiler nedeniyle birçok hastalıkla karışabileceği gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıkların semptomlarıyla

da örtüşebileceği için tanı konulmadan önce diğer psikiyatrik ve tıbbi hastalıkların ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir.

Hastalık öyküsünün ayrıntılı bir şekilde alınması ve fizik muayenesinin dikkatli bir şekilde yapılması altta yatabilecek organik bir rahatsızlığı ekarte etmek açısından oldukça önemlidir. Bu tür hastalarda incelenip araştırılması gereken tetkiklerin başlıcaları tam kan sayımı, açlık kan şekeri, üre, kreatinin, elektrolit düzeyleri ve kan kalsiyum düzeyleri ölçümü, karaciğer ve tiroid fonksiyon (serbest T3 ve T4, TSH düzeyleri) testleri, idrar ve EKG incelemeleridir. Bu testler sonucu tiroid ve paratiroid hastalıkları, hipoglisemi ve bazı kardiyak hastalıklar dışlanabilir. Göğüs ağrısı bulunan, kalp veya akciğer hastalığı için risk etmenleri taşıyan hastalarda eforlu EKG, akciğer grafisi ve kardiyak enzim düzeylerinin belirlenmesi gerekir. Nabız düzensizliği bulunan ya da ileri derecede taşikardik hastalarda 24 saatlik EKG incelemesi uygun olacaktır. Güçsüzlük, bilinç yitimi, yönelim bozukluğu, koku varsanımları gibi kuşkulu nörolojik belirtiler, temporal lob epilepsisi, yer kaplayan oluşum veya multipl sklerozu düşündüren diğer bulgular karşısında dikkatli bir nörolojik veya otonörolojik muayene uygulanmalı; EEG, Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) veya MRI gibi incelemeler yapılmalıdır. Bedensel bulgulara hiperventilasyon eşlik ettiği takdirde akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testleri istenmelidir (29, 98).

Hem PB, hem de başka bir anksiyete ya da duygudurum bozukluğunun tanı ölçütleri karşılanıyorsa her iki tanı birlikte konulmalıdır. Ancak başka bir bozukluk (major depresif bozukluk ya da yaygın anksiyete bozukluğu) kapsamında beklenmedik panik atakları ortaya çıkıyorsa, ancak bir ay ya da daha uzun süreli olarak başka ataklar olacağı korkusu eşlik etmiyorsa, kişinin eşlik eden kaygıları yoksa ya da söz konusu kişide davranış dengesizliği görülüyorsa ek bir PB tanısı konulmaz (21).

Tıbbi Şartlara ve Diğer Organik Faktörlere Bağlı Olarak Ortaya Çıkabilen Panik Bozukluklar:

- a) Kardiyovasküler Hastalıklar: Angina pektoris, aritmiler, kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü, supraventriküler taşikardi, mitral valv prolapsusu
- b) Endokrin Hastalıklar: Tiroid disfonksiyonu, hipertiroidizm, hipotiroidizm,

hipoparatiroidizm, feokromasitoma, Cushing Sendromu, insülinoma, menopoz, hipoglisemi

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

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

e) Metabolik Bozukluklar: Hipokalsemi veya hiperkalsemi, hiponatremi, hipertermi.

f) İmmünolojik Hastalıklar: Anaflaksi, sistemik lupus eritematozus

g) Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pnömoni vb. şeklindedir (40, 99–101).

1.1.9. Komorbidite

Komorbidite, belli bir zaman periyodu içinde, bir kişide, birden fazla hastalığın birlikte bulunması anlamına gelir (102).

Panik bozukluk ile birlikte görülen hastalıkları ve klinikte görülen semptom birlikteliklerini şöyle sıralayabiliriz

a) Panik Bozukluğu ve Agorafobi:

Agorafobi, tekrarlayan, beklenmedik panik ataklara sekonder olarak ortaya çıkmaktadır. Panik atakları birçok hastalığın değişken bir özelliği olmakla birlikte, agorafobinin gerekli bir özelliği değildir. Agorafobi ise korkulardan oluşan bir sendromdur (31). Panik bozukluğunda agorafobi prevalansı, ECA çalışmasında %33,3, NSC (National Survey Comorbidity) çalışmasında ise, %38 olarak bildirilmiştir (26).

b) Panik bozukluğu ve duygudurum bozuklukları:

Ülkemizde yapılan bir çalışmada PB'si olan hastaların %36.8'inde major depresyon, %26.3'ünde ise distimi saptanmış ve geçirilmiş depresyonların %72'sinin PB'ye ikincil olarak geliştiği bildirilmiştir. Benzer çalışmalarda PB'li hastalarda %40–65 oranında major depresyon bulunmuştur (90, 103).

Panik atakları major depresyonun bir epizoduna sınırlı ise, o zaman birincil bozukluk major depresyondur; eğer panik atakları devamlı olup sadece birisinde depresyon epizoduyla birlikte oluyorsa, o zaman panik bozukluk birincil bozukluktur. Bu ayrım tedavi ve prognoz açısından gereklidir (31). Kronik

stresörlerin varlığı da panik bozukluğu kötüleştirir, yakın zamanda gerçekleşen bir kayıp ya da ayrılık da panik bozuklukta depresyon komorbiditesi oluşması riskini artırır (104, 105).

Epidemiyolojik ulusal eştanı çalışması replikasyonunda panik ataklarında %7.1, agorafobide %15.5, agorafobisiz panik bozukluğunda %14.4, agorafobili panik bozukluğunda ise %33 oranında iki uçlu bozukluk I ve II eştanısı saptanmıştır (86). Aile çalışmaları, ailesel özellik gösteren iki uçlu bozukluğun panik bozukluğu için bir risk faktörü olduğunun ve eştanı varlığının her iki hastalık riskini artırdığını göstermiştir (106).

c) Panik Bozukluğu ve Anksiyete Bozuklukları:

Panik bozukluğun uzun seyri sırasında %20 oranında yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu ile binişikliği görülmekte ve bunun %60'ında yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu daha önce başlamaktadır (103). Sanderson ve Barlow, panik bozukluğu tanısı koyulmasa bile, yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının %73'ünün en az bir panik atağı yaşadıklarını saptamışlardır (107). Panik bozukluğu hastalarında ataklar arasındaki anksiyete, yaygın anksiyetede farklı olarak, beklenti anksiyetesidir. Sonuç olarak, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu zaman içinde birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkabilir (31). Ulusal eştanı çalışması replikasyonunun verilerine göre ise, panik ataklarında, agorafobide, agorafobisiz ya da agorafobili panik bozukluğunda saptanan herhangi bir anksiyete bozukluğu eştanısı oranları, sırasıyla; %45, %94.9, %66 ve %93.6 olarak bildirilmiştir (86)

Panik bozukluğu olanlarda %15–20 oranında sosyal fobi görülebilmekte ve agorafobinin varlığı ile korelasyon göstermektedir. Sosyal fobi birlikteliği hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte ve major depresyon gelişimine yatkınlığı arttırmaktadır. Genellikle sosyal fobi daha erken başlamakta, bu hastalarda kişiyi tedavi arayışına iten etken panik belirtileri olmaktadır (75, 103, 108).

Panik bozukluğunda hipokondriyazis sıklığı %25 olarak bildirilmiştir. Bu agorafobi sayılmazsa depresyondan sonraki en sık ikinci eşlik eden tanıdır. PB ve hipokondriyazis benzer özellikler taşımaktadır, birbiriyle binişme olasılıkları ise yüksektir. PB'li hastalar organik bir hastalıktan korkarlar ve bilişsel çarpıtmalar arttıkça hipokondriyazis gelişme riski artmaktadır. Hipokondriyazis, panik bozukluğun tedavisini de engelleyebilmektedir (109, 110).

Panik bozukluklu hastalarında %10–20 oranında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği hastalar erken başlangıç yaşı, farmakoterapi dahil tüm tedavilere daha düşük oranda cevap vermekte ve yüksek depresyon riski göstermektedirler (103, 109, 111).

d) Panik Bozukluğu ve Alkol–Madde Kötüye Kullanımı/ Bağımlılığı :

Genel toplumda yapılan epidemiyolojik araştırmalarda panik bozukluğun, alkol bağımlılığı riskini artırdığı; ancak alkol kötüye kullanım riskiyle ilişkisiz olduğu görülmüştür (112). Alkol bağımlılığı olan hastalarda panik bozukluğunun sıklığı artmıştır. Panik bozukluğu olan hastalarda ve birinci dereceden akrabalarında alkol bağımlılığı oranı yüksektir. Nitekim PB hastalarında alkol kötüye kullanımı %14–16, alkol bağımlılarında panik bozukluk oranı %2–17 olarak saptanmıştır. Agorafobili panik bozuklukta ise alkol bağımlılığı oranı %1–21'dir (31).

Nikotin dahil hemen her türlü madde kötüye kullanımı/bağımlılığı ve PB eşanı oranları yüksektir. Düzenli sigara içmek ve sigara bağımlılığı, daha sonra panik atakları/bozukluğu gelişimine yol açabilmektedir (113).

e) Panik bozukluk ve medikal hastalıklar birlikteliği

Tiroid hastalıkları ve PB birlikteliğini araştıran daha önceki çalışmalarda PB'de %6, 5 gibi yüksek oranlarda tiroid disfonksiyonu saptanmıştır (114).

KOAH'ı olan hastaların 1/3'ünden fazlasında bir anksiyete bozukluğu vardır, bunların 1/4'i de PB kriterlerini karşılamaktadır (115, 116).

Bir meta analize göre PB'li hastalarda da koroner arter hastalığı için yüksek risk faktörleri mevcuttur ve eğer endike ise klinik değerlendirmenin ve görüntülemenin yapılması gerekir (117).

f) Panik bozukluk ve Kişilik Bozuklukları:

Davranışları baskılanmış çocuklarda anksiyete bozukluğu gelişme riski artmıştır. PB hastaları sıklıkla çocuklukta geçirilmiş anksiyete bozukluğu öyküsü tanımlarlar. Bu çocuklarda geçirdikleri anksiyete bozukluğunun yarattığı sorunların patolojik kişilik özellikleri oluşturduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı anksiyete bozukluklarının, uygunsuz davranış modelleri ile karakterize olan kişilik bozuklukları için predispozan olduğu bildirilmiştir (118). Panik bozukluğunda çoğunlukla bağımlı, çekingen, obsesif– kompulsif, pasif agresif kişilik bozukluklarını içeren C kümesi ve histrionik, borderline kişilik bozuklukları görülmektedir (29, 119,

120). Yine PB hastalarında, çekingen kişilik bozukluğu %21–32, bağımlı kişilik bozukluğu %11–18, obsesif–kompulsif kişilik bozukluğu %15–16, histrionik kişilik bozukluğu %5–14, sınır kişilik bozukluğu %8–9 ve herhangi bir C küme kişilik bozukluğu ise %42 oranlarında görülmektedir (109, 121). Başka bir çalışmada ise; PB da en sık görülen kişilik bozukluğu bağımlı ve avoidant kişilik bozukluğu olarak bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada ise bağımlı kişilik bozukluğunun avoidant kişilik bozukluğundan daha az görüldüğü bildirilmiştir (122).

Panik bozukluğa komorbid birinci eksen tanıları, daha ağır fobik kaçınma ve fazla sayıda kişilik bozukluğu görülmesine neden olmaktadır (109). Langs ve ark. (123) yaptıkları bir çalışmada major depresyonla komorbid olan PB’de, saf panik bozukluğu grubuna göre, kişilik bozukluğu prevalansını çok daha yüksek bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruptaki major depresyonun derecesi de anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bunun yanı sıra kişilik bozukluğu olan grupta agorafobi prevalansı da yüksek bulunmuştur.

Panik bozukluk ile komorbid kişilik bozukluğu varsa, tedaviden sonra tekrar tekrar kötüleşmeler görülebilir (31). Yapılan bir çalışmada tedaviye en az yanıtın çekingen ve histrionik kişilik bozukluklarının eşlik ettiği grupta olduğu bildirilmiştir (120). Sonuçta eksen II bozuklukları komorbiditesi hastalığın prognozunu kötüleştirmekte, farmakolojik ve psikolojik tedavi yanıtını zorlaştırmakta ve hastalığı daha kronik hale getirmektedir.

g) Panik bozukluk ve aleksitimi:

Anksiyete ve aleksitimi ilişkisi ele alındığında, çoğunlukla aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ile anksiyete ilişkisine rastlandığı görülmekte (124), duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ile anksiyete yakınmaları arasında pozitif bir ilişki görülmekte, yani kişilerde duygularını tanımlamaları ve tanımlamalarının zorlaşması yaşadıkları anksiyete düzeyi ile eşleşmektedir. Duygu iletişimde zorluk boyutu ile anksiyete yakınmaları arasında negatif bir ilişki görülmektedir. Bu ilişki kişilerin anksiyete yakınmalarının şiddeti arttıkça, duygu iletişimde zorluk çekmediklerini işaret etmektedir. Bu negatif ilişki, duygu iletişimde zorluk yaşayan kişilerin kaçma/kaçınma yolları ile bu tür ilişkilerden kaçtıklarını ve böylece bu davranışların sonucunda kaygılarını düşürdüklerini düşündürmektedir. Sonuç olarak, kaçma/kaçınma davranışları

olumsuz pekiştireç (kaygının azalması) yolu ile kuvvetlenmektedir. Öte yandan anksiyete yakınmalarının şiddeti söz konusu olduğunda, hem duygu iletişimde zorluk boyutunun (negatif olarak) hem de duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutunun bu yakınmalarla ilişkili olduğu düşünülebilir (125).

Benzer diğer çalışmalarda ise; aleksitimi ve panik bozukluk arasında, örneğin obsesif kompulsif bozukluk veya basit fobiye kıyasla daha güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (126, 127). Öte yandan sosyal fobisi olan grupla, panik bozukluğu olan bir grubu kıyasladıklarında aleksitimik özellikler bakımından farklılık göstermediği de bildirilmiştir (128).

1.1.10. Tedavi

1.1.10.1. Farmakolojik tedavisi

a) Trisiklik antidepresanlar

Yapılan birçok çalışmada trisiklik antidepresanların (TSA), özellikle imipramin ve klomipraminin 4–6 hafta içinde panik atağı sıklığı ve şiddetini azalttıkları gösterilmiştir (129–131). Serotonerjik etkili bir TSA olan klomipraminin panik bozukluğunda imipraminden daha etkin olduğu ve düşük dozlardaki antipanic etkisinin daha belirgin olduğu bildirilmiştir (132). TSA'lar tedavinin ilk haftasında hastaların %20–30 unda Jitteriness sendromu denilen sinirlilik, titreme ve uykusuzluk gibi anksiyete belirtilerinde belirgin alevlenmelere yol açan bir duruma sebep olabilir (133). TSA'ların tedavi başlangıcında anksiyeteyi artırıyor olması ve ciddi yan etkiler göstermesi hastaların tedaviyi sürdürmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle TSA'lar düşük dozda(10 mg/gün) başlanıp hastanın yanıtına göre dozu (150–250 mg/güne kadar) artırılmalıdır (134).

b) Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ)

Yapılan çalışmalarda, bu ilaçların en az TSA'lar, benzodiazepinler kadar etkin olduklarını, yan etkiler açısından daha iyi tolere edilebildikleri ve daha güvenilir oldukları gösterilmiştir. Agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğu için ilk sırada kullanılması önerilen ilaçlardır (135, 136). Bunlarda TSA'lar gibi tedavi başlangıcında jitteriness sendromu yapabileceği için düşük dozda başlanıp hastanın durumuna göre artırılmalıdır.

c) Benzodiazepinler

Benzodiazepinler panik belirtileri kontrol altına almada antidepresanlara göre daha hızlı etki göstermektedir. Antipanik etkinliği ortalama bir hafta içinde başlaması ve erken dönem yan etkilerinin diğer grup ilaçlara göre daha az olması, beklenti anksiyetesi ve yaygın anksiyeteye karşı etki göstermesi PB tedavi başlangıcında kullanılmamalarını kolay kılmaktadır. En önemli yan etkileri bağımlılık potansiyeli, sedasyon ve ataksi yapmalarıdır. Panik bozukluğunda en potent etkili olan benzodiazepinler; alprozolam ve klonazepamdır (80). Bir meta-analiz çalışması, benzodiazepinlerin kısa dönemde antidepresanlar kadar etkili olduklarını göstermiştir (137).

1.1.10.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel ve davranışsal terapiler (BDT) PB tedavisinde etkili bulunmuştur (138). PB bilişsel terapisinde iki noktaya odaklanmak gerekir. Hastanın yanlış inanışlarının yeniden yapılandırılması ve düzeltilmesi ile panik atak gelişimi ile ilgili bilgilendirilmesidir. Yanlış inanışların yeniden yapılandırılmasının merkezinde, hastanın vücudundaki duyuları yanlış yorumlaması yatmaktadır. Hasta vücudundaki bu duyuları ölüm ve dehşet olarak algılamakta ve panik atağı geçirmektedir. Bilişsel davranışsal terapilerle farmakoterapi kombine edildiğinde, yalnız başına yapılan tedaviden daha yüksek etki elde edilmiştir (138, 139).

Panik bozukluk tedavisinde, bilişsel davranışçı terapi ile elde edilen düzelme oranları(% 75–85), benzodiazepin ve antidepresan ilaçlardan elde edilen yanıt oranlarından (% 50–70) daha yüksektir (80). Tek başına uygulanan psikososyal ya da farmakolojik tedavilerin avantaj ya da dezavantajları vardır. Örneğin; fluoksetin hastalığın biyolojik ögesi olan spontan panik ataklara etkili iken; durumsal panik ataklara ve agorafobiye kısmen etkili ya da etkisiz olduğu bulunmuştur. (140). İlaç tedavisinin diğer bir dezavantajı koruyucu etkisinin göreceli olarak zayıf olmasıdır. İki yıl süreli yapılan bir çalışmada akut dönemde etkili görünen ilaçların remisyona giren hastalarca etkin dozda sürdürülmesine karşın, hastaların yaklaşık yarısında nüksetme görülmüştür (141). Panik bozukluğun tüm belirtilerinin tedavisi için ilaç+ilaç, ilaç+BDT kombinasyonu stratejileri denenebilir. Bazı çalışmalar BDT lehine iken (137, 142) bazı çalışmalar ise ilaç üstünlüğü lehine yorumlanmıştır (143, 144).

1.1.2. Aleksitimi

Kelime anlamı olarak aleksitimi Yunanca'da a; yok, lexis; söz, thymos; duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır. Bu kavram Türkçe'ye ise "duygular için söz yokluğu" şeklinde çevrilmiştir (145). Aleksitimi kavram olarak ilk kez 1972'de Sifneos tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavram henüz konulmaya başlanmadan önce Ruesch 1948 yılında, psikosomatik hastalarla yaptığı çalışmalarda (su an aleksitimik olarak tanımlanan) bu kimselerin çoğunun nevroitiklerden farklı olarak duyguları sözel-sembolik olarak ifade etmekte zorlandıklarını tespit etmiş ve psikosomatik hastaların ortaya çıkardığı bu özelliklerini "çocuksu kişilik" olarak isimlendirmiştir (145, 146).

