

TC.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

118 311
YAŞAM BOYU

PANİK AGORAFOBİ SPEKTRUM ÖLÇEĞİ
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

118311

UZMANLIK TEZİ
Dr. ELİF TUNÇEL

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İZMİR-2002

Teşekkürler

Psikiyatri eğitimim süresince bilgilerini, desteklerini ve deneyimlerini bütünlükle benimle paylaşan hocalarım; Prof. Dr. Hüray Fidaner'e, Prof. Dr. Zeliha Tunca'ya, Prof. Dr. Tunç Alkın'a, Prof. Dr. Can Cimilli'ye, Prof. Dr. Köksal Alptekin'e, Doç. Dr. Ayşegül Özerdem'e, Doç. Dr. Beyazıt Yemez'e, Yrd. Doç. Dr. Yıldız Akvardar'a, Yrd. Doç. Dr. Berna Binnur Kıvırcı'ya teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanmasında planlamadan, son aşamaya kadar olan katkıları desteği, ve bilimsel bir çalışmanın ancak titizlikle, sabırla tamamlanabileceğini öğrenmemi sağlayan tez danışmanım Prof. Dr. Tunç Alkın'a teşekkür ederim. Tezimin istatistiklerini de kapsayan katkıları ve her aşamada bizlere verdiği destek için Prof. Dr. Hüray Fidaner'e teşekkür ederim.

Eğitimime katkılarından dolayı Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine ve Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim üyelerine teşekkür ederim

Asistanlık eğitimi sürecinin bana kazandırdığı dostum Dr .Serap Monkul'a arkadaşlığı ve tezime olan katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Birlikte çalıştığım tüm asistan ve uzman arkadaşlarıma, Psikiyatri Anabilim dalı çalışanlarına geçirdiğim güzel yıllar için teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

I.	İÇİNDEKİLER.....	1
II.	GİRİŞ VE AMAÇ	2
III.	GENEL BİLGİLER.....	4
	a. Tarihçe	4
	b. Epidemiyoloji	6
	c. Tanım	8
	d. Panik bozukluğunun başlangıcı, gidişi ve sonlanması	11
	e. Panik bozukluğunda komorbid durumlar	16
	f. Seperasyon anksiyetesi ve panik bozukluğu ilişkisi.....	19
IV.	RUHSAL BOZUKLUKLARDA SPEKTRUM KAVRAMI ...	25
V.	PANİK- AGORAFOBİ SPEKTRUMU KAVRAMI.....	27
VI.	PANİK-AGORAFOBİ SPEKTRUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
VII.	GEREÇ VE YÖNTEM	35
VIII.	BULGULAR.....	40
IX.	TARTIŞMA	52
X.	SONUÇ.....	57
XI.	ÖZET	58
XII.	KAYNAKÇA	60
XIII.	EKLER	

II. GİRİŞ VE AMAÇ

Panik bozukluğu ilk kez 1980 yılında DSM-III'de tanımlanmış olan bir bozukluktur. Tanımlanmasıyla birlikte geniş ilgi ve merak uyandırmış, çok sayıda araştırmaya yol açmıştır. Yeni tanımlanan herhangi bir durumda olduğu gibi bu bozukluğun fenomenolojisi öncelikle araştırılmıştır. Bu bozukluğa ait belirtiler kümesinin sınırları, söz konusu bozukluğun diğer hastalıklarla örtüşen ya da ayrılan özellikleri; komorbid ruhsal/bedensel hastalıklar gibi yönleri seksenli ve doksanlı yıllarda çok çalışılmıştır. Panik bozukluğunun değişik yanlarını ölçebilecek farklı ölçekler de geliştirilmiştir. Elde edilen veriler ile panik bozukluğu yeni sınıflandırmalarda (DSM-III-R ve DSM-IV) küçük revizyonlara uğramış ve kesin biçimini almış görünmektedir.