1963'te ise Fransız psikanalistlerden bir grup, psikosomatik şikâyetleri olan insanlarda fantezi kısıtlılığı, duygusal yaşamda kısıtlılık, ise-vuruk, pratik, faydacı düşünme eğilimi, hayal kurma ve sözel ifade güçlüğü gibi belirgin belirtileri tespit etmişlerdir (147). 1968 yılında ise; post travmatikler ve bağımlılığı olan kişilerde de psikosomatiklere benzer şekilde duygularını tanıma ve ifade güçlüğü, fantezi ve hayal yaşantılarında azalma olduğu tespit edilmiştir (148). Sifneos Londra'da ki bir konferansında, o zamana kadar özellikle de psikosomatik hastalar üzerinde yıllardır çeşitli klinisyenler ve araştırmacılar tarafından tespit edilmiş olan, duygularını tanıma ve sözel ifade güçlüğü, hayal ve fantezi yaşamında kısıtlılık, çatışma ve engellenme durumlarındaki problemlerini bedensel belirtiler olarak yansıma gibi özellikleri "aleksitimik özellikler" olarak tanımlamıştır. Ona göre bu kavramı kullanmasının temel nedeni, aleksitimik bireylerdeki en temel özelliğin 'duyguların ifade edilmesinde ki yetersizlik' olduğu düşüncesidir (149). Şahin ise aleksitiminin, sadece "duygular için söz yitimi" anlamına gelen duygulara karşı "dilsiz" olmakla sınırlanmayacağını, çünkü aleksitimik bireylerin aynı zamanda duygularına karşı "sağır" olduklarını vurgulamaktadır. Buradan hareketle aleksitimi için "duygusal ahrazlık" karşılığının kullanılmasını önermiştir (150).

1.1.2.1. Epidemiyoloji

Aleksitiminin toplum çalışmalarında bildirilen yaygınlığı %6.7 ile %18.8 arasında değişmektedir (151). Loas, aleksitiminin genel popülasyonda görülme sıklığının %23, öğrenci grubunda ise %17 olduğu sonucuna ulaşmışlardır (152). Kokkonen ve ark. (153) 5993 kişilik örneklem grubunda yürüttükleri çalışmada

erkeklerin %9.4'ünün, kızların ise %5.2'sinin aleksitimik özellikler gösterdiğini gözlemlemiştirlerdir. Ülkemizde sağlıklı popülasyonda yapılan Irvine ve Toronto Aleksitimi Ölçeklerinin kullanıldığı bir çalışmada Her iki ölçekten de yüksek puan alanların oranı %5.6 olarak bulunurken; Toronto Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranı % 16.7, Irvine Aleksitimi Ölçeğinden yüksek puan alanların oranı ise % 3.4 olarak bulunmuştur (154). Yine Fukunishi ve ark. (155) TAÖ ile yaptığı bir çalışmada aleksitimi yaygınlığı, PB için %54 ve sosyal fobi için %58 olarak bildirilmiştir.

1.1.2.2. Klinik belirtiler

Aleksitimi kavramı üzerinde çeşitli farklı yorum ve tanımlamalar olmasına rağmen Sifneos tarafından kişilik özellikleri dört temel başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

- a) Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme güçlüğü
- b) Hayal Kurma, Fantezi yaşamında Kısıtlılık
- c) İşlemsel (Operational Thinking) düşünme
- d) Dış Merkezli Uyum Sağlamaya Yönelik Kognitif Yapı (9)

a) Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü

Aleksitimik bireylerin en belirgin özelliği duygularını tanıma ve ifade etmede ki güçlükleridir. Aleksitimikler özgül bir biçimde duygularını tanıyamaz ve tanımlayamazlar. Duygularını çok kabaca, “rahatlama ve rahatsız olma” gibi basit kelimelerle ifade edebilmekte veya “gevşeme ve gergin olma” gibi bedensel tepkilerle gösterebilmektedirler.

Aleksitimiklerin bir duyguyu diğerlerinden ayırt etmekte zorlandıkları, duyguları sorulduğunda kendilerini karmaşık hissettikleri, genellikle üzgün mü? yorgun mu? aç mı? yoksa hasta mı? olduklarını anlatamadıkları anlaşılmaktadır. Bedensel belirtileri ile duyguları arasındaki farkları kavrayamadıklarından sanki ezberlemiş gibi tekrarlayıcı ifadelerde bulunurlar (9). Kısacası aleksitimik kimseler, günlük yaşamda ilişkiler kurabilen, düşünebilen, anlatabilen ancak duygu ve düşünceleri arasındaki farkı ayırt etmede ve bağlantı kurmada, duygularıyla bedensel duyularını ayırt etmede ve bütün bunları ifade etmekte güçlük yaşayan bireylerdir.

Bu özelliklerinden dolayı aleksitimiklerin içgörü kazandırmaya yönelik terapilerde başarı sağlayamadıkları düşünülmektedir (147).

b) Hayal kurma, fantezi yaşamında kısıtlılık

Aleksitimik özellik gösteren bireylerin hayal gücü oldukça zayıftır. Nadiren de olsa hayal kursalar bile bunu bir zaman kaybı olarak algırlar. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içinde, tutku ve özlemlerin silik bir biçimde yansıdığı renksiz fantezilerdir. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler. Hatta yetişkin yaşamlarında hayal kurmayı hiç beceremedikleri iddia edilmektedir (147, 156). Aleksitimikler rüyalarını çok seyrek hatırlamaktadırlar. Rüyaların öğeleri arasında ilişki kurmaları istendiğinde bunu gerçekleştirmekte zorlandıkları görülür (157).

Rüyalarında ki anlatımlarının daha çok günlük olaylara ilişkin gerçekleri içerdiği ve somut nitelikte olduğu gözlenmektedir. Hayal kurma becerilerindeki eksikliklerine bağlı olarak yaratıcı olmakta zorlanabilmektedirler. Eylem ve düşünceleri daha çok dış uyaranlar doğrultusundadır. Aleksitimik kimseler genellikle çevrelerindeki insanlar tarafından donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tarif edilirler (147).

c) İşlemsel düşünme

Aleksitimik bireyler duygularını tanıma ve ifade güçlüğü yasamalarına düşlem ve fantezi yaşantılarındaki kısıtlılığa rağmen, çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. Çünkü pragmatik ve mekanik tarzda düşünme eğilimindedirler. Kendi iç dünyalarından uzak, son derece sade, mekanik bir yaşantıları vardır. Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler. Aleksitimiklerin bu tutumları çevreyle kurdukları ilişkilere de yansımaktadır (158, 159).

Sorunların kökeninde bulunan duygusal nedenleri, engellemeleri, çatışmaları aramaz, görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenirler. Konuyu en kısa yoldan sonuçlandırmanın yöntemlerini ve aynı sorunun yeniden yaşanmaması için gerekli önlemleri düşünüp, bulmaya yönelirler. Bu özelliklerinden dolayı aleksitimikler, genellikle çevreleriyle aşırı denebilecek ölçüde uyumlu ve ilişkilerini sorunsuz sürdüren kişiler olarak görünürler (148).

d) Dış merkezli uyum sağlamaya yönelik kognitif yapı

Aleksitimik bireyler daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Çünkü mekanik, pragmatik ve uyum sağlamaya yönelik düşünme eğilimi içindedirler. Çevreleriyle olan ilişkilerinde, tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil daha çok dış uyaranlar yön verir. Aleksitimikler uyum için gösterdikleri aşırı istek ve çabalardan dolayı çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinebilirler (158). Bu durum onların dışa dönük kognitif yapı geliştirmiş olmalarından kaynaklanmaktadır. Mc Dougal bu uyumu ‘yalancı normallik’ (pseudonormality) olarak yorumlamaktadır. Aleksitimikler daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler. Zeki olabilirler ancak bu zekâlarını daha çok duygularını gizlemek ve uyum sağlama çabaları için kullanırlar (160).

Aleksitimik kimseler çevresel ayrıntılara ilişkin düşünce yoğunluğu ve çeşitli bedensel belirtilerden yakınma gibi nedenlerden dolayı nevrotik olarak değerlendirilebilirler. Fakat aleksitimikler belirli özellikleriyle nevrotiklerden kesin olarak ayrılırlar. Duygu ve düşlem yokluğu nevrotik kişilerde psikolojik çatışma alanıyla sınırlı kalırken, aleksitimiklerde her alana yayılmış durumdadır. Duyguları ile düşünceleri uygunluk göstermeyebilir. Aleksitimiklerin başkalarıyla empati kurma, onları anlama yetenekleri zayıftır. Genellikle birlikteliği seven ve paylaşımına açık bireylermiş gibi görünmeyi tercih etmelerine rağmen bu konuda doğal davranamazlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor görünürler. Fakat diğerleri gibi olmadıklarının da farkında olup bunu gizlemeyi tercih ederler (161).

Aleksitimik bireyler günlük yaşamda herhangi bir olayla karşılaştıklarında çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler. Bu yüzden de daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler (162). Aleksitimik bireylerde bu temel özelliklerin yanında sıkça rastlanan ikinci derece önemli özelliklerde bulunmaktadır. Bunlardan bazıları Sifneos tarafından şöyle sıralanmaktadır:

1. Aleksitimik bireylerin duyguları yüzlerinden anlaşılmaz. Duruşları katı, duygusuz ve cansız olarak algılanır.
2. Aleksitimikler çok nadiren ağlarlar. Ancak yaşanan bazı öfke, üzüntü ve kederlere bağlı olarak da aşırı düzeyde ağlamaları olabilir.
3. Daha çok bağımlı olma eğilimleri vardır. Dışa bağımlı olduklarından çevresel ayrıntılara çok dikkat ederler.

4. İnce düşünmeden davranma eğilimindedirler, hassas değillerdir.
5. Zeki olabilirler ancak bu zekalarını duygularından kaçmak için kullanırlar.
6. Kendilerini sıradan, zayıf ve aciz gösterme çabaları görülebilir ancak genellikle gergin, katı, kurallı, aynı konu üzerinde tekrarlayıcı konuşma gibi özelliklere de sahiptirler (9).

Bazı araştırmacılar, aleksitimik kişilerin; gelişim dönemlerinde saplanıp kalma, patolojik savunma düzenekleri kullanma, bilinçdışı çatışmalar ve örseleyici erken yaşam olayları yaşamış olmaları nedeniyle duygularını sözelleştiremediklerini belirtmişlerdir (163, 164). Arik ve ark. (165) 2002 yılında ise araştırmaları sonucunda aleksitiminin travma ile ilişkili olmadığına; aleksitiminin, psikiyatrik hastalıktan bağımsız bir kişilik özelliği olabileceği sonucuna varmışlardır.

1.1.2.3. Aleksitimiye açıklayan kuramlar

Aleksitimiye açıklamaya yönelik birçok kuram bulunmaktadır. Bu kuramlar;

- a) Psikoanalitik Kuram,
- b) Nörofizyolojik – Genetik Kuram,
- c) Davranışçı Kuram,
- d) Sosyo–Kültürel Kuram
- e) Bilişsel Kuramlar

a) Psikoanalitik Kuram

Geleneksel psikoanalitik görüşe göre bedenselleştirme (somatizasyon), altta yatan bir psikopatolojinin değişik bir biçimde ortaya çıkmasıdır. Birey, belli bir gelişim döneminde takılma, patolojik savunma düzenekleri, travmatik yaşantılar ya da çatışmalar gibi nedenler sonucu duygusal yaşantılarını sözelleştirme yeteneğinden yoksundur. Buna göre bedensel yakınmalar kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmalarını engelleyen savunma araçlarıdır. İşte aleksitimi kavramı bu sözelleştirilemeyen duyguların bedensel semptomlar yoluyla ifade edildiğini öngörür (166). Psikoanalitik yaklaşımda, ifade edilemeyen veya sözel yolla paylaşamayan duygu, çatışma ve gerginliklerin beden dili (somatik) ile ifade edildiği kabul edilmektedir (167). Luminet (1994) de aleksitimiye erken dönemdeki anne–çocuk ilişkisindeki bozukluklar ve yetersizliklerle açıklamaktadır. Anne çocuk ilişkisinde yaşanan sıkıntıların ileride duyguların bastırılmasına ve bu bastırılmadan dolayı da

bedensel tepkilerin oluşmasına neden olduğu ifade edilmiştir. Bu durum da aleksitimi olarak nitelendirilmiştir (168).

b) Nörofizyolojik ve Genetik Kuram

Nörofizyolojik yaklaşımı benimseyen uzmanlara göre ise, aleksitimi beyin yarım küreleri arasındaki kopukluk sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Aleksitimi limbik sistemden neokortekse gitmek için harekete geçen duyuşsal uyarıların bloke edilmesi sonucu, bilinçli duyuşsal yaşantılara dönüşmemesiyle oluşıan arıza olarak düşünölmüştür (162). Aleksitimiyi açıklamaya yönelik genetik yaklaşım ikiz çalışmasıyla ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalardan birinde; 15 tek yumurta ikizi ve 18 çift yumurta ikizleri aleksitimik özellikleri yönünden karşılaştırılmıştır. Tek yumurta ikizleri testlerde diğđerlerine göre daha benzeşen puanlar almışlardır. Bu çalışmada örneklemin sınırlı sayıda olduğundan aleksitiminin kalıtımsal yönü olduğü yargısına varmada ve yorum yapmada dikkatli olunması gerektiğü vurgulanmıştır (167)

c) Davranışçı kuram

Davranışların sosyalleşmesi aile içinde büyüklerin duyuşsal durumlara verdikleri tepkiler, çocuklar için birinci öğrenme modelini oluşturmaktadır. Davranışçı öğrenme modelinde, aleksitimik bireylerdeki bedensel belirtilere bu hatalı öğrenmeler ile açıklık getirilmektedir (167).

d) Sosyo–Költürel Kuram

Sosyo–költürel kuramı açıklamaya yönelik yapılan çalışmalarda; gelişimsel açıdan bakıldığında, sosyal etkileşim ile duyuşları sözel olarak simgeleştirebilme yeteneğü arasında bir ilişki olduğü ve yeterli sosyal etkileşim gösterememiş çocuklarda, aleksitimik özelliklerin daha kolay kök salabileceğü belirtilmiştir. Bu açıdan, aleksitimi çocukluktan başlayarak sosyal bağlam içinde gelişen ve pekişen bir kavram olarak değđerlendirilmiştir (169).

e) Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre aleksitimi bilişsel gelişim dönemlerindeki eksikliklerden yanlış düşüncelerden kaynaklanmaktadır. Duyuşları bilisel etmenlerle açıklamaya çalışıan bilişsel yaklaşımın özünde; duyuşların oluşumunda, duyuşlarla ilgili uyarıcıları yorumlama, anlam verme, beklenti oluşturma gibi bilişsel unsurların birincil sorumluluk üstlendiğü görüşü yer almaktadır (162). Dolayısıyla farklı

ortamlarda benzeri uyarıcılara farklı tepkiler vermemizin ve bir takım çatışmalara girmemizin nedeni duygularımızı farklı şekillerde yönlendiren, farklı bilişsel yaşantılar geçirmemiz olarak düşünülmektedir (167).

1.1.2.4.Tedavi

Aleksitimiklerin tedavisinde bireysel terapi, iç görü kazandırma, grup terapisi gibi sistemli tedavi yöntemleri dışında eşleri ve diğer yakın aile bireyleriyle iletişimlerini yakından gözleyerek, danışmanlık yapmak da tedavide oldukça etkili olabilir.

Aleksitimik bireyin daha önce farkında olmadığı duygu ve fantezi yaşantılarını su yüzüne çıkartmasını sağlayacak gestalt ve bilişsel merkezli grup terapilerinin yanı sıra, bedensel davranışlara dikkatin yoğunlaştırıldığı tekniklerin kullanılması yararlı bulunmaktadır. Yapılan tedavi uygulamalarında dinamik yönelimli psikoterapilerin ve gevşeme terapilerinin aleksitimiklerde duygu belirten sözcüklerin kullanımında anlamlı düzeyde artış sağladığını belirtilmektedir. Bunun yanı sıra his, arzu ve bedensel duyuları kışkırtıcı, hayal ve fantezi yaşantılarının paylaşıldığı “yaratıcı oyun” tekniklerinin oldukça yararlı olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur (170, 171).

Swiller (171) aleksitimik bireylerle yaptıkları grup çalışmalarında Yalom’un grup terapisindeki iyileştirici faktörleri, Piaget’in kognitif gelişim aşamalarını temel olarak uyguladıklarını ve oldukça başarı sağladıklarını belirtmektedirler. Swiller aleksitimik bireylerin grup içindeki etkileşimlerinde, duygusal yaşantıları diğer bireylerde de gördüklerinden kendi duygularını fark ederek kolaylıkla ifade eder duruma geldiklerini belirtmektedir. Ayrıca aleksitimikler grup yaşantısında üyelerden aldıkları geri bildirimlerle sosyal ilişki ve iletişimlerde neden geri kaldıkları konusunda ve yaşadıkları duygusal problemler hakkında içgörü kazanmaktadır. Kognitif merkezli grup terapisi aleksitimiklerin empati becerisini geliştirmektedir. Swiller aleksitimik bireylerde, bireysel ve grupla psikolojik danışmanın birlikte kullanılmasını önermektedir. Çünkü Swiller’a göre bireysel terapi entelektüel öğrenmeyi sağlar, içgörü kazandırır, grup terapisi ise yaşantılar yoluyla bu birikimlerin transferans edilmesine, yasama aktarılmasına yardımcı olur. Bireysel ve grupla terapinin birlikte kullanılması aleksitimiklerde etkili ve yaratıcı bir psikolojik yardım sağlamaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak aleksitimiklerin duygu,

düşünce ve yaşantılarında farkındalık ve içgörü kazandırmakta bilişsel davranışçı yaklaşımın tedavide geniş yeri olabileceği söylenebilir.

1.1.3. Kişilik, Mizaç ve Karakter

1.1.3.1. Cloninger'in psikobiyojik kişilik modeli ve mizaç karakter envanteri (MKE)

Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır. Cloninger'e göre insanların kişiliği, kendi deneyimlerinden öğrenme yolu ve duygularını, düşüncelerini ve eylemlerini adapte ediş biçimiyle karakterizedir. Kişilik, değişen çevreye karşı uyumu ayarlayan bireysel psikobiyojik sistemlerin karşılıklı etkileşimi olarak tanımlanabilir (6).

Cloninger'e göre kişilik, hem mizaç, hem de karakter özelliklerini kapsar. Mizaç, kişinin emosyonel uyarılara karşı bireysel otomatik tepkilerini ifade eder. Mizaç özellikleri, korkuya karşı sakinlik, bıkkınlığa karşı bağlanma, kararlılığa karşı vazgeçme gibi temel emosyonel tepki paternlerini içerir. Mizaç, kişiliğin, kalıtılabilir olan, çocukluk döneminde açıkça sergilenen ve hayat boyu durağan kalan bileşenleri olarak tanımlanır (172). Buna karşın karakter ise, bilerek ortaya konulan amaç ve değerler açısından kişisel farklılıkları ifade eder ki, bu amaç ve değerler, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve diğer varlıklarla ilgili kavram ve sezgilerin öğrenilmesine ve anlayışına dayanır. Karakter özellikleri, çocukluk döneminde ebeveyne bağlanmayla başlayan nesne ilişkilerindeki bireysel farklılıkları, çocuklukta bunların farklılaşması ve hayat boyunca adım adım olgunlaşması durumunu tarif eder. Mizaç, doğduğumuzda mevcut emosyonel eğilimlerimizi ifade ederken, karakter ise kendimizi isteğimiz doğrultusunda ne yönde yapılandırdığımızı ifade eder (173).

Mizaç karakter envanter'de belirtilen dört karakter boyutu, zarardan kaçınma (ZK), yenilik arayışı (YA), ödül bağımlılığı (ÖB) ve (SE) sebat etmedir. Örneğin zarardan kaçınma açısından düşük skora sahip kişiler tehlike hakkında önceden daha az anksiyete ya da korku hissederek, dolayısıyla iyimser risk alıcısıdırlar; eğer karakter olarak yeterli olgunlukta değilse, savunma mekanizması olarak sıklıkla hipokondriyazis ve izolasyonu kullanırlar (174). MKE'de ZK; beklenti endişesi (ZK1), belirsizlik korkusu (ZK2), yabancılardan çekinme (ZK3), ve çabuk yorulma–

dermansızlık (ZK4) olmak üzere 4 ayrı alt ölçekte değerlendirilmiştir. Yenilik arayışında yüksek olan bireyler impulsif, frustre olduğunda çabuk sinirlenen, kendilerine zevk veya heyecan getireceğine inandıklarında kuralları veya düzeni bozma eğilimindedirler; yenilik arayışında düşük olanlar bu açıdan düşünceli ve kurallara riayet edicidirler. MKE’de YA keşfetmekten heyecan duyma (YA1), dürtüsellik (YA2), savurganlık (YA3) ve düzensizlik (YA4) olmak üzere 4 alt ölçekte değerlendirilmiştir. Ödül bağımlılığı açısından düşük olan bireyler soğuk ve sosyal iletişimlere karşı duyarsızdır. Ödül bağımlılığında yüksek olan bireyler sıcak sosyal yakınlaşmalar kurmaya eğilimlidirler ve duygusal çekiciliğe içtenlikle yanıt verme eğilimindedirler. MKE’de ÖB, duygusallık (ÖB1), bağlanma (ÖB3) ve bağımlılık (ÖB4) olmak üzere 3 ayrı alt ölçekte değerlendirilir. SE’de düşük olan bireyler elde ettikleriyle yetinirler ve frustre olduklarında duygudurumları kolayca labil hale gelebilir. MKE’de sebat etme tek bir ölçekte değerlendirilir. Bu özelliklerin hepsi bağımsız olarak isleseler de boyutlar arasında olası birçok kombinasyon ortaya çıkar. değişik konfigürasyonlar, boyutlar arası fonksiyonel etkileşimler sonucunda kişinin, kalitatif olarak farklı emosyonel yanıt paternlerini oluştururlar. Karakter gelişimini güçlü bir şekilde etkileyen, bir kendini kontrol etme moderatörü olarak sebat etme eylemleri, emosyonel düzenlemede ve kişilik gelişiminde önemli bir role sahiptir. düşük kendini yönetme, sorumsuzluk, amaçsızlık, disiplinli olmayan davranışlar ve zayıf dürtü kontrolüyle ilişkilidir. MKE’de KY, sorumluluk alma (KY1), amaçlılık (KY2), beceriklilik (KY3), kendini kabullenme (KY4) ve uyumlu ikincil huylar (KY5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir. Genellikle kendini yönetme açısından zayıf olduklarında kişilik bozukluğu tanısını alırlar ve bu hastalar sorumluluk almada, kendilerine anlamlı hedefler seçmede, değişikliklere karşı çare buluculukta, sınırlamaları kabullenmede ve alışkanlıklarını disiplinize etmede güçlük çekerler. Bununla beraber bazen kendini yönetme açısından güçlü olan bireyler de kişilik bozukluğu tanısı alırlar çünkü bunlar işbirlikçi değildirler. Yani bu disiplinize ve hedefe yönelik bireyler çok benmerkezcidir, sosyal olarak hoşgörüsüzdür, yardımsever değildirler, empati kuramazlar, şefkat duygusu ve bazı ahlaki prensiplerden yoksundurlar (175). düşük işbirliği yapma, empati yapma eksikliği ile ilişkilidir ve sonuç olarak işbirliği yapmayan bireyler düşmanlı, agresif, kindar, intikamcı ve fırsatçı kişiler olarak

tanımlanır. MKE’de İY; sosyal onaylama (İY1), empati duyma (İY2), yardımseverlik (İY3), acıma (İY4) ve erdemlilik–vicdanlılık (İY5) olmak üzere beş ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir. Düşük kendini aşma, kişiler ötesi özdeşleşme ve vicdanlılıkta eksiklikle ilişkilidir ve bu kişiler materyalistiktirler ve erdemlilik ya da evrensel uyum gibi soyut düşüncelerle ilgilenmezler. MKE’de kendini aşma, kendilik kaybı (KA1), kişiler ötesi özdeşim (KA2) ve manevi kabullenme (KA3) olmak üzere üç ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir (5–7).

1.1.3.2. Kişilik

Kişilik, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayrımını sağlayan uyum ve yaşam biçimini oluşturan bilinçli ya da bilinçdışı biliş, duygulanım ve davranış örüntülerinin tümüdür. Kişilik kavramı, insanın biyolojik ve ruhsal yapılarının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum, yetenek ve becerilerinin bir arada, en iyi biçimde bütünleşmesini ifade eder. Kişilik, karmaşık yapısına rağmen, bireyleri, davranışın birçok bileşeni aracılığıyla diğer bireylerden ayırır (176). Allport, kişiliği, kişinin çevreye uyumunu belirleyen, bireyin psiko–fiziksel sistemlerdeki dinamik örgütlenmesi olarak tanımlamış ve kişiliğin kendini yenileyen bir sistem olduğunu, sürekli gelişip değiştiğini vurgulayarak, dinamik bir yapılanması olduğunu ileri sürmüştür (176).

1.1.3.3. Mizaç

Mizaç, emosyonlardaki kalıtımsal yatkınlıklar ve emosyonlardan köken alan dürtülerin, otomatikleşmiş davranış özelliklerinin ve erken yaşamda gözlenebilen ve nispeten tüm hayat boyunca devam eden alışkanlıkların altında yatan öğrenme olarak tanımlanmaktadır (177).

1.1.3.3.1. Mizacın psikobiyojisi

Mizacın özellikleri olan zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etme; kişinin tehlike, yenilik ve değişik ödül tiplerine karşı, nispeten, verdiği otomatik cevabın altında yatan kalıtımsal farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu dört mizaç özelliği, dört temel duygu ile oldukça ilişkilidir; korku (zarardan kaçınma), öfke (yenilik arayışı), bağlanma (ödül bağımlılığı) ve hırs (sebat etme) (177). Dört boyutun; farklı kültürler, etnik gruplar ve farklı kıtalardaki farklı politik sistemlere karşın evrensel olduğu tekrar tekrar gösterilmiştir. Özet olarak; kalıtımsal olduğu, yaşamın erken döneminde ortaya çıktığı, gelişimsel olarak kararlılık

gösterdiği ve farklı kültürlerde benzer olduğundan dolayı kişiliğin bu özellikleri mizaç olarak adlandırılmaktadır (177).

1.1.3.3.2. Mizacın alt boyutları:

a) Zarardan kaçınma:

Zarardan kaçınma cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyaranlarına cevap olarak davranışın baskılanmasında kalıtımsal bir koşullanma içermektedir. Belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan veya tehlikeden pasif kaçınma, çabuk yorulma ve hatta başka insanları endişelendirmeyen durumlarda sorun beklentisi içindeki karamsarlık kaygısı olarak gözlemlenmektedir. Zarardan aşırı kaçınmanın uyumsal faydası, tehlike olasılığı olduğu zaman, ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Zararı ise zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda da zarar beklentisi içinde olmaktır ki bu durum uyum bozukluğuna ve kaygıya neden olmaktadır. Birçok insanı endişelendirecek bir duruma karşın, zarardan düşük oranda kaçınan insanlar kaygısız, enerjik, cesur, sempatik ve iyimserdirler. Zarardan az kaçınmanın faydası tehlike ve belirsizlikle karşılaşıldığında kendine güvenme, strese girmeden ya da çok az strese girerek enerjik gayret sarf etme ve iyimserliğe neden olmasıdır. Zararı ise, tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserlik, olası bir zarar görme durumunda ciddi sonuç riski ile ilişkili olmasıdır (177).

b) Yenilik arayışı:

Yenilik arayışı; keşfedici bir etkinlik olarak yenilik karşısında dürtüsellik, abartılı olarak ödüle yaklaşım ve engellenmekten kaçınma olarak gözlenmektedir. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve intizamsızdırlar. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarını oluşturmaktadır. Düşük yenilik arayıcı insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Düşüncelilik, esneklik, sistemli çalışma ve titiz yaklaşım gibi özellikleri bunların gerekli olduğu durumlarda açık bir avantajdır. Potansiyel olarak etkinlikleri sıkıcı hale getiren tekdüzeliğe toleranslı olma ve şevksizlik ise olumsuz yanlarını yansıtmaktadır (177).

c) Ödül bağımlılığı:

Ödül bağımlılığı aşırı duygusallık, sosyal duyarlılık, bağlanma ve başkaları tarafından onay bağımlılığı ile karakterizedir. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve girgin kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının en önemli uyumsal faydalarından biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır. Olumsuz yanları ise telkine yatkınlık ve sıklıkla, karşılaşılan insanlara aşırı sosyal bağlanmaları nedeniyle objektifliklerini kaybetmeleridir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük ödül bağımlılığının faydaları; kişisel bağımsızlık ve başkalarını memnun etme adına bozulmayan objektifliktir. Sosyal içe çekilme, ayrılma ve toplumsal tutumlarda soğukluk bunun olumsuz yanlarıdır (177).

d) Sebat etme:

Sebat etme, zaman zaman olan zorlanmalara, bitkinlik ve engellenmelere karşın davranışın sürdürülmesindeki kalıtımsal bir yatkınlığı yansıtmaktadır. Çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik olarak gözlenmektedir. Sebat etme özelliği yüksek olanlar aşırı çalışırlar, azimlilik gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır. Bu kişiler, çalışkan, azimli, beklenen ödül yanıtlarına aşırı çaba gösterme eğilimindedirler, beklenenden daha başarılı olurlar ve yorgunluğu ve engellenmeyi kişisel bir mücadele olarak algırlar. Düşük sebat etme özellikli bireyler ise tembel, hareketsiz, kararsız ve düzensizdirler. Nadiren daha yüksek başarı için çalışırlar ve kolaylıkla vazgeçme eğilimindedirler (177).

1.1.3.4. Karakter

Karakter, kişiliğin çekirdek kavramıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle, karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradelidir. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit duyguları içerirken; karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil duyguları içermektedir. Sonuç olarak; karakter, yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilmektedir. Karakter doğumdan itibaren geç erişkinlik

dönemine doğru, tedrici bir tarzda, artarak olgunlaşmaktadır. Karakter özelliklerinin gelişimi (kendilik ve dış dünya hakkında yakın zamanda içselleştirilmiş kavramlar) emosyonel gereksinimlerle sosyal baskıyı destekleyen kurallar arasında ki farkların azalması yoluyla mizacın (erken dönemde görülen emosyonlar gibi) çevreye iyi bir şekilde uyumunu sağlamaktadır (177).

1.1.3.4.1.Karakterin psikobiyojisi

Karakter, özetleme, sembolik yorumlama ve muhakeme yeteneğini içeren yüksek bilişsel işlevleri kapsamaktadır. Bu daha yüksek bilişsel işlevler beyinde kompleks olarak dağılmış olan ağları göstermektedir. Bu ağlar neokorteksteki anlamsal belleğin, hipokampüste uzun dönem depolanması yoluyla bilişsel şemaların şifrelendirilmesini içermektedir. Bunun gibi sembolik bellek işlemleri, bilişsel süreçler tarafından güdüsel olarak istila edilmiş mizaçla düzenlenen duyuşsal algılar vasıtasıyla mizaçla etkileşmektedir. Bu mizaç–karakter etkileşimi kendilik ve dış dünya hakkında olgun ve gerçekçi şekilde özümşenmiş kavramların gelişmesini sağlamaktadır. Ruhsal olarak kendini yönetebilmenin yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri sırasıyla, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma olarak adlandırılan üç farklı karakter özelliği ile ölçülebilir (177).

1.1.3.4.2. Karakterin alt boyutları

a) Kendi kendini yönetme:

Kendi kendini yönetme, bireyin yürütücü işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini oldukça iyi yöneten bir kişi kendine güvenen, sorumlu, güvenilir, becerikli, hedefleri olan biridir ve kendi ile barışıktır. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Bu onların bireysel olarak seçtikleri ve belirledikleri hedeflere, davranışlarını uydurabilmelerini sağlamaktadır. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldirler ve anlamlı içsel hedefleri tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir. Gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmayışı olarak kendini gösteren kötü yürütücü işlevler, birey için nadiren fayda sağlamaktadır (177).

b) İşbirliği yapma:

İşbirliği yapma bireyin kurallar koyucu işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Yüksek derecede işbirliği yapan insanlar, kendilerini toplumun bir

parçası olarak algılamaktadırlar. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler, empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler takım çalışmaları ve sosyal gruplar için avantajlıdır, fakat yalnız olarak yaşamak zorunda olanlar için değildir. İşbirliği yapma puanları düşük olan insanlar, tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçıdır. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (177).

c) Kendi kendini aşma:

Kendi kendini aşma, bireyin yargılayıcı işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendi kendini aşma, insanların kendilerini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamalarını göstermektedir. Kendi kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılan ölüm veya hastalıklara yakalanan insanlar için uyumsal bir şekilde avantajlıdır. Çoğu modern toplumda idealizm, alçak gönüllülük ve düşüncelilik, zenginlik ve güç edinmeyi engellediğinden dolayı dezavantaj olarak görülebilmektedir. Kendi kendini aşma puanları düşük olan insanlar pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişçi olma eğilimindedirler. Böyle bireyler, akılcı, tarafsızlık ve materyalistik başarılar nedeniyle, batı toplumlarında iyi özellik olarak görülmektedir. Bununla birlikte, sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel, maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekmektedirler. Bu durum huzur bulamamalarına ve özellikle yaşla birlikte artan uyum sorunlarına neden olmaktadır (177).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Verilerin toplanması

Çalışma süresince Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Temmuz 2009–Aralık 2010 tarihleri arasında başvuran yatarak ya da ayaktan tedavi gören, çalışma ölçütlerine uyan, PB tanılı 60 hasta çalışmaya alındı. Yine çalışma ölçütlerini karşılayan ve hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 62 sağlıklı kontrol grubu oluşturuldu.

Çalışma ve kontrol grubuna alınan tüm hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra sözel ve yazılı onayları alındı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

Hastaların çalışmaya dahil edilebilme ölçütleri:

- 1) DSM–IV (American Psychiatric Association 1994)'e göre PB tanısı konması
- 2) 18–65 yaşları arası olması
- 3) Başka bir eksen I bozukluğun eşlik etmemesi (major depresif bozukluk dışında)
- 4) Yazılı bilgilendirilmiş olur formunu imzalamış olması
- 5) Okuryazar olması
- 6) Mental reterdasyon ve/veya nörolojik bir bozukluğun olmaması
- 7) Fizyolojik etkileriyle panik bozukluğu oluşturacak genel bir tıbbi durumun bulunmaması
- 8) Alkol ve/ veya madde bağımlılığının bulunmaması olarak kabul edildi.

Çalışma ölçütlerini karşılayan 60 sağlıklı kadın ve erkek bireyden kontrol grubu oluşturuldu. Kontrol grubu için çalışmaya alma ve dışlama ölçütleri;

- 1) 18–65 yaş arasında olması
- 2) Okur yazar olması
- 3) Alkol ve/veya madde bağımlılığının bulunmaması
- 4) Yazılı bilgilendirilmiş olur formunu imzalamış olması şeklinde kabul edildi.

Tedavinin başlangıcında DSM–IV Eksen–I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID–I) ile tüm olgulara klinik deneyim ve taranan

kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgileri ve hastalık süresi, atak sayısı, hastalık başlangıç yaşı gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu uygulandı.

PB tanısı konan hasta grubuna ilk görüşme sırasında hasta onam formları açıklanıp imzalı onayları alındıktan sonra SCID–I, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ–20), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Panik Agorofobi Ölçeği (PAÖ), Durumluluk (STAI–I) ve Süreklilik (STAI–II) Kaygı Ölçeği ile Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) uygulanırken, seçilen kontrol grubuna ise Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ–20) ile Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) uygulandı

2.2. Kullanılan ölçekler

2.2.1. DSM–IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID–I) Ölçeği

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme(SCID–I), major DSM–IV Eksen I tanıların konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. 1997 yılında DSM–III–R tanı ölçütlerine uyarlanan testin DSM IV tanı ölçütlerine göre yeniden gözden geçirilmesi ile Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulmuştur. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlar ve duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsar. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve Aydemir (178) tarafından yapılmıştır.

2.2.2. Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI–I ve STAI–II)

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan Durumluk–Süreklilik Kaygı Ölçeği, kısa ifadelerden oluşan bir öz–değerlendirme anketidir ve yirmişer maddelik iki ölçekten oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilksin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir.

Sürekli Kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Durumluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir.

Türkiye’de testin geçerliği ve güvenilirliği Öner N ve LeCompte A tarafından yapılmıştır. Her iki ölçeğin de cevap seçeneklerinin 1’den 4’e kadar değişiyor olmasından ve ölçeklerde 20’ser ifade bulunmasından dolayı, her ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (179).

Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Bunlarda; doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerindekiler ise 1’e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir (179).

Durumluk Kaygı Ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20’nci maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39’ncü maddeleri oluşturur. Puanlandırma aşamasında da doğrudan ifadelerden elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya önceden belirlenmiş değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35’dir. Bu işlemler sonucunda elde edilen değer de bireyin kaygı puanıdır. Değerlendirme aşamasında kabul edilen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. Altmış veya üstündeki değerlerde kaygı düzeyinin normal sınırları aşmış olduğu söylenebilir (179).