Çoğu klinisyen için panik bozukluğu fenomenolojik olarak iyi bilinen, kolayca tanı konulan ve hatta tedavisi görece basit (bir SSRI ile) bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Panik bozukluğu hastalarıyla daha yoğun olarak uğraşanlar hastalarda yüksek komorbidite oranlarının saptanması, bozukluğun rekürren gidişatı, tam düzelme oranlarının az olması nedeniyle aynı fikirde değildirler. Doksanlı yıllar sona ererken bozukluğun heterojen olabileceği; bazı panik atağı alt tiplerinin olabileceği; depresyon gibi bazı bozukluklarla yakından ilişkili olabileceği; gidişatını bir çok farklı klinik göstergenin etkileyebileceği gibi konular konuşulmaya başlanmış ve bunlar da yeni araştırma hedefleri yaratmıştır.

İlk kez obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve şizofrenik bozukluk için düşünülen spektral ruhsal bozukluklar kavramı panik bozukluğu çalışmalarına da etki etmiştir. Yakın zamanlarda bir panik agorafobi spektrumu ve bu spektral belirtileri ölçen bir ölçek geliştirildiği bildirilmiştir (1, 2). Bu yayınlarda mevcut diğer spektrum tanımlamalarından farklı olarak panik bozukluğu hastalarında, bir "bozukluklar spektrumu" yerine, daha çok

bir “belirtiler spektrumu” olduğu tanımlanmıştır. DSM-IV panik atağı/bozukluğu ve agorafobi belirtilerinin dışında kalan görece daha hafif şiddette, hatta bazıları huy ya da kişilik özelliği gibi görülebilecek bazı belirtiler bu spektrumda tanımlanmaktadır. Çocukluk çağı ruhsal bozukluklarından biri olan ve yetişkinlikteki panik bozukluğu-agorafobi ile ilişkili görülen “ayrılma anksiyetesi bozukluğu” kapsamındaki bazı belirtiler de bu spektruma dahildir. Böylece sınıflandırmalarda çocuklukta görülebileceği belirtilen ama yetişkinlikte birden kaybolan ayrılma anksiyetesi bozukluğu için panik bozukluğu/agorafobi bağlamında da olsa veri toplayabilme olasılığı doğmuştur. Gerçekten de bu spektrum belirtilerinin panik bozukluğunun etyolojisi, kliniği, alt tipleri, seyir ve prognozu ve hatta tedaviye yanıt oranları ile olası etkileşimlerini araştırmak ilginç sonuçlar verebilir.

Geliştirilmiş olan Yaşam Boyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB) literatürde panik bozukluğu ile ilgili olarak var olan ve yukarıda sözünü ettiğimiz bir çok boşluğu doldurabilecek verileri elde etmemizi sağlayacak bir enstrümandır (3, 4). Bu nedenle çalışmamızda PASÖ-YB’nu Türkçe’ye kazandırılması ve ölkemizdeki panik bozukluğu çalışmalarında kullanılması amaçlanmıştır. Bu amaca uygun olarak PASO-YB’un panik bozukluğu, OKB, depresyon hasta grupları ile normal kontrollerde geçerlik ve güvenilirlik araştırmasının yapılması planlanmıştır.

III. GENEL BİLGİLER

a. TARİHÇE

Panik bozukluğu konusundaki araştırmalar yaklaşık 100 yıldan daha uzun bir süre boyunca tıbbi ve psikolojik açılardan ayrı ayrı yürütülmüştür. Bozukluğun tarihçesi anksiyete ve kardiyovasküler bozuklukların arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir süreç ile başlamaktadır. Ancak son yirmi yıl içinde ayrı bir ruhsal hastalık olarak tanımlanmıştır.

Panik ile ilgili tıbbi araştırmalar daha çok savaş gözlemleri ele alınarak yapılmıştır. Savaşlarda kardiyak semptomların eşliğinde gerçek anksiyete atakları gelişen çok sayıda asker dikkati çekmiştir. Myers 1870'de bu semptomların eşlik ettiği tabloyu tanımlamakta **asker kalbi** deyimini kullanmıştır. Da Costa 1871 yılında