2.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Ölçek 21 sorudan oluşan ve bireyin son bir hafta içerisinde yaşamakta olduğu anksiyete düzeyini değerlendirmeyi hedefleyen bir öz-bildirim ölçeğidir. Puanlama biçimi likert tipi olup 0–3 arasındadır. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. 0–13 puan:

anksiyete yok, 14–22 puan: Hafif derecede anksiyete, 23–34 puan: Orta derecede anksiyete, 35 puan ve üstü: Ağır derecede anksiyete olarak değerlendirilmektedir. Cronbach Alfa değeri ise 0.93 bulunmuştur (180). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. (181) tarafından yapılmıştır.

2.2.4. Panik Agorafobi ölçeği (PAÖ)

Panik atağın özelliklerini (3 soru ve puanlamaya alınmayan 1 soru), agorafobi ya da kaçınma davranışını (3 soru), beklenti anksiyetesi (2 soru), yeti yitimini (3 soru), sağlık konusunda endişeyi (2 soru) değerlendirmektedir. Hasta ve gözlemci anketi mevcuttur. Hasta anketinde elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0–8 remisyon, 9–18 hafif, 19–28 orta, 29–39 şiddetli, 40 ve üstü çok şiddetli. Ölçek, Bandelow 1995 yılında tarafından geliştirilmiştir (182). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Tural ve ark. (183) 2000 yılında tarafından yapılmıştır (183).

2.2.5. Mizaç Karakter Envanteri (MKE)

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği MKE, dört mizaç: YA, ZK, ÖB, SE ve üç karakter: KY, İY, KA alt boyutları olmak üzere 7–faktörlü, 240 maddeden oluşan “doğru” ya da “yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin yanıtlanmasında zaman sınırlaması yoktur. MKE içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. MKE'nin 125 maddeli kısa formu, 140 maddeli formu ve en yaygın olarak kullanılan 240 maddeli formu mevcuttur (7). Bizde çalışmamız da 240 maddeli MKE formunu kullandık.

Ölçek, 12'si mizaç; keşfetmekten heyecan duyma (YA1, 11 madde), dürtüsellik (YA2, 10 madde), savurganlık (YA3, 9 madde), düzensizlik (YA4, 10 madde), beklenti endişesi (ZK1, 11 madde), belirsizlik korkusu (ZK2, 7 madde), yabancılardan çekinme (ZK3, 8 madde), çabuk yorulma (ZK4, 9 madde), duygusallık (ÖB1, 10 madde), bağlanma (ÖB3, 8 madde), bağımlılık (ÖB4, 6 madde), sebat etme (SE, 8 madde) ve 13'ü karakter; sorumluluk alma (KY1, 8 madde), amaçlılık (KY2, 8 madde), beceriklilik (KY3, 5 madde), kendini kabullenme (KY4, 11 madde), uyumlu ikincil huylar (KY5, 12 madde), sosyal onaylama (İY1, 8 madde), empati duyma (İY2, 7 madde), yardımseverlik (İY3, 8 madde), acıma (İY4, 10 madde), erdemlilik (İY5, 9 madde), kendilik kaybı (KA1, 11 madde), kişiler ötesi özdeşim (KA2, 9 madde) ve manevi kabullenme (KA3, 13 madde) olmak üzere, 7 ölçek ve 25 alt

ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler, alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır. (örneğin, YA = YA1 + YA2 + YA3 + YA4 vb.) (184).

Ölçek Köse tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve tersine çevirme işlemi Sayar tarafından yapılmış ve bu çeviri Cloninger tarafından onaylanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliğine dair ilk bulgular Köse ve ark. (185) 2004 yılında tarafından bildirilmiştir.

Mizaç ve karakter envanterini mizaç ve karakter boyutu açısından aşağıdaki gibi alt boyutlarıyla tanımlayabiliriz (Tablo 1).

Tablo 1. Mizaç ve Karakter Envanterinin Alt Boyutları.

Mizaç Boyutu, alt boyutları	Karakter Boyutu, alt boyutları
Yenilik Arayışı (YA)	Kendi kendini yönetme(KY)
YA1–Keşfetmekten heyecan duyma–kayıtsız bir katılık	KY1–Sorumluluk alma–kınama
YA2 –Dürtüsellik–iyice düşünme	KY2–Amaçlılık–amaçsızlık
YA3–Savurganlık–tutumluluk	KY3–Beceriklilik
YA4–Düzensizlik–düzenlilik	KY4–Kendini kabullenme–kendiyile çelişme
	KY5–Aydınlanmış ikincil mizaç
Zarardan kaçınma(ZK)	İşbirliği yapma(İY)
ZK1–Beklenti endişesi ve karamsarlık	İY1–Sosyal kabullenme–sosyal hoşgörüsüzlük
ZK2–belirsizlik korkusu	İY2–Empati duyma–sosyal ilgisizlik
ZK3–yabancılardan çekinme	İY3–Yardımseverlik–yardım sevmelik
ZK4–çabuk yorulma ve dermansızlık	İY4–Acıma–intikamcılık
Ödül bağımlılığı(ÖB)	İY5–Temiz kalplilik/vicdanlılık–kendine yarar sağlama
ÖB1–Duygusalılık	
ÖB3–bağlanma	Kendi kendini aşma(KA)
ÖB4–bağımlılık	KA1–kendi kendini kaybetme–kendilik kaybı
Sebat etme(SE)	KA2–kişiler ötesi özdeşim–kendi kendini ayırışma
	KA3–Manevi kabullenme–akılcı maddecilik

2.2.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği(TAÖ)

Ölçek, ilk olarak 1985 yılında Taylor ve ark. (186) tarafından 26 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir.

Taylor ve arkadaşları 1985'te ölçeğin alt boyutlarını:

- Duyguları ve bedensel duyuları ayırt edebilme ve tanıyabilme yeteneği
- Duyguları ifade edebilme becerisi
- Hayal kurma
- Dışsal merkezli uyum sağlamaya yönelik kognitif yapı

şeklinde gruplandırmışlardır. Ayrıca ölçeğin yorumlanması ve puanlanması gene Taylor ve arkadaşları tarafından yapılandırılmıştır. Geliştirilen ölçeğin orijinal formu

26 maddeden oluşmaktadır ve 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte 15 tane düz–olumlu (2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26) 11 tane ise ters–olumsuz madde (1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24) bulunmaktadır. 5'li likert tipi olan bu ölçekten düz maddeler için; hiç katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) puan almaktadır. Olumlu maddeler için hiç katılmıyorum (5), katılmıyorum (4), kararsızım (3), katılıyorum (2), tamamen katılıyorum (1) puan almaktadır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ–26) sonradan, tekrar yapılandırılmış ve yirmi soruya indirilmiştir. Bu ölçek de TAÖ 20 olarak adlandırılmıştır (187). 20 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeğinin alt boyutları da üçe indirilmiştir. Bunlar:

- a) Duygularını tanıma zorluğu,
- b) Duygularını ifade etme zorluğu,
- c) Dışa dönük düşüncedir.

Ölçeğin; duyguları tanıma zorluğu alt boyutunda 7 madde (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), duyguları ifade etme zorluğu alt boyutunda 5 madde (2, 4, 11, 12, 17) ve dışa dönük düşünce alt boyutunda 8 madde (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) bulunmaktadır (188). Ölçek likert tipi bir ölçme aracı olup, kişilerden “Hiçbir zaman” (1), “Nadiren” (2), “Bazen”(3), “Sık sık”(4) ve “Her zaman”(5) seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Puanlandırılma ise tüm bu maddelerin puanlarının toplanmasıyla gerçekleştirilir. Ancak bu maddelerden bazıları ters çevrilerek puanlamaya katılır. Ters çevrilen bu maddeler 4., 5., 10., 18. ve 19. maddelerdir (188). Ölçeğin tamamından 61 ve üzerinde puan alan kişiler, aleksitimik olarak kabul edilmektedir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir (189).

Ölçek günümüze gelene kadar birçok uyarlama çalışmalarından geçmiş ancak ilk olarak dilimize uyarlama çalışması ise Dereboy tarafından 1990 yılında yapılmıştır (145).

2.3. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16 programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde; değişkenler arasındaki ilişkilerin analizi ile hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri için ki–kare testi, kullanılan ölçekler yönünden hasta ve kontrol gruplarından elde edilen puanlar arasındaki farkların

değerlendirilmesi için t–testi (parametric test) kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizlerinden yararlanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0, 05$ düzeyinde değerlendirildi.

3. BULGULAR

3.1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Bu çalışma, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri kliniğine ve polikliniğine, Temmuz 2009–Aralık 2010 tarihleri arasında ayaktan ve yatarak başvuran hastalar arasından yapılmıştır. Çalışmaya, DSM–IV TR tanı ölçütlerine göre PB tanısı konulan, çalırma ölçütlerini karşılayan 60 hasta ve hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, 62 sağlıklı kontrol grubu alındı. PB hasta grubunun yaş ortalaması 35.2 ± 8.82 , kontrol grubunun yaş ortalaması 35.23 ± 7.82 idi. Çalışmaya alınan bireylerin %68, 3'si (n=41) kadın, %31, 7'si (n=19) erkekti. PB grubu ve kontroller arasında sosyodemografik özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 2). Ayrıca hasta grubunun panik başlangıç yaş ortalaması: 31.13 ± 11.39 , panik toplam süresi: 4.87 ± 4.5 yıl olarak bulunurken, hasta grubunun PAÖ ortalama puanı: 20.55 ± 11.83 , BAÖ ortalama puanı: 28.4 ± 1.55 , STAI–I ortalama puanı: 41.5 ± 6.14 , STAI–II ortalama puanı ise: 50.65 ± 6.06 idi. (Tablo 2).

3.2. Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları

Mizaç karakter envanter mizaç alt boyutu olan YA skorlarında, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark yoktu. (YA; hasta grubu: $18, 1\pm 5, 8$, kontrol grubu: $18.8\pm 4, 4$, p: 0.442, YA1; hasta grubu: 5.45 ± 2.3 , kontrol grubu: 5.77 ± 1.97 , p: 0.399, YA2; hasta grubu: 3.98 ± 1.8 , kontrol grubu: 4.38 ± 1.9 , p: 0.400, YA3; hasta grubu: 4.48 ± 2.0 kontrol grubu: 4.64 ± 2.24 , p: 0.677, YA4; hasta grubu: 4.18 ± 2.02 , kontrol grubu: 4.01 ± 1.6 , p: 0.613). ($P>0, 05$). MKE mizaç alt boyutu ZK total skorlarında ve ZK alt grubu olan ZK4 alt ölçeğinin skoru hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. (ZK; hasta grubu: $19, 4\pm 7, 5$, kontrol grubu: $16, 6\pm 6, 2$, p: 0, 03, ZK1; hasta grubu: $6, 25\pm 2, 94$, kontrol grubu: $5, 54\pm 2, 27$, p: 0, 143, ZK2; hasta grubu: $4, 61\pm 1, 96$, kontrol grubu: $4, 03\pm 1, 84$, p: 0, 93, ZK3; hasta grubu: $3, 41\pm 2, 3$, kontrol grubu: $3, 3\pm 2, 25$, p: 0, 82, ZK4; hasta grubu: $5, 13\pm 2, 28$, kontrol grubu: $3, 79\pm 2, 14$, p: 0, 001) ($p<0.05$, $p\leq 0, 001$).

Tablo 2. Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik verileri

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p	
	(n: 60)	%	(n: 62)	%		
Yaş	35.2±8.82		35.23±7.82		t=-0.44	p=0.966
Cinsiyet						
Kadın	41	%68.3	41	%66.1	$\chi^2=0.067$	p=0.795
Erkek	19	%31.7	21	%33.9		
Medeni durum						
Bekar	24	%40	35	%56.5	$\chi^2=3.85$	p=0.146
Evli	33	%55	26	%41.9		
Boşanmış	3	%5	1	%1.6		
Eğitim düzeyi						
Okur yazar	2	%3.3	2	%3.2	$\chi^2=0.101$	p=0.999
İlkokul	8	%13.3	8	%12.9		
Ortaokul	4	%6.7	5	%8.1		
Lise	22	%36.7	23	%37.1		
Üniversite	24	%40	24	%38.7		
Yaşadığı yer						
Köy	4	%6.7	2	%1.7	$\chi^2=2.82$	p=0.245
Kasaba	2	%3.3	4	%5		
Şehir	54	%90	56	%93.2		
Ekonomik durum						
Düşük	1	%1.7	7	%10	$\chi^2=3.65$	p=0.162
Orta	52	%86.7	53	%83.2		
Yüksek	7	%11.7	2	%1.8		
Meslek						
Ev hanımı	15	%25	12	%19.4	$\chi^2=7.054$	p=0.316
Öğrenci	13	%21.7	15	%24.2		
Memur	16	%26.7	25	%40.3		
İşçi	3	%5	2	%3.2		
Özel meslek	8	%13.3	2	%3.2		
İşsiz	3	%5	5	%8.1		
Emekli	2	%3.3	1	%1.6		
PB başlangıç yaş Ortalaması	31.13±11.39					
PB toplam süresi	4.87±4.5					
PAÖ ortalama puanı	20.55±11.83					
BAÖ ortalama puanı	28.4±1.55					
STAI-I ortalama puanı	41.5±6.14					
STAI-II ortalama puanı	50.65±6.06					

Mizaç karakter envanter mizaç alt boyutu olan ÖB skorlarında, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark yoktu. (ÖB; Hasta grubu: 14, 03±4, 2, kontrol grubu: 13, 08±2, 83, p: 0, 146, ÖB1; hasta grubu: 7, 28±2, 27,

kontrol grubu: 6, 8±1, 5, p: 0, 173, ÖB3; hasta grubu: 4, 56±2, 06, kontrol grubu: 3, 9±1, 7, p: 0, 061, ÖB4; hasta grubu: 2, 18±1, 34, kontrol grubu: 2, 35±1, 53, p: 0, 514) (p>0.05). MKE mizaç alt boyutu olan SE skorlarında ise, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark vardı. Hasta grubunun SE skoru kontrol grubuna göre daha düşüktü. (SE; hasta grubu: 4, 31±1, 95, kontrol grubu: 5, 11±1, 87, p: 0, 023) (p<0, 05) (Tablo 3).

Mizaç karakter envanter karakter alt boyutu olan KY skorlarında, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark vardı. KY alt grubu olan KY5 skorları hariç diğer alt ölçeklerde, hasta grubunun skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. (KY; hasta grubu: 22, 6±8, 9, kontrol grubu: 27, 3±6, 3, p: 0, 001, KY1; hasta grubu: 3, 7±2, 5, kontrol grubu: 4, 77±1, 9, p: 0, 007, KY2; hasta grubu: 4, 51±2, 07, kontrol grubu: 5, 7±1, 76, p: 0, 001, KY3; hasta grubu: 2, 3±1, 43, kontrol grubu: 3, 09±1, 25, p: 0, 002, KY4; hasta grubu: 4, 6±2, 34, kontrol grubu: 5, 4±2, 5, p: 0, 055) (p<0, 05, p<0.01, p≤ 0.001). KY5 skorlarında iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. (KY5; hasta grubu: 7, 5±2, 67, kontrol grubu: 8, 2±1, 9, p: 0, 80) (p>0, 05). MKE karakter alt boyutu olan İY skorlarında, İY1 ve İY2 skorları dışında, hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. (İY; hasta grubu: 25, 3±8, 8, kontrol grubu: 27, 9±6, 6, p: 0, 063, İY3; hasta grubu: 4, 1±2, 94, kontrol grubu: 4, 5±1, 47, p: 0, 193, İY4; hasta grubu: 6, 4±2, 94, kontrol grubu: 6, 5±2, 97, p: 0, 904, İY5; hasta grubu: 6, 2±2, 16, kontrol grubu: 6, 7±1, 5, p: 0, 082) (p>0, 05). İY1 ve İY2 alt ölçeklerinde, hasta grubunun puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. (İY1; hasta grubu: 4, 78±2, 18, kontrol grubu: 5, 75±1, 72, p: 0, 007, İY2; hasta grubu: 3, 66±1, 7, kontrol grubu: 4, 29±1, 5, p: 0, 035). (p<0, 05). MKE karakter alt boyutu olan KA skorlarında, hasta ve kontrol grupları arasında genel olarak ve tüm alt ölçeklerde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (KA; hasta grubu: 18,16±6, 4, kontrol grubu: 19, 05±4, 8, p: 0, 176, KA1; hasta grubu: 5, 75±2, 66, kontrol grubu: 6, 17±2, 07, p: 0, 322, KA2; hasta grubu: 5,16±2, 27, kontrol grubu: 5, 33±1, 91, p: 0, 652, KA3; hasta grubu: 7, 25±2, 99, kontrol grubu: 8, 04±2, 65, p: 0, 121, p>0, 05) (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve kontrol grubunun MKE parametreleri değerlendirme sonuçları

	Hasta Grubu (n: 60)	Kontrol Grubu (n: 62)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	t	p
YA	18.1±5.8	18.8±4.4	-0.772	0.442
YA1	5.45±2.3	5.77±1.97	-0.847	0.399
YA2	3.98±1.8	4.38±1.9	-1.207	0.400
YA3	4.48±2.0	4.64±2.24	-0.417	0.677
YA4	4.18±2.02	4.01±1.6	0.507	0.613
ZK	19.4±7.5	16.6±6.2	2.190	0.03*
ZK1	6.25±2.94	5.54±2.27	1.474	0.143
ZK2	4.61±1.96	4.03±1.84	1.693	0.93
ZK3	3.41±2.3	3.3±2.25	0.228	0.820
ZK4	5.13±2.28	3.79±2.14	3.552	0.001***
ÖB	14.03±4.2	13.08±2.83	1.464	0.146
ÖB1	7.28±2.27	6.8±1.49	1.372	0.173
ÖB3	4.56±2.06	3.91±1.7	1.890	0.061
ÖB4	2.18±1.34	2.35±1.53	-0.655	0.514
SE	4.31±1.95	5.11±1.87	-2.298	0.023*
KY	22.6±8.85	27.3±6.3	-3.337	0.001***
KY1	3.7±2.45	4.77±1.85	-2.737	0.007**
KY2	4.51±2.07	5.7±1.76	-3.466	0.001***
KY3	2.3±1.43	3.09±1.25	-3.137	0.002**
KY4	4.6±2.67	5.4±2.5	-1.940	0.055
KY5	7.5±2.67	8.2±1.9	-1.767	0.80
İY	25.3±8.8	27.9±6.6	-1.876	0.063
İY1	4.78±2.18	5.75±1.72	-2.739	0.007**
İY2	3.66±1.7	4.29±1.5	-2.135	0.035*
İY3	4.1±1.7	4.5±1.47	-1.308	0.193
İY4	6.4±2.94	6.5±2.97	-0.121	0.904
İY5	6.2±2.16	6.7±1.5	-1.751	0.082
KA	18.16±6.4	19.5±4.8	-1.360	0.176
KA1	5.75±2.66	6.17±2.07	-0.994	0.332
KA2	5.16±2.27	5.33±1.91	-0.453	0.652
KA3	7.25±2.99	8.04±2.65	-1.560	0.121

(p* $<$ 0.05, p** $<$ 0.01, p*** \leq 0.001)

Hasta ve kontrol grubuna uygulanan TAÖ-20 ölçeği sonucuna göre; Hasta grubunun %35 'i (n=21) aleksitimik iken %65'i (n=39) aleksitimik değildi. Kontrol

grubu ise %11, 3'ü (n=7) aleksitimik iken %88, 7'si (n=55) aleksitimik bulunmadı. Hasta grubu kontrol grubuna göre aleksitimi düzeyi daha yüksekti. Hasta grubunda TAÖ-20 ve TAÖ-F1 skorlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik bulundu. (TAÖ-20; hasta grubu: 53±11, 5, kontrol grubu: 48, 4±9, 84, p: 0, 019, TAÖ-F1; hasta grubu: 18, 28±6, 21, kontrol grubu: 15±5, 84, p: 0, 03) (p<0, 05). Diğer alt ölçeklerde anlamlı bir fark saptanmadı. (TAÖ-F2; hasta grubu: 12, 91±3, 94, kontrol grubu: 12, 5±4, 19, p: 0, 588, TAÖ-F3; hasta grubu: 21, 8±3, 64, kontrol grubu: 21, 01±3, 22, p: 0, 211) (p>0, 05). (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta ve kontrol grupları aleksitimi skorları

Toronto Aleksitimi Ölçeği alt Grupları	Hasta grubu n: 60 Ortalama±SS	Kontrol grubu n: 62 Ortalama±SS	t	p
TAÖ-20	53±11.5	48.4±9.84	2.385	0.019*
TAÖ-F1	18.28±6.21	14.95±5.84	3.052	0.030*
TAÖ-F2	12.9±3.94	12.51±4.19	0.543	0.588
TAÖ-F3	21.8±3.64	21.01±3.22	1.299	0.211
Aleksitimik	n: 21 %35	n: 7 %11.3		
Aleksitimik olmayan	n: 39 %65	n: 55 %88.7		

(*p<0.05)

Mizaç karakter envanter mizaç alt boyutu olan YA skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark yoktu. (YA; aleksitimik olan hasta grubu: 17, 4±6, 82, aleksitimik olmayan hasta grubu: 18.4±5, 28, p: 0, 517, YA2; aleksitimik olan hasta grubu: 4, 04±1, 71, aleksitimik olmayan hasta grubu: 3, 94±1, 83, p: 0, 839, YA3; aleksitimik olan hasta grubu: 4, 47±2, 31, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 48±1, 9, p: 0, 984, YA4; aleksitimik olan hasta grubu: 4, 23±2, 23, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 15±1, 92, p: 0, 879) (P>0, 05). YA1 alt grubu skorlarında aleksitimik olan ve olmayan hasta grubu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. (YA1; Aleksitimik olan hasta grubu: 4, 66±2, 2, Aleksitimik olmayan hasta grubu: 5, 87±2, 2, p=0, 047) (p<0, 05). MKE mizaç alt boyutu ZK total skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark yoktu. (ZK; aleksitimik olan hasta grubu: 20.4±8, 56, aleksitimik olmayan hasta grubu: 18, 8±6, 9, p: 0, 447, ZK1; aleksitimik

olan hasta grubu: 6, 57±3, 17, aleksitimik olmayan hasta grubu: 6, 07±2, 9, p: 0, 540, ZK2; aleksitimik olan hasta grubu: 4, 52±2, 2, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 6641, 9, p: 0, 791, ZK3; aleksitimik olan hasta grubu: 3, 76±2, 62, aleksitimik olmayan hasta grubu: 3, 23±2, 24, p: 0, 399, ZK4; aleksitimik olan hasta grubu: 5, 57±2, 35, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 89±2, 23, p: 0, 279). (P>0, 05). MKE mizaç alt boyutu ÖB skorlarında ise, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark yoktu. (ÖB; aleksitimik olan hasta grubu: 12, 95±5, 14, aleksitimik olmayan hasta grubu: 14, 6±3, 6, p: 0, 149, ÖB1; aleksitimik olan hasta grubu: 7, 04±2, 65, aleksitimik olmayan hasta grubu: 7, 41±2, 07, p: 0, 561, ÖB3; aleksitimik olan hasta grubu: 4, 19±2, 13, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 76±2, 03, p: 0, 306) (p>0, 05). Sadece, bağıllık (ÖB4) alt grubu skorları, aleksitimik olmayan hasta grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. (ÖB4; Aleksitimik olan hasta grubu: 1, 71±1, 3, Aleksitimik olmayan hasta grubunda: 2, 4±1, 31, p: 0, 047) (p<0, 05). MKE mizaç alt boyutu SE skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel olarak anlamlı bir fark yoktu. (SE; Aleksitimik olan hasta grubu: 4, 0±2, 12, Aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 48±1, 86, p: 0, 361) (p>0, 05) (Tablo 5).

Mizaç karakter envanter karakter alt boyutu olan KY skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel olarak anlamlı olarak fark vardı. Aleksitimik olmayan hasta grubunun KY total skorları daha yüksek idi. (KY; aleksitimik olan hasta grubu: 18, 19±8, 08, aleksitimik olmayan hasta grubu: 25, 1±8, 37, p: 0, 003, KY1; aleksitimik olan hasta grubu: 2, 28±1, 87, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 46±2, 4, p: 0, 001, KY2; aleksitimik olan hasta grubu: 3, 47±2, 13, aleksitimik olmayan hasta grubu: 5, 0741, 84, p: 0, 004, KY3; aleksitimik olan hasta grubu: 1, 61±1, 25, aleksitimik olmayan hasta grubu: 2, 71±1, 39, p: 0, 004) (p<0, 01, p≤0, 001). Ancak KY4 ve KY5 alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (KY4; aleksitimik olan hasta grubu: 3, 95±2, 15, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 95±2, 4, p: 0, 117, KY5; aleksitimik olan hasta grubu: 6, 85±3, 02, aleksitimik olmayan hasta grubu: 7, 89±2, 43, p: 0, 153) (p>0, 05). MKE karakter alt boyutu olan işbirliği yapma (İY) skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel olarak anlamlı fark vardı. İY total skorları, sosyal kabullenme (İY1), yardımseverlik (İY3) alt gruplarının skorları aleksitimik olmayanlarda anlamlı

olarak daha yüksekti. (İY; aleksitimik olan hasta grubu: 21, 5±9, 68, aleksitimik olmayan hasta grubu: 27, 3±7, 68, p: 0, 015, İY1; aleksitimik olan hasta grubu: 3, 9±2, 17, aleksitimik olmayan hasta grubu: 5, 25±2, 07, p: 0, 021, İY3; aleksitimik olan hasta grubu: 3, 28±1, 64, aleksitimik olmayan hasta grubu: 4, 64±1, 61, p: 0, 003) (p<0,05, p<0, 01). Diğer alt gruplarda ise anlamlı bir fark bulunmadı. (İY2; aleksitimik olan hasta grubu: 3, 23±1, 81, aleksitimik olmayan hasta grubu: 3, 89±1, 61, p: 0, 155, İY4; aleksitimik olan hasta grubu: 5, 5±3, 31, aleksitimik olmayan hasta grubu: 7, 0±2, 62, p: 0, 063, İY5; aleksitimik olan hasta grubu: 5, 61±2, 72, aleksitimik olmayan hasta grubu: 6, 5±1, 76, p: 0, 129). (p>0, 05). MKE karakter alt boyutu KA skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel olarak anlamlı fark yoktu. (KA; aleksitimik olan hasta grubu: 18, 5±7, 83, aleksitimik olmayan hasta grubu: 17, 9±5, 65, p: 0, 724, KA2; aleksitimik olan hasta grubu: 4, 76±2, 71, aleksitimik olmayan hasta grubu: 5, 38±1, 99, p: 0, 315, KA3; aleksitimik olan hasta grubu: 6, 95±3, 44, aleksitimik olmayan hasta grubu: 7, 4±2, 75, p: 0, 577) (p>0, 05). Sadece KA1 alt grubunda aleksitimik olmayan grupta anlamlı olarak daha yüksekti. (KA1; aleksitimik olan hasta grubu: 6, 8±2, 74, aleksitimik olmayan hasta grubu: 5, 15±2, 42, p: 0, 016) (p<0, 05). Ayrıca aleksitimik/aleksitimik olmayan hasta grubu ile kontrol grubu arasında MKE parametre değerleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

Aleksitimik olan ve aleksitimik olmayan hasta grupları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre; BAÖ ve PAÖ'leri aleksitimik olan hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. BAÖ aleksitimik hasta grubunda; 37, 6±11, 05 iken, aleksitimik olmayan hasta grubunda ise 23, 4±15, 35, t=3, 737, p<0.001 idi. PAÖ ise aleksitimik hasta grubunda: 26, 05±9, 85 iken aleksitimik olmayan hasta grubunda 17, 59±11, 8, t=2, 787, p≤ 0.05 idi. Ayrıca aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında karşılaştırma yapılan STAI- I, STAI-II, yaş, panik başlangıç yaşı, panik süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 6).

Tablo 5. Aleksitimik/Aleksitimik olmayan hasta ve kontrol grubunun MKE parametreleri değerlendirme sonuçları

	Hasta Grubu			Kontrol Grubu		
	Aleksitimik	Aleksitimik olmayan	P	Aleksitimik	Aleksitimik olmayan	P
	(n=21) Ortalama±SS	(n=39) Ortalama±SS		(n=7) Ortalama±SS	(n=55) Ortalama±SS	
YA	17.4±6.82	18.4±5.28	0.517	18.4±4.57	18.87±4.45	0.805
YA1	4.66±2.2	5.87±2.2	0.047*	5.42±2.14	5.81±1.96	0.626
YA2	4.04±1.71	3.94±1.83	0.839	4.14±0.69	4.41±2.01	0.723
YA3	4.47±2.31	4.48±1.9	0.839	5.14±2.3	4.58±2.25	0.538
YA4	4.23±2.23	4.15±1.92	0.879	3.71±2.21	4.05±1.53	0.601
ZK	20.4±8.56	18.846.9	0.447	15.7±4.2	16.8±6.44	0.662
ZK1	6.57±3.17	6.07±2.9	0.540	5.42±1.61	5.56±2.35	0.884
ZK2	4.52±2.2	4.66±1.9	0.791	2.85±1.57	4.18±1.83	0.074
ZK3	3.76±2.42	3.23±2.24	0.399	3.71±1.45	3.27±2.34	0.630
ZK4	5.57±2.35	4.89±2.23	0.279	3.71±1.7	3.8±2.20	0.992
ÖB	12.95±5.14	14.6±3.6	0.149	2.57±2.38	13.14±2.9	0.618
ÖB1	7.04±2.65	7.41±2.07	0.561	6.57±1.5	6.83±1.5	0.662
ÖB3	4.19±2.13	4.76±2.03	0.306	3.57±0.975	3.96±1.77	0.570
ÖB4	1.71±1.3	2.4±1.31	0.047*	2.42±1.77	2.24±1.56	0.894
SE	4.0±2.12	4.48±1.86	0.361	5.14±0.899	5.10±1.96	0.965
KY	18.19±8.08	25.1±8.37	0.003**	25.4±3.6	27.55±6.65	0.406
KY1	2.28±1.87	4.46±2.4	0.001***	4.14±1.35	4.85±1.9	0.342
KY2	3.47±2.13	5.07±1.84	0.004**	5.28±1.11	5.78±1.83	0.489
KY3	1.61±1.25	2.71±1.39	0.004**	2.14±0.7	3.21±1.25	0.06
KY4	3.95±2.15	4.95±2.4	0.117	6.28±2.36	5.36±2.61	0.378
KY5	6.85±3.02	7.89±2.43	0.153	7.57±0.97	8.3±1.97	0.303
İY	21.5±9.68	27.3±7.68	0.015*	29.7±3.72	27.7±6.87	0.454
İY1	3.90±2.16	5.25±2.07	0.021*	6.0±1.41	5.72±1.76	0.697
İY2	3.23±1.81	3.89±1.61	0.155	4.0±0.81	4.3±1.5	0.596
İY3	3.28±1.64	4.64±1.61	0.003**	4.42±1.27	4.56±1.51	0.822
İY4	5.5±3.31	7.0±2.62	0.063	7.71±1.97	6.4±3.05	0.274
İY5	5.61±2.72	6.5±1.76	0.129	7.5±0.97	6.69±1.53	0.06
KA	18.5±7.83	17.9±5.65	0.724	20.1±4.88	19.49±4.85	0.748
KA1	6.8±2.74	5.15±2.42	0.016	6.0±1.79	6.2±2.12	0.813
KA2	4.76±3.44	5.38±1.99	0.315	5.57±1.98	5.3±1.92	0.736
KA3	6.95±3.44	7.4±2.75	0.577	8.57±1.9	7.98±2.73	0.584

(p* $<$ 0.05, p** $<$ 0.01, p*** \leq 0.001)

Tablo 6. Aleksitimik/Aleksitimik olmayan hasta grubunun STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ, Panik başlangıç yaşı ve süresi verileri

	Hasta Grubu		t	P
	Aleksitimik (n=21) Ortalama±SS	Aleksitimik olmayan (n=39) Ortalama±SS		
Yaş	33.86±10.72	36.23±13.66	-0.689	0.494
Panik başlangıç yaşı	29.62±9.92	31.9±12.2	-0.753	0.455
Panik süresi	4.5±4.27	5.05±4.7	-0.429	0.670
STAI-I	42.66±5.57	41.0±6.41	1.002	0.320
STAI-II	52.42±4.42	49.6±6.64	1.692	0.096
BAÖ	37.6±11.05	23.4±15.35	3.737	0.000**
PAÖ	26.05±9.85	17.59±11.8	2.787	0.05*

(*p<0.05, ** p<0.001)

3.3. Hasta ve kontrol grubunun korelasyon analizleri

Mizaç karakter envanter ile TAÖ alt grupları arasında yapılan korelasyonda; KY alt grubu TAÖ-F1(r=-0, 434, p<0, 001), TAÖ-F2(r=-0, 512, p<0, 001), TAÖ-F3(r=-0, 256, p<0, 05) ve TAÖ-20(r=-0, 511, p<0, 001) ile negatif yönde anlamlı bulundu. İY alt grubu TAÖ-F(r=-0, 368, p<0, 05), TAÖ-F2(r=-0, 360, p<0, 05), TAÖ-20(r=-0, 390, p<0, 05) arasında benzer şekilde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Yani kendini yönetme ve işbirliği yapma skorları hasta grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Diğer MKE alt grupları ile TAÖ alt grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 7).

Tablo7. MKE ve TAÖ alt gruplarının korelasyonu

	TAÖ-F1	TAÖ-F2	TAÖ-F3	TAÖ-20
YA	0.031	-0.109	0.026	-0.013
ZK	0.233	0.105	0.109	0.204
ÖB	-0.045	-0.213	-0.214	-0.172
S	-0.124	0.063	-0.053	-0.109
KY	-0.434**	-0.512***	-0.256**	-0.511
İY	-0.368**	-0.360**	-0.164	-0.390**
KA	0.125	0.141	0.082	0.148

(**p<0.01, ***p<0.001)

Mizaç karakter envanter alt grupları ile STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ ölçekleri arasındaki korelasyon sonuçlarına göre; PAÖ verilerine göre YA alt grubu ile PAÖ arasında ($r=0,324, p<0,05$) pozitif yönde, ZK alt grubu ile PAÖ arasında ($r=0,533, p<0,001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken benzer şekilde KA alt grubu ile PAÖ arasında ($r=0,461, p<0,001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. BAÖ verilerine göre ise ZK alt grubu ile BAÖ arasında ($r=0,499, p<0,001$) pozitif yönde, KA alt grubu ile BAÖ arasında ($r=0,361, p<0,001$), İY alt grubu ile BAÖ arasında ($r=0,265, p<0,05$) negatif yönde, KY alt grubu ile BAÖ arasında ($r=-0,428, p<0,01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu.

Durumluluk Kaygı Ölçeği verilerine göre ise; ZK alt grubu ile STAI-I arasında ($r=0,268, p<0,05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. STAI-II verilerine göre ise; ZK alt grubu ile STAI-II arasında ($r=0,290, p<0,05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. MKE alt gruplarının, STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ ile korelasyonu

	PAÖ	BAÖ	STAI-I	STAI-II
YA	0.324*	0.183	-0.087	-0.126
ZK	0.533***	0.499***	-0.268*	-0.290*
ÖB	0.201	0.074	-0.141	-0.002
S	0.032	-0.065	-0.085	-0.089
KY	-0.185	-0.428**	0.161	-0.251
İY	-0.006	-0.265*	-0.057	-0.147
KA	0.461***	0.361**	-0.192	0.039

(* $p<0.05$, * $p<0.01$, *** $p<0.001$)

Toronto Aleksitimi Ölçeği alt grupları ile STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ ölçekleri arasındaki korelasyon sonuçlarına göre; PAÖ verilerine göre; TAÖ-F1 ile PAÖ arasında ($r=0,421, p<0,01$) pozitif yönde, TAÖ-F2 ile PAÖ arasında ($r=0,347, p<0,01$) pozitif yönde, TAÖ-F3 ile PAÖ arasında ($r=0,263, p<0,05$) pozitif yönde, TAÖ-20 ile PAÖ arasında ($r=0,447, p<0,001$) anlamlı bir ilişki bulundu.

Beck Anksiyete Ölçeği verilerine göre; TAÖ-F1 ile BAÖ arasında ($r=0,602, p<0,001$) pozitif yönde, TAÖ-F2 ile BAÖ arasında ($r=0,533, p<0,001$) pozitif yönde, TAÖ-F3 ile BAÖ arasında ($r=0,307, p<0,05$), TAÖ-20 ile BAÖ arasında ($r=0,630, p<0,001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Durumluluk ve Süreklilik Ölçeği verileri ile TAÖ alt grupları arasında ise; anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 9).

Tablo 9. TAÖ alt gruplarının, STAI-I, STAI-II, BAÖ, PAÖ ile korelasyonu

	PAÖ	BAÖ	STAI-I	STAI-II
TAÖ-20	0.447***	0.630***	-0.019	0.233
TAÖ-F1	0.421**	0.602***	0.068	0.244
TAÖ-F2	0.347**	0.533***	-0.075	0.230
TAÖ-F3	0.263*	0.307*	-0.094	0.040

(*p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001)

Mizaç karakter envanter alt gruplarının kendi arasında yapılan korelasyona göre; YA alt grubu ile sırasıyla ZK(r=0, 464, p<0, 001), ÖB(r=0, 657, p<0, 001), İY(r=0, 386, p<0, 01), KA (r=0, 497, p<0.001) arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. ZK alt grubu ile sırasıyla YA(r=0, 464, p<0, 001), ÖB(r=0, 463, p<0.001), KA(r=0, 408, p<0, 01) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. ÖB alt grubu ile sırasıyla YA(r=0, 657, p<0, 001), ZK(r=0, 463, p<0, 001), SE(r=0, 378, p<0, 01), KY(r=0, 432, p<0, 01), İY(r=0, 614, p<0, 001), KA(r=0, 498, p<0, 001) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. SE alt grubu ile sırasıyla; ÖB (r=0, 378, p<0, 01), KY(r=0, 413, p<0, 01), İY(r=0, 412, p<0, 01), KA(r=0, 501, p<0, 001) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. KY alt grubu ile sırasıyla; ÖB(r=0, 432, p<0, 01), SE(r=0, 413, p<0, 01), İY(r=0, 705, p<0, 001) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. İY alt grubu ile sırasıyla; YA(r=0, 386, p<0, 01), ÖB(r=0, 614, p<0, 001), SE(r=0, 412, p<0, 01), KY(r=0, 705, p<0, 001), KA(r=0, 349, p<0, 01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. KA alt grubu ile sırasıyla; YA(r=0, 497, p<0, 001), ZK(r=0, 408, p<0, 01), ÖB(r=0, 498, p<0, 001), SE(r=0, 501, p<0, 001), İY(r=0, 349, p<0, 01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 10).

Tablo10. MKE alt gruplarının kendi arasındaki korelasyonu

	YA	ZK	ÖB	S	KY	İY	KA
YA	–	0.464**	0.657**	0.210	0.236	0.386**	0.497**
ZK	0.464**	–	0.463**	0.174	0.390	0.231	0.408*
ÖB	0.657**	0.463**	–	0.378*	0.432**	0.614**	0.498**
S	0.210	0.174	0.378*	–	0.413*	0.412*	0.501**
KY	0.236	0.039	0.432*	0.413*	–	0.705**	0.158
İY	0.386*	0.231	0.614**	0.412*	0.705**	–	0.349*
KA	0.497**	0.408*	0.498**	0.501**	0.158	0.349*	–

(*p<0.01, **p<0.001)

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda PB ve kontrol grupları arasında, mizaç boyutları yönüyle PB hasta grubunun toplam zarardan kaçınma (ZK) skor ortalamaları ile zarardan kaçınma alt grubu olan çabuk yorulma ve dermansızlık (ZK4) skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek iken; sebat etme (SE) skor ortalamaları ise düşük bulundu. Karakter boyutları yönüyle ise, PB hasta grubunun kendini yönetme (KY) total skoru, kendini yönetme alt gruplarından sorumluluk alma (KY1), amaçlılık (KY2), beceriklilik (KY3) skorları, işbirliği yapma (İY) total skoru ve işbirliği yapma alt gruplarından sosyal kabullenme (İY1), empati duyma (İY2) skorları kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Ayrıca hasta grubunun % 35' i (n= 21) aleksitimik iken, %65'i (n=39) ise aleksitimik değildi. Aleksitimik olan hasta grubunda yenilik arayışı alt grubu olan keşfetmekten heyecan duyma (YA1), ödül bağımlılığı alt grubu olan bağıllık (ÖB4), kendini yönetme (KY) total skoru, KY alt gruplarından sorumluluk alma (KY1), amaçlılık (KY2), beceriklilik (KY3), işbirliği yapma total skoru ve işbirliği yapma alt gruplarından sosyal kabullenme (İY1), yardımseverlik (İY3) skorları aleksitimik olmayan hasta grubuna göre anlamlı olarak düşük iken, kendini aşma alt gruplarından kendini kaybetme (KA1) alt grubu ise anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin, daha düşük yenilik arayışı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (190). Yenilik arayışında yüksek olan bireyler; impulsif, engellenince çabuk sinirlenen, kendilerine zevk veya heyecan getireceğine inandıklarında kuralları veya düzeni bozma eğilimindedirler; yenilik arayışında düşük olanlar ise, bu açıdan düşünceli ve kurallara riayet edicidirler (5–7). Çalışmamızda ise; MKE mizaç alt boyutu olan yenilik arayışı skorlarında, genel olarak hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık yokken, hasta grubunda aleksitimik olanlarda aleksitimik olmayanlara göre özellikle YA1 skorları anlamlı olarak düşük bulundu. Bu durum aleksitimik kişilerin yeniliklere daha az açık olması, var olan düzene karşı daha fazla uyum göstermeleri ve istediklerini elde etmek için toplum kurallarını çiğnemeyecek bireyler olmaları ile açıklanabilir.

Yüksek ZK skorlarına sahip kişiler, gelecek problemleri ile ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, kesin olmayana karşı korku, yabancılara karşı

utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte, kendine güveni olmayan, karamsar, kötümser, pasif bireyler olup ve anksiyöz kişilik, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk karakteristikleri geliştirebilmektedirler (6, 7). Yüksek ZK skoru, düşük KY ve düşük İY, anksiyete bozuklukları (191), sosyal fobi (192), panik bozukluğu (193) olan hastaların özelliği olarak bulunmuştur.

Panik bozukluğu hastalarının mizaç özelliklerini araştıran birçok çalışmada kontrol grubuna göre yüksek ZK skoru saptanmıştır (194–200). Bazı araştırmalarda; akut hastalık dönemindeki PB hastalarının yüksek ZK skorlarının, anksiyete ve semptomatoloji şiddetiyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (201, 202). Bu görüşün tersi olarak, diğer bir çalışmada ise yüksek ZK skorlarının, panik bozukluğun incinebilirliğiyle (vulnerability) ilişkili olduğu düşünülmüştür (194).

Literatürde yüksek ZK boyutu kategorik değerlendirmede C kümesi kişilik bozuklukları ile de ilişkili bulunmuştur (175). Ataklarla seyreden ve kronik bir hastalığa sahip olan PB hastaları, sıklıkla atak geçirme korkusu, tedavi ve uyumla ilişkili sorunlar, iş ve meslek yaşamında zorlanma gibi problemlerle uzun süre karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durumun, panik bozukluğuna C kümesi kişilik bozukluklarının sık eşlik etmesi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Yine C kümesinde bulunan çekingen, bağımlı, obsesif kişilik özelliklerini düşündüğümüzde; PB hastalarının anksiyete ve agorafobik kaçınma göstermelerini, savunma mekanizması olarak zarardan kaçınmayı kullanarak ZK skorlarını yükseltmelerine bağlayabiliriz.

Çalışmamızda; ZK total skorları ve ZK alt grubu olan ZK4 skorları kontrol grubuna göre hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aleksitimik olan hasta grubu ile aleksitimik olmayan hasta grubu arasında ise; ZK skorları arasında anlamlı bir bulunmamıştır. PB hastalarında ZK skorlarının yüksek olduğu, aleksitiminin ise ZK skorlarında anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Bulgularımıza dayanarak, aleksitiminin ZK skorlarını direk etkilemediğini, PB hastalarının anksiyete ve korkuyu bedensel belirtilerle abartılı düzeyde yaşamaları ile ZK skorlarının yüksekliğinin bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Remisyondaki PB hastalarında mizaç ve karakteri değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır (194, 203). Saviotti ve ark. (194) 1991 çalışmasında remisyondaki PB hastalarında, normal bireylere göre daha yüksek ZK skorları

saptanmış ve bu mizaç boyutunun panik bozukluğu için predispozan bir faktör olduğu öne sürülmüştür. Marchesi ve ark. (203) 65 PB hastasının mizaç ve karakter boyutlarını 1 yıllık SSGİ tedavisi öncesinde ve sonrasında değerlendirdikleri çalışmalarında; 31 hastanın remisyona girdiğini, 34 hastada ise semptomların devam ettiğini bildirmişlerdir. Tedavi öncesi, remisyona girmeyen hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek ZK, daha düşük SE, KY ve İY skorları saptanmıştır. Remisyona giren grupta ise sadece ZK skorları daha yüksek bulunmuş, yine de bu puanlar remisyona girmeyenlerin puanlarından belirgin şekilde düşük saptanmıştır. Bu farklılıklar tedavi sonrasında da devam etmiştir. Remisyona girmeyen hastalarda KY ve İY skorları daha da düşerken, remisyonadaki hastaların ZK skorları kontrollerden halen yüksek kalmıştır. Bu durum, remisyonadaki hastalardaki eşik altı fobik semptomların varlığına bağlanmıştır. Çalışmamızda hasta grubunda tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme yapılmadığı için hastalığın remisyonu hakkında yorum yapmamız mümkün değildir, ancak hasta gruplarında tedavi ile remisyona giren hastaların fobik semptomlarını ve yoğun anksiyete semptomlarının azalmasına bağlı ZK skorlarının düştüğü düşünülebilir.

Ödül bağımlılığı, ödüle ilişkin şartlanma ile kazanılmış işaretlerin işlenmesine yönelik bir davranış olarak kabul edilir. Bu davranış, kişiler arası ilişkilerde arkadaş canlısı olma ile mesafe koyma arasında yer alan, fakat açık şekilde arkadaş canlılığına yönelmiş olan bir değişkendir. Çabuk endişelenen, anksiyete eğilimli yapılara işaret eder. Bunun anlamı; bu kişilerin sosyal anlamda bağımlı, antisosyal ve kinci yapılarda görülenin tam tersine empatik ve merhametli olup, işbirliğine yatkın olduklarıdır (204). ÖB boyutu düşük olan bireylerin toplumsal tutumlarında soğuk davranışlar sergilemesi beklenmektedir (177). Türkiye’de yapılan mizaç karakter envanterine yönelik bir faktör analizi çalışmasında, mizaç karakter envanterinin diğer değişkenleri olan işbirliği ve kendini yönetme alt boyutları, ödül bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur. ÖB ve İY değişkenleri kadınların daha yüksek skorlar elde ettiği alt boyutlar olarak değerlendirilmiştir (184).

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha düşük ÖB skorlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (190). Ancak, Wachleski ve ark. (200) 2008 yılında yaptığı bir çalışmada ise, panik bozukluğu hastası ile yaptığı çalışmada ÖB skorlarında sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda; ÖB ölçek skorlarında gruplar arasında anlamlı bir fark yokken, hasta grubunda aleksitimik olanlarda ise aleksitimik olmayanlara göre ÖB alt grubu olan ÖB4 skorları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Diğer alt gruplarda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yani ÖB skorları hasta grubunda anlamlı bir farklılık bulunmazken aleksitiminin eşlik etmesi ile ÖB skorlarının düşmesi, aleksitimik bireylerin toplumsal tutumlarda soğuk davranışlar sergilemeleri, ilişkilerinde soğuk ve yansız davranmaları ile bağlantılı olabileceği düşünülebilir. Ayrıca; YA, ZK, SE, KY, İY, KA skorları ile ÖB alt grubu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olmasıyla, ÖB'nin hastalığın klinik semptomlarının oluşmasında, kişiliğin sergilenmesinde önemli düzeyde etkili olduğu düşünülebilir.

Sebat etme skoru yüksek olan bireyler, yorgunluk ve engellenmeye karşı davranışlarında süreklilik gösterirler. Düşük olan bireyler ise, tembel, hareketsiz, kararsız ve düzensizdirler. Elde ettikleriyle yetinirler ve engellendiklerinde duygudurumları kolayca labil hale gelebilir (177). Çalışmamızda; SE skorları, hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuşken, hasta grubunun aleksitimik olması ile sebat etme skorlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. SE skorlarındaki düşüklük, PB'nin kronik ilerlemesi, ataklar sırasında bedensel algıların oluşturduğu yoğun fobik kaçınma ve anksiyetenin ortaya çıkması ile sıkıntılı durumlar karşısında hastaların direnme gücünü azalması sonucuna bağlı olabilir.

Kendi kendini iyi yöneten bireyler; kendine güvenen, sorumluluk sahibi, güvenilir, becerikli, hedefleri olan kişilerdir ve kendileri ile barışıktırlar (177). KY skorları düşük bireyler ise suçlayıcı, amaçsız, beceriksiz, kendi kendileriyle uğraşan, disiplinsiz bireyler olarak tanımlanmaktadır (6, 7). Kategorik kişilik bozukluğu tanısıyla en fazla ilişkisi bulunan MKE faktörü önce kendini yönetme, daha sonra işbirliği yapma olarak bildirilmiştir ve bu bulguya göre, kategorik yaklaşım ile kişilik bozukluğu olan bireyleri saptamada MKE'nin kendini yönetme ölçütü kullanılmaktadır. MKE'de KY skoru 20'nin altında olanlar, kendini yönetme açısından zayıf olduklarından kişilik bozukluğu tanısını alırlar ve bu hastalar sorumluluk almada, kendilerine anlamlı hedefler seçmede, değişikliklere karşı çare buluculukta, sınırlamaları kabullenmede ve alışkanlıklarını disiplinize etmede güçlük çekerler, kendini yönetme açısından güçlü olan bireyler de kişilik bozukluğu tanısı alırlar çünkü bunlar işbirlikçi değildirler. Yani bu disiplinize ve hedefe yönelik

bireyler çok benmerkezcidir, sosyal olarak hoşgörüsüzdür, yardımsever değillerdir, empati kuramazlar, şefkat duygusu ve bazı ahlaki prensiplerden yoksundurlar (175).

Marchesi ve ark. (205) 2006 yılında 71 PB hastası ile yaptığı çalışmada 1 yıllık tedavi sonrasında remisyona girmeyen hastalarda, tedavi öncesinde daha yüksek ZK, daha düşük SE, KY ve İY skorlarının saptandığını, oysaki remisyona giren hastalarda tedavi öncesi sadece ZK skorlarında yükseklik saptandığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte remisyonu, KY, özellikle de KY4 alt grubuyla ilişkilendirmişlerdir. Walcheski ve ark. (202) 2008 yılındaki çalışmasında ise; PB hasta grubunun KA puanlarındaki yükseklik, KY puanlarındaki düşüklük nedeniyle, panik atak sırasında ölüm korkusu, kontrolünü kaybetme korkusu gibi katastrofik büyüsel düşünceler içine girdikleri düşünülmüştür. Düşük KY puanlarına sahip PB hastalarında, farmakoterapinin yanında bilişsel davranışçı terapi uygulanmasının remiyon açısından en efektif tedavi olacağı öne sürülmüştür (6). Sonuçta yüksek ZK skoru, düşük KY, İY, SE skorları panik bozukluğunda tedaviye dirençte önemli bir belirteç olabilir.

Çalışmamızda KY skorlarının genel olarak tümünde, özellikle KY alt gruplarında KY1, KY2, KY3 alt ölçeklerinde hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüklük bulunmuştur. Yani kendi kendini yönetme, sorumluluk alma, güvenilirlik, amaçlılık, beceriklilik açısından PB hastalarında zayıflık olduğu söylenebilir. KY skorlarının düşük olması; bu tür bireylerin kendi davranışlarının kendi istekleri etkisi dışında geliştiğini düşünen bireyler olduklarını, kendi başarısızlıklarından diğer insanları ve durumları sorumlu tutmaya eğilimli olduklarını düşündürmekte olup, bu hastalara kişilik patolojilerinin daha sık eşlik edebileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca çalışmamızda hasta grubuna aleksitiminin eşlik etmesi KY alt ölçeklerindeki skorları daha azalttığı saptanmıştır. Hasta grubunun aleksitimik olması ile KY total skorları, KY1, KY2 ve KY3 alt ölçek skorları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu da aleksitiminin KY skorlarını daha fazla etkilediğini, kişilik bozukluğu olma olasılığı ile daha güçlü bir ilişkide olabileceğini düşündürmektedir.

Yüksek derecede işbirliği yapan bireyler kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamakta, bu şekilde empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadır. İY skorları düşük olan bireyler tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçılardır. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer kişilerin haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (5, 8, 202).

Çalışmamızda, İY skorları, hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. İY skorlarının düşük bulunması bu hastaların kendileriyle daha çok uğraştıkları, hoşgörü gösterme ve yardımseverlik yönünden daha zayıf oldukları, toplumdan daha uzak yaşamayı seven bireyler olduğu yönünde yorumlanabilir. Özellikle aleksitimik olan hasta grubunda işbirliği yapma skorlarının daha düşük olması; aleksitiminin eşlik etmesiyle bu hastaların daha çok yalnız olmayı tercih ettikleri, sosyal bütünleşmede daha fazla sorun yaşadıklarını düşündürmektedir.

Düşük KA; kişiler ötesi özdeşleşme ve vicdanlılıkta eksiklikle ilişkili olup ve bu kişiler materyalistiktirler ve erdemlilik ya da evrensel uyum gibi soyut düşüncelerle ilgilenmezler (5-7). Kendi kendini aşan bireyler, adaletli, anlayışlı, dindar, maneviyatçı, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılabilecek ölüm veya hastalıklara yakalanan insanlar için uyumsal bir şekilde avantajlıdır (177). KA alt boyutu skorları yüksek bireyler, yaratıcı ile her yerde ve her an özdeşleşebilirler (6). Wachleski ve ark. (200) 2008 yılında 135 panik bozukluğu hastası ile yaptığı bir çalışmada, PB hasta grubunun KA skorları kontrollerden yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda; KA skorları hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark yokken, aleksitimik hasta grubunda aleksitimik olmayan hasta grubuna göre sadece KY alt gruplarından KA1 skoru anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ancak bu sonuçlar, kendi kendini aşma puanları düşük olan bireylerin, pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişçi olmaları nedeniyle batı toplumlarında, bu özelliğin daha kabul görülmesi (177) görüşü ile de çelişmektedir.

Genel olarak, aleksitimik olarak değerlendirilen kişilerin duygularını anlamada ve düzenlemede zorluklar yaşadığı ifade edilmektedir. Bu zorluklar, duyguları isimlendirememek ve ifade edememek, duygularını birbirinden

ayrıştıramamak ve duygularının farkında olmaksızın yaşamak olarak özetlenebilmektedir (125). Aleksitiminin psikiyatrik rahatsızlıkların gelişiminde ve sürecinde olan etkisi giderek ilgi çeken bir araştırma konusu olmaktadır. Yeme bozuklukları, panik bozukluk, sosyal fobi, konversiyon bozukluğu, madde bağımlılıkları gibi pek çok alan da aleksitiminin rolünü değerlendirmeye yönelik çalışmalar yürütülmektedir (206, 126, 127).

Anksiyete ve aleksitimi ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında, anksiyetenin daha çok aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ile ilişkili bulunduğu görülür (124, 125). Motan'ın çalışmasında da bu bulgularla tutarlı olarak, TAÖ-20'nin duyguları tanımada ve tanımlamada zorluk boyutu ile anksiyete yakınmaları arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Ek olarak bu çalışmada, duygu iletişimde zorluk ile anksiyete yakınmaları arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, anksiyete yakınmaları arttıkça kişilerin duygularını ifade etmekte yaşadıkları zorluk azalmaktadır. Ters durumda ise, duygularını ifade etmekte zorluk yaşayan kişiler, baş etme mekanizmaları nedeniyle, bu tür ilişkilerden kaçındıklarını ve bu sayede kaygı düzeylerini düşürebildiklerini söyleyebiliriz. Sonuç olarak, bu tip bir baş etme mekanizması kaygının azalması ile elde edilen olumsuz pekiştirici nedeniyle kuvvetlenmektedir (125). Diğer bir çalışmada ise, anksiyete, panik semptomlar ve sözel bilişsel yetenekler aleksitimi ile ilişkili bulunmuş ve PB hastalarında aleksitimi birlikteliği ile sözel bilişsel fonksiyonların olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (207).

Çalışmamızda; TAÖ-20 ile TAÖ-F1 skorları hasta grubunda anlamlı düzeyde daha yüksekti. Yani hasta grubunun kontrole göre duygularını tanıma ve tanımlamada daha güçlük çektiği, daha yüksek aleksitimi gösterdiği söylenebilir. Ayrıca TAÖ-20, TAÖ-F1, TAÖ-F2, TAÖ-F3 ile PAÖ, BAÖ arasında anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Bu durumda duygularını tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ile anksiyete arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu söyleyebiliriz. Yine aleksitiminin özellikle ilk boyutunun, anksiyete ve agorafobi ile ileri derece ilişkili olduğu anksiyete düzeyi arttıkça duygularını tanıma ve ifade etmekte daha çok zorlandıkları, agorafobik kaçınma semptomları arttıkça aleksitimik puanlarının arttığı söylenebilir. Ayrıca BAÖ, PAÖ, TAÖ-20 puanlarına bakıldığında hasta grubunun anksiyete düzeyinin hafif-orta düzeyde, TAÖ-20 puan ortalamasının

kesme puanının altında olması, hasta grubunun anksiyete ve aleksitimi düzeyinin ileri boyutta olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Kişilik yapılanması, psikopatoloji ve aleksitimi ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada; aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile güçlü bir ilişkisi olduğu ileri sürülmüştür. Diğer bir çalışmada ise; anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerde, aleksitimi oranının da yükseldiği tespit edilmiş ve aleksitiminin artan anksiyete düzeyine karşı yalıtma işlevi gören bir savunma mekanizması olarak ortaya çıktığı düşünülmüştür (125). Yine Berthoz ve ark. (208) 1999 yılında; aleksitimi ile durumluluk/süreklilik anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, süreklilik anksiyetesi ile aleksitiminin “duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk” ile “duygu iletişimde zorluk” boyutlarını pozitif yönde ilişkili bulmuşlardır. Ancak, “dışarı odaklı düşünme” boyutu ile süreklilik anksiyetesi arasında herhangi bir ilişki bulunamazken, “hayal kurmada zorluk” boyutu ile ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Öte yandan, durumluluk anksiyetesi ile “duyguları tanımada zorluk” boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki bulunurken, “hayal kurmada zorluk” boyutu arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. “Duygu iletişimi” ve “dışarı odaklı düşünme” boyutları ise durumluluk anksiyetesi ile ilişkili bulunmamıştır.

Çalışmamızda ise STAI–I ve STAI–II puanları hasta grubunda hafif ve orta düzeyde bulunmuştur. Aleksitimik hasta grubunda ise aleksitimik olmayan hasta grubuna göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Sadece STAI–II ile BAÖ arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yani anksiyete düzeyi arttıkça süreklilik kaygı düzeyi de artmaktadır. Ayrıca çalışmamızda STAI–I ve STAI–II skorları ZK skorları ile negatif yönde anlamlı bulunmuş olması, durumluluk ve süreklilik kaygı puanı zarardan kaçınma puanı arttıkça daha azalmaktadır. Hasta grubunun zarardan kaçınma savunmasını kullandıkça içinde buldukları durumluluk ve süreklilik kaygılarının azaldığı; bunun tersine, zarardan kaçınma arttıkça bu hastalarda BAÖ, PAÖ puanlarının arttığı saptanmıştır. Hasta grubunun anksiyete semptomlarının ve agorafobik kaçınmaları arttıkça zarardan kaçınma düzeyinin arttığı söylenebilir. PB hastalarının, anksiyetelerini azaltmak için zarardan kaçınmayı bir savunma mekanizması olarak kullandıkları düşünülebilir.

Çalışmamızın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın kesitsel olması, örneklem sayısının yeterli olmaması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olmasının kısıtlılık oluşturduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç olarak bu çalışmada PB hastalarında MKE ve aleksitimi puanlarının kontrol grubundan farklı olduğu bulunmuştur. ZK puanlarının yüksek, KY, İY ve SE puanlarının ise düşük olduğu dikkati çekmektedir. Aleksitiminin PB grubuna eşlik etmesi ile ZK, SE skorlarının etkilenmediği ancak KY ve İY skorlarının daha da düştüğü tespit edilmiştir. ZK boyutundaki yükseklik PB'nin kronik ilerlemesinde bir belirteç olabilir. Düşük KY, İY puanları ise, herhangi bir kişilik bozukluğu semptomları ile ilişkili olabilir. Ancak panik bozukluğuna aleksitiminin eşlik etmesi kişilik patolojisine yatkınlığı daha artırmaktadır. Ayrıca aleksitimiklerde saptanan anksiyete ve agorafobi düzeylerinin daha yüksek olması, hastalığın seyrinin daha olumsuz etkilemektedir. Hastalarda klinik tablonun değişmesiyle ortaya çıkabilecek parametre değişikliklerinin, kişilik boyutlarına ne derecede etki yaptığını daha kesin kanıtlarla saptamak için daha fazla denek sayısı ile yapılmış, kontrollü uzun izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu gözükmektedir.

5. KAYNAKLAR

1. Koroğlu E. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association, 1994. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
2. Angst J. Panic disorder: history and epidemiology. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 51–55.
3. Güleç C, Koroğlu E. I. Temel Psikiyatri Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: 120–126.
4. Kaplan IH, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 6th Edition, Williams and Wilkins 1998; 257–602.
5. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573–588.
6. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975–990.
7. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality. Washington: Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry, 1994; 16: 120–125.
8. Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41: 86–97.
9. Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization affect an creativity. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 287–293.
10. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, La Rovere R, Sepede G, Core L, et al. Alexithymia, fear of bodily sensations, and somatosensory amplification in young outpatients with panic disorder. *Psychosomatics* 2007; 48: 239–246.
11. Aslan SH, Diler RS, Alparslan ZN. Diyabetik hastalarda depresyon, kaygı, aleksitimi ve kan şekeri kontrolü. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1997; 22: 48–52.
12. Joukamaa M, Lepola U. Alexithymic features in patients with panic disorder. *Nordic J Psychiatry* 1994; 48: 33–36.

13. Atalay DN, Bayraktar E. Panik Atağı ve Panik Bozukluğu. Anksiyete Monografıları. 1.Baskı, Ankara: Medikomat, 1995; 225–255.
14. Işık E. Panik Bozukluk: Nevrozlar. 1.Baskı, Ankara: Kent Basımevi, 1996; 1–69.
15. Ceylan ME, Yazan B. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği, 2000: 130–165.
16. Atalay ND, Bayraktar E. Panik Bozukluk. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1992: 141
17. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları. 1.Baskı, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000: 5–37.
18. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century. Cambridge University Press, 1996: 325–390.
19. Sevin BH. Mitral valve prolapse, panic states and anxiety. Psychiatr Clin North Am 1987; 10: 141–150.
20. Tükel R. Panik Bozukluğu. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 5–13.
21. Köroğlu E. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised (DSM III–R), Washington DC: American Psychiatric Association; 1987. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1989.
22. Öztürk MO, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü: ICD–10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
23. Regier DA, Myers JK, Kramen M. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 934–941.
24. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. Am J Psychiatry 1993; 150: 246–249.
25. Weismann MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C. The crossnational epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 305.

26. Kessler RC, McGonable KA, Zhao S. Lifetime and 12 month prevalence of DSM–III–R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
27. Altınöz E. İstanbul’da Bir Gecekondu Bölgesinde Mizaç Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı Üzerine Bir Epidemiyolojik Çalışma. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, 1992.
28. Doğan O, Gülmez H, Ketenoglu O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası, 1995: 33–37.
29. Abby JF, Salvatore M, Jeremy DC. Anxiety Disorders. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sixth Edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 1995; 1191–1204.
30. Noyes R, Crowe RR, Harris EL. Relationship between panic disorder and agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 227–231.
31. Kocabaşoglu N. Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. *Yeni Symposium* 2002; 40: 68–75.
32. Baykız AF, Doğan İ, Çınar C, Gülsün M. Organik etyolojiye bağlı panik bozukluğu: olgu sunumu. *Düşünen Adam. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2005; 18: 157–163.
33. Repier DA, Narron WE, Rae DS. The Epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatry Res* 1990; 24: 3–14.
34. Amering M, Katschnig H. Panic attacks and panic disorder in cross-cultural perspective. *Psychiatr Ann* 1990: 511–516.
35. Marks IM. Genetics of fear and anxiety. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 406–418.
36. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1568–1578.
37. Knowles JA, Ryer AJ, Vieland VJ. Results of genome-wide genetic screen for panic disorder. *Am J Med Genet A* 1998; 81: 139–147.

38. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP (editors.) Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms. London: Martin Dunits Ltd, 1999: 9–23.
39. Arısoy Ö. Psikiyatrik genetik. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2004; 17: 109–125.
40. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition, Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 203–1191.
41. Topçuoğlu V, Karabekiroğlu A, Yazgan Ç. Panik bozukluğu provokasyon çalışmaları ve provokasyon ajanlarının farklılıkları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 197–205
42. Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein S. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. Am J Psychiatry 1989; 146: 148–161.
43. Valenca AM, Nardi AE, Nascimento I, Zin WA, Versioni M. Carbondioxide test as an additional clinical measure of treatment response in panic disorder. Arq Neuropsiquiatr 2002; 60: 61– 358.
44. Perna G, Cacchi S, Bertani A, Arancio C, Bellodi L. 35% CO₂ sensitivity in healthy first degree relatives of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1995; 152: 623–625.
45. Klein DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 17–306.
46. Ley R. Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. Behav Res Ther 1985; 23: 79–81.
47. Griez E, Perna G. Respiration and anxiety. Nutt DJ, Ballenger JC (editors). Anxiety Disorders. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2003: 66–251.
48. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. Comparison of patients with panic disorder and social phobia and normal control subjects. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 7–311.
49. Tükel R. Panik bozukluğu. Psikiyatri Dünyası 1997; 1: 12–17.

50. Charney DS, Heninger GR, Breier A. Noradrenergic function in panic anxiety. Effects of yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 63–751.
51. Nutt DJ. Altered central alpha-2 sensitivity in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 9–165.
52. 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* 1992; 86: 82–273.
53. Kent JM, Sullivan GM, Rauch SL. The neurobiology of fear: relevance to panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Ann* 2000; 30: 733–742.
54. Roy-Byrne PP, Cowley DS, Greenblatt DJ. Reduced benzodiazepine sensitivity in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 534–538.
55. Goddard AW, Mason GF, Appel M, Rothman DL, Gueorgieva R, Behar KL, et al. Impaired GABA neuronal response to acute benzodiazepine administration in panic disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 93–218.
56. Bradwejn J, Koszycki D, Payeur R. Replication of action cholecystinin tetrapeptid in panic disorder: clinical and behavioral findings. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 962–964.
57. Nemeroff CB, Weiss JM, Bissette G. Evidence for a role for corticotropinreleasing factor in the pathogenesis of anxiety disorders and in the action of triazolobenzodiazepines. *J Psychiatry Res* 1990; 24: 90–91.
58. Klein DF. Response differences of spontaneous panic and fear. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 9–567.
59. Graeff FG, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guirames FS. Does the panic attack activate the hypothalamic–pituitary–adrenal axis? *An Braz Acad Sci* 2005; 77: 91– 477.
60. Charney DS, Woods SW, Goodman WK. Neurobiological mechanism of panic anxiety: biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panic attacks. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1030–1036.

61. Kikuchi M, Komuro R, Oka H. Relation between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29: 77–81.
62. Freud S. The justification for detaching from neurasthenia a particular syndrome: the anxiety neurosis. *Collected Papers*, 1. Baskı, London: The Hogarth Press, 1953: 76–106.
63. Fyer AJ, Mannuzza S, Coplan JD. Anxiety Disorders. Kaplan HI, Sadock BJ (editors) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sixth Edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 203–1191.
64. Shear MK, Cooper AM, Klearman GL, Busch FN, Shapiro T. A Psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 66–859.
65. Servant D, Bailly D, Allard C. Major depression in panic disorder: role of recent life events. *J Affect Disord* 1991; 22: 79–82.
66. Ontiveros A, Fontaine R, Breton G, Elie R. Correlation of severity of panic disorder and neuroanatomical changes on magnets resonance imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1: 404–408.
67. Grove G, Coplan JD, Hollender E. The neuroanatomy of 5-HT dysregulation and panic disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997; 9: 198–207.
68. Reiman EM, Raichle ME, Robins E, Butler FK, Hersovitch P, Robins E. The application of positron emission tomography to study of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 77–469.
69. Nordhal TE, Semple WE, Gross M, Mellman TA, Stein MB, Goyer P. Cerebral glucose metabolic differences in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology* 1990; 3: 72–261.
70. Eren İ, Tükel R, Polat A, Karaman R, Ünal S. Evaluation of regional cerebral blood flow changes in panic disorder with Tc99m-HMPAO SPECT. *Psychiatry Res* 2003; 123: 43–135.
71. Abraham HD, Duffy FH. Computed EEG abnormalities in panic disorder with and without premorbid drug abuse. *Biol Psychiatry* 1991; 29: 687–698.

72. Lepola U, Nousiainen U, Puranen M. EEG and OT findings in patients with panic disorder. *Biol Psychiatry* 1990; 23: 721–727.
73. Dratcu L, Bond A. Panic patients in the non-panic state: physiological and cognitive dysfunction. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 18–25.
74. Turan MT, Eşel E. Panik bozukluğun elektrofizyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12: 106–108.
75. Stein MB, Uhde TW. Infrequent occurrence of EEG abnormalities in panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 517–520.
76. Overbeek T, Van Deist R, Schruers K, Kruizinga F, Griez E. Sleep complaints in panic disorder patients. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 93–488.
77. Stein MB, Enns MW, Kryger MH. Sleep in nondepressed patients with panic disorder: II. Polysomnographic assessment of sleep architecture and sleep continuity. *J Affect Disord* 1993; 28: 1–6.
78. Arriga F, Paiva T, Mayos-Pires A, Cavaglia F, Lara E, Bastos L. The sleep of non-depressed patients with panic disorder: a comparison with normal controls. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 4–191.
79. Craske MG, Tsao JCI. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. *Sleep Med Rev* 2005; 9: 84–173.
80. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları. I. Baskı, Ankara: Pozitif Matbaacılık, 2006; 98–108.
81. Aranson TA, Logue CM. Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients' self-reports. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 8–13.
82. Alkın T. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 9–640.
83. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. Sixth Edition.* New York: Guilford Pres, 2002: 186–196.
84. Den Boer JA. Defining panic—A diagnostic dilemma. *Human Psychopharmacol* 1997; 12: 3–6.

85. Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL, Dupuis G, Beitmen BD. Non-fearful panic disorder: a variant of panic in medical patients? *Psychosomatics* 2000; 41: 20–311.
86. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 24–415.
87. Cassano GB, Michelini S, Shear MK, Coli E, Maser JD, Frank E. The panic agoraphobic spectrum: A descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry* 1997; 54: 27–37.
88. Onur E, Alkın T, Monkul S, Fidaner H. Panik-agorafobi spektrumu kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 23–215.
89. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety* 2003; 17: 6–173.
90. Noyes R, Reich J, Christiansen J. Outcome of panic disorder: relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 809–818.
91. Katerndahl DA, Realini JP. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 153–158.
92. Kan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68: 183–190.
93. Clayton AH, Stewart RS, Fayyad R, Clary CM. Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 151–157.
94. Cowley DS, Flick SN, Roy-Byrne PP. Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study. *Depress Anxiety* 1996; 2: 13–21.
95. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 376–381.
96. Swoboda H, Amering M, Windhaber J, Katsching H. The long-term course of panic disorder: an 11 year follow-up. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 32–223.

97. Alastair JF. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 9–640.
98. Barlow DH, Shear KM. Panic Disorder. Frances AJ, Hales RE (editors). *Review of Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1988: 10–88.
99. Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, 1. Baskı, İstanbul: Golden Print, 2006: 150–156.
100. Tueth MJ. Emergencies caused by side effects of psychiatric medications. *Am J Emerg Med* 1994; 12: 212–213.
101. Lessmeier TJ, Gamperling D, Johnson–Liddon J. Unrecognize paroxysmal supraventricular tachycardia: Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Intern Med* 1997; 157: 537–543.
102. Eken B. Alkol Bağımlılarında Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi, I. Eksen Psikiyatrik Tanılar ve Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, 2002.
103. Tükel MR. Panik bozukluğu ve eşlik eden psikopatolojiler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992; 29: 93–101.
104. Lteif G, Mavissakalian M. Life events and panic disorder/agoraphobia, *Compr Psychiatry* 1995; 36: 118–122.
105. Lteif G, Mavissakalian M. Life events and panic disorder/agoraphobia; a comparison at two time periods. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 241–244
106. MacKinnon DF, Potash JB, MacMahon FJ, Simpson SG, Depaulo JR, Zandi PP, et al. Rapid mood switching and suicadlity in familial bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7: 8–441.
107. Sanderson WC, Barlow DH. A description of patients diagnosed with DSM–III–R generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 588–591.
108. Reiter SR, Otto MW, Pollack MH. Major depression in panic disorder patient with social phobia. *J Affect Disord* 1991; 22: 171–177.

109. Hoffart A, Thornes K, Hedley L. DSM III-R Axis I and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 186–191.
110. Barsky A, Barnett MC, Cleary PD. Hypochondriasis and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 918–925.
111. Breier A, Charney DS, Heninger GL. Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability and course of illness. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 42: 1029–1036.
112. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-b-Byrne PP, Walters EE, et al. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 8–801.
113. Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, Hofler M, Lieb R. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 692–700.
114. Simon N.M, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 134–176.
115. Smoller JW, Otto MW. Panic, dyspnea and asthma. *Curr Opin Pulm Med* 1998; 4: 40–45.
116. Porzelius J, Vest M, Nochomovitz M. Respiratory function, cognitions and panic in chronic obstructive pulmonary patients. *Behav Res Ther* 1992; 30: 75–77.
117. Katerndahl D. Panic plaques; panic disorder and coronary artery disease in patients with chest pain. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17: 114–126.
118. Yaluğ İ, Kocabaşoğlu N, Aydoğan G, Günel B. Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta depresyon ve kişilik bozukluğun komorbiditesi. *Düşünen Adam. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2003; 16: 28–34.
119. Reich J, Noyes R, Troughton E. Dependant personality disorders associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 323–326.
120. Mavissakalian M, Hamann MS, Jones B. A comparison of DSM-III personality disorder in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 238–244. .

121. Vasile RG, Goldenberg I, Reich J, Goisman RM, Lavori PW, Keller MB, et al. Panic disorder versus panic disorder with major depression: defining and understanding differences in psychiatric morbidity. *Depress Anxiety* 1997; 5: 12–20.
122. Alnaes R, Torgersen S. Panic disorder and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 336–342.
123. Langs G, Qehenberger F, Fabisch K. Prevalance, patterns and role of personality disorder in panic disorder patients with and without comorbid (lifetime) major depression. *Acta Psych Scand* 1998; 98: 116–123.
124. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *J Psychosom Res* 1999; 47: 145–158.
125. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 333–343.
126. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1105–1107.
127. Zeitlin SB, McNally RJ. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive–compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 658–660.
128. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID. Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 195–198.
129. McTavish D, Benfield P. Clomipramine: An overview of its pharmacological properties and a review of its therapeutic use in obsessive–compulsive disorder and panic disorder. *Drugs* 1990; 39: 136–153.
130. Schweizer E, Patterson W, Rickels K, Rosental M. Double-blind, placebo controlled study of a once-a-day, sustained release preparation of alprozolam for the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 15–210.
131. Sason Y, Iancu I, Fux M, Taub M, Dannon PN, Zohar JA, et al. Double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of panic disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999; 9: 6–191.

132. Modigh K, Westberg P, Ericsson E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder. A placebo controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 61–251.
133. Pohl R, Yerevani VK, Balon R, Lycaki H. The jitteriness syndrome in panic disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 49: 4–100.
134. Noyes R, Garvey M, Cook B, Samuelsen L. Problems with antidepressant use in patients with panic disorder or agoraphobia: results of a naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry* 1989; 50: 6–139.
135. Goddard AW, Charney DS. SSRI s in the treatment of panic disorder. *Depress Anxiety* 1998; 8: 20– 114.
136. Kent JM, Coplan JD, Gorman JM. Clinical utility of the selective serotonin reuptake inhibitors in the spectrum of anxiety. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 24–812.
137. Clum GA, Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 26–317.
138. Michelson L, Maussabolian M, Marchione K. Cognitive, behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia: a comparative outcome investigation, *Behav Ther* 1988; 19: 97–120.
139. Craske MG, Maidenberg E, Bystritsky A. Brief cognitive-behavioral versus non directive therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995; 26: 113–120.
140. Uhlenhuth EH, Warner TD, Matuzas W. Interactive model of therapeutic response in panic disorder: moclebemide, a case point. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 84– 275.
141. Simon NM, Safren SA, Otto MW, Sharma SG, Laska GD, Polack MH, et al. Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *J Affect Disord* 2002; 69: 8–201.
142. Klosko JS, Barlow DH, Tassinari RB, Cerny JA. Comparison of alprazolam and behavior therapy in the treatment of panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 77–84.

143. Black DW, Wesnet R, Bowers W, Gabel J. A Comparison of flovoxamine, cognitive therapy and placebo in the treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 10: 9–45.
144. Bakker A, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Balkom AJLM. Paroxetine, clomipramine and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 8–831.
145. Dereboy İF. Aleksitimi: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1990; 1: 157–165.
146. Dereboy İF. Aleksitimi Öz Bildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 1990.
147. Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosom Med* 1981; 43: 531–543.
148. Taylor GJ. Alexithymia Concept, Measurement and Implications For Treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 725–732.
149. Sifneos PE, Apfel SR, Frankel FH. The Phenomenon of Alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 5: 1–32.
150. Sahin RA. Peptik ülserli hastalarda aleksitimik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3: 26–30.
151. Parker JD. The Alexithymia Construct: Relationship with Sociodemographic Variables And Intelligence. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 434–440.
152. Loas G. Prevalence of alexithymia in a general Population, *Ann Med Psychol* 1995; 153: 355–357.
153. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in population sample of young adults. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 471–476.
154. Candansayar S. Genç Erişkin Sağlıklı Gönüllülerde Aleksitimi Prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Bursa: 29 Eylül–4 Ekim 1993: 120.
155. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and socialphobia. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 166–170.

156. Taylor JG, Bagby RM. Creation Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 1988; 50: 500–509.
157. Krystal HJ. Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother* 1982; 9: 353–378.
158. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Alexithymia construct, a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 1991; 32: 153–163.
159. Lesser IM. A critique of contributions to the alexithymia symposium. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 82–88.
160. Mc Dougall J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 1982; 38: 81–90.
161. Krystal HJ. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1979; 33: 17–31.
162. Koçak R. Duygusal İfade Egitimi Programının Üniversite Öğrencilerinin Aleksitimi ve Yalnızlık Düzeylerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sosyoloji Bölümü, 2003.*
163. Nemiah JC. A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 2000; 62: 299–303.
164. Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003; 54: 425–434.
165. Arik AC, Öztürkay SE, Sahin AR. Marmara depreminden sonra gelişen posttravmatik stres bozukluğunda aleksitimik özellikler. *Anadolu Tıp Dergisi* 2002; 4: 20–23.
166. Babacan SS. Hastalıkta ruh ve beden etkilesimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2003; 11: 519–524.
167. Sallıoğlu G. Aleksitimik Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Duygu İfade Eden Sözcük ve Deyimlere Yükledikleri Duygu İfade Eden Sözcük ve Deyimlere Yükledikleri Duygu Yoğunlukları. *Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.*
168. Luminet D. Psychosomatic medicine—the future of an illusion. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994; 44: 367–371.

169. Kauhuen J, Kaplan GA, Julkunen J. Social Factors in Alexithymia. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 330–335.
170. Taylor JG, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychoter Psychosom* 2004; 73: 68–77.
171. Swiller H. Alexithymia utilizing combined individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1988; 38: 47–61.
172. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S. What is temperament? Four approaches. *Child Dev* 1987; 58: 505–527.
173. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assesment and treatment. *Psychiatry* 1997; 6: 60–61.
174. Mulder RT, Joyce PR, Selman JF, Cloninger CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 99–104.
175. Dragon M, Svaric M.D, Whitehead C, Przybeck T.R, Cloninger C.R. Differential diagnosis of personality disorders by the seven–factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 991–999.
176. Allport GW. *Personality: a psychological interpretation*. New York, Holt Rinehart& Winston, 1937; 12–15.
177. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2007: 2063–2071.
178. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö. *DSM–IV Eksen I Bozuklukları (SCID–I) İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme–Klinik Versiyon*. Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 1999: 73–75.
179. Öner N, Le Compte A. *Durumluk–Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998.
180. Avcı M. *Beck Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, 1995.
181. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy* 1998; 12: 28–35.

182. Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10: 73–81.
183. Tural Ü, Fidaner H, Alkın T. Panik ve Agorafobi Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 29–39.
184. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Akdede BB, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin türkçe formunun faktör yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 190–204.
185. Köse S, Sayar K, Ak İ. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 107–131.
186. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Towards the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 191–199.
187. Yenier DÖ, Üsübütün S, Göka E. Belirti yorumlama ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 26–40.
188. Sayar K, Güleç H, AK I. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Güvenirliği ve Geçerliliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, 2001: 109.
189. Taşkın OE, Tıkız C, Gürlek YE, Fırat A, Tüzün Ç, Aydemir Ö. Fibromiyalji tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 248–255.
190. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 3: 167–226.
191. Ball S, Smolin J, Shekhar A. A psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. *J Psychiatr Res* 2002; 36: 97–103.
192. Pelissolo A, Andre C, Pujol H. Personality dimensions in social phobics with or without depression. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 94–103.
193. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord* 1996; 37: 75–79.
194. Saviotti FM, Grandi S, Savron G. Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord* 1991; 23: 113–117.

195. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R. Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 420–423.
196. Battaglia M, Bertella S, Bajo S. An investigation of the co–occurrence of panic and somatization disorders through temperamental variables. *Psychosom Med* 1998; 60: 726–729.
197. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord* 1999; 52: 203–207.
198. Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA. Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q* 2001; 72: 251–262.
199. Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA. Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 311–314.
200. Wachleski C, Salum GA, Blaya C. Harm avoidance and selfdirectedness as essential features of panic disorder patients. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 476–481.
201. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *Psychiatry Research* 1992; 26: 192–211.
202. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven–factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 991–999.
203. Marchesi C, De Panfilis C, Cantoni A. Effect of pharmacological treatment on temperament and character in panic disorder. *Psychiatry Res* 2008; 158: 147–154.
204. Hassler M. Memories and Traces. From Jewish Exilists’ authoritarian personality research via Cloninger’s psychobiology of personality trait to a neurobiological approach to conflict management. *Neuro Endocrinol Lett* 2002; 23: 397–384.
205. Marchesi C, Cantoni A, Fonto S. The effect of temperament and character on response to selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 203–210.

206. Çelikel FÇ, Saatçioğlu Ö. Marmara depreminden sonra gelişen posttravmatik stres bozukluğunda aleksitimik özellikler. *Anadolu Tıp Dergisi* 2002; 4: 20–23.
207. Galderisi S, Mancuso F, Mucci A, Garramone S, Zamboli R, Maj M. Alexithymia and cognitive dysfunctions in patients with panic disorder. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 182–188.
208. Berthoz S, Consoli S, Perez–Diaz F. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? a psychometric study. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 372–378.

6. EKLER

EK-A

PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ HASTA ANKETİ

A.1.Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

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

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

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

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

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

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

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

0. Hiç kaçınma yok (ya da panik ataklarımızın nerede olacağı belli olmuyor)

- 1.Oldukça nadir kaçındım
- 2.Bazen kaçındım
- 3.Sık sık kaçındım
- 4.Her zaman kaçındım

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

- 1.Uçaklar
- 2.Metro
- 3.Otobüsler, trenler
- 4.Gemiler
- 5.Tiyatrolar, sinemalar
- 6.Süpermarketler
- 7.Kuyrukta beklemek
- 8.Konser salonları, stadyumlar
- 9.Parti ya da sosyal toplantılar
- 10.Kalabalıklar
- 11.Lokantalar
- 12.Müzeler
- 13.Asansörler
- 14.Kapalı yerler (tünel gibi)
- 15.Sınıflar, konferans salonları
- 16.Otomobile binmek ya da sürmek (örneğin trafik sıkışıkken)
- 17.Geniş salonlar (lobiler)
- 18.Sokakta yürümek
- 19.Tarlalar, geniş caddeler, avlular
- 20.Yüksek yerler
- 21.Köprülerden geçmek
- 22.Evden uzaklara gitmek
- 23.Evde tek başına kalmak
- Diğer durumlar
- 24.....
- 25.....

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

0.Önemli değil (ya da kaçınma yok)

1.Çok az önemli

2.Orta derecede önemli

3.Epeyce önemli

4.Çok önemli

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

0.Hiçbir zaman korkum olmadı

1.Oldukça nadiren korktum

2.Bazen korktum

3.Sık sık korktum

4.Her zaman korktum

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

0.Yok

1.Çok az

2.Orta derecede

3.Epeyce

4.Çok şiddetli

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

0.Bozulma yok

1.Çok az bozulma oldu

2.Orta derecede bozulma oldu

3.Epeyce bozulma oldu

4.Çok şiddetli bozulma oldu

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

0.Bozulma yok

1.Çok az bozulma oldu

2.Orta derecede bozulma oldu

3.Epeyce bozulma oldu

4.Çok şiddetli bozulma oldu

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

0.Bozulma yok

1.Çok az bozulma oldu

2.Orta derecede bozulma oldu

3.Epeyce bozulma oldu

4.Çok şiddetli bozulma oldu

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

0.Yok

1.Çok az

2.Orta derecede

3.Epeyce

4.Çok şiddetli

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

1.Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)

2.Oldukça nadir

3.Bazen

4.Sık sık

5.Her zaman(daha çok organik bir hastalıktır)

B.2.Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin

Korkulan durum yoksa= 0 puan

1 durum= 1 puan

2-3 durum= 2 puan

4-8 durum= 3 puan

8 durumdan çoksa= 4 puan

Toplam Puan (U hariç tüm başlıklara ait puanları toplayın)

EK-B

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),, Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1	2	3	4	5
2	Duyularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3	Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	1	2	3	4	5
4	Duyularımı kolayca tarif edebilirim	1	2	3	4	5
5	Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
6	Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	1	2	3	4	5
7	Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır	1	2	3	4	5
8	Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım	1	2	3	4	5

10	İnsanların duygularını tanıması gerekir	1	2	3	4	5
11	İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12	İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
14	Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem	1	2	3	4	5
15	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
16	Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	1	2	3	4	5
18	Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim	1	2	3	4	5
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	1	2	3	4	5
20	Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	1	2	3	4	5

EK-C

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)

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

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” (DOĞRU) ya da “Y” (YANLIŞ) seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

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

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

37. (D) (Y) Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.
38. (D) (Y) Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.
39. (D) (Y) Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.
40. (D) (Y) Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.
41. (D) (Y) Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.
42. (D) (Y) Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.
43. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.
44. (D) (Y) Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.
45. (D) (Y) Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.
46. (D) (Y) Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.
47. (D) (Y) Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.
48. (D) (Y) Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.
49. (D) (Y) Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.
50. (D) (Y) Ticarete başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.
51. (D) (Y) Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.
52. (D) (Y) Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.
53. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.
54. (D) (Y) Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.
55. (D) (Y) Çoğu kimseden daha duygusalımdır.
56. (D) (Y) Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren, bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.
57. (D) (Y) Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.
58. (D) (Y) Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.
59. (D) (Y) Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.
60. (D) (Y) Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.
61. (D) (Y) Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.
62. (D) (Y) Çoğu kimseden daha çok çalışırım.
63. (D) (Y) Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.

64. (D) (Y) Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.
65. (D) (Y) Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.
66. (D) (Y) Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.
67. (D) (Y) Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.
68. (D) (Y) Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.
69. (D) (Y) Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.
70. (D) (Y) Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.
71. (D) (Y) Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.
72. (D) (Y) Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.
73. (D) (Y) İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.
74. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.
75. (D) (Y) Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.
76. (D) (Y) Bazen sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.
77. (D) (Y) Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.
78. (D) (Y) Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.
79. (D) (Y) Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.
80. (D) (Y) Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.
81. (D) (Y) Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.
82. (D) (Y) Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.
83. (D) (Y) Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.
84. (D) (Y) Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.
85. (D) (Y) Çoğu zaman “Süpermen” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.

86. (D) (Y) Başkaları beni çok fazla denetliyor.
87. (D) (Y) Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.
88. (D) (Y) Dinsel yaşantılar, yaşamamın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.
89. (D) (Y) Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.
90. (D) (Y) Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.
91. (D) (Y) Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.
92. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.
93. (D) (Y) Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.
94. (D) (Y) Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.
95. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.
96. (D) (Y) Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.
97. (D) (Y) Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.
98. (D) (Y) Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.
99. (D) (Y) Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.
100. (D) (Y) Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.
101. (D) (Y) Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.
102. (D) (Y) Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.
103. (D) (Y) Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.
104. (D) (Y) Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.
105. (D) (Y) Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.
106. (D) (Y) Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.
107. (D) (Y) Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.
108. (D) (Y) Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.
109. (D) (Y) Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.

110. (D) (Y) Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.
111. (D) (Y) Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.
112. (D) (Y) Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.
113. (D) (Y) Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.
114. (D) (Y) İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.
115. (D) (Y) İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.
116. (D) (Y) Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.
117. (D) (Y) Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.
118. (D) (Y) Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.
119. (D) (Y) Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.
120. (D) (Y) Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.
121. (D) (Y) Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.
122. (D) (Y) Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.
123. (D) (Y) Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.
124. (D) (Y) Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.
125. (D) (Y) Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekândan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.
126. (D) (Y) Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.
127. (D) (Y) Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.
128. (D) (Y) Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.
129. (D) (Y) Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.
130. (D) (Y) Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.
131. (D) (Y) Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.

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

153. (D) (Y) Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.
154. (D) (Y) Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.
155. (D) (Y) Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.
156. (D) (Y) Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.
157. (D) (Y) Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir.
158. (D) (Y) Çoğu kez arkadaşlarımların arzularına boyun eğirim.
159. (D) (Y) Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.
160. (D) (Y) Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.
161. (D) (Y) Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.
162. (D) (Y) Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.
163. (D) (Y) Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakârlıklar yaptım.
164. (D) (Y) Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.
165. (D) (Y) Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.
166. (D) (Y) Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.
167. (D) (Y) Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.
168. (D) (Y) Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.
169. (D) (Y) Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.
170. (D) (Y) Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.
171. (D) (Y) İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.
172. (D) (Y) Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.
173. (D) (Y) Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.
174. (D) (Y) Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.
175. (D) (Y) Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığına inanırım.
176. (D) (Y) Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.
177. (D) (Y) Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.

178. (D) (Y) Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.
179. (D) (Y) Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.
180. (D) (Y) Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.
181. (D) (Y) Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.
182. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.
183. (D) (Y) Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.
184. (D) (Y) Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.
185. (D) (Y) Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.
186. (D) (Y) Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.
187. (D) (Y) Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.
188. (D) (Y) Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.
189. (D) (Y) Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.
190. (D) (Y) Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.
191. (D) (Y) İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.
192. (D) (Y) Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.
193. (D) (Y) Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.
194. (D) (Y) Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.
195. (D) (Y) İçinde, ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.
196. (D) (Y) İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.
197. (D) (Y) Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.
198. (D) (Y) Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.
199. (D) (Y) Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.
200. (D) (Y) Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.
201. (D) (Y) Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.

202. (D) (Y) Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.
203. (D) (Y) Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.
204. (D) (Y) Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.
205. (D) (Y) Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.
206. (D) (Y) Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.
207. (D) (Y) Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.
208. (D) (Y) Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.
209. (D) (Y) Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.
210. (D) (Y) İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.
211. (D) (Y) Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.
212. (D) (Y) Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.
213. (D) (Y) Hoşlanmadığım bazı insanlar var.
214. (D) (Y) Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.
215. (D) (Y) Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.
216. (D) (Y) Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.
217. (D) (Y) Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.
218. (D) (Y) Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.
219. (D) (Y) Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.
220. (D) (Y) Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.
221. (D) (Y) Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.
222. (D) (Y) Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.
223. (D) (Y) Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.

224. (D) (Y) Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.
225. (D) (Y) Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.
226. (D) (Y) Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.
227. (D) (Y) Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.
228. (D) (Y) Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.
229. (D) (Y) Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.
230. (D) (Y) Bu anket formunda çok yalan söyledim.
231. (D) (Y) Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.
232. (D) (Y) Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.
233. (D) (Y) Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.
234. (D) (Y) Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.
235. (D) (Y) Sahtekâr olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.
236. (D) (Y) Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.
237. (D) (Y) Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.
238. (D) (Y) Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.
239. (D) (Y) Bazen keyifsiz olurum.
240. (D) (Y) Ara sıra insanların arkasından konuşurum.

EK-D

Durumluluk kaygı ölçeği(STAI-I)

	1) hiç	2) biraz	3) çok	4) tamamıyla
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-E

SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ(STAI-II)

1)Hiç bir zaman 2) Bazen 3) Çoğu zaman 4) Her zaman

1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)

19. Akli başında ve kararlı bir insanım (1) (2) (3) (4)
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor (1) (2) (3) (4)

EK-F**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde; Beni pek Etkilemedi	Orta Düzeyde; Hoş değildi ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde; Dayanmakta çok zorlandım
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme duygusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklilik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				

16	Ölüm korkuşu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

7. ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Tunceli’de doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Elazığ’da tamamladıktan sonra 2003 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldum. 2007 Eylül TUS sınavını kazanarak Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD’de ihtisas eğitimime başladım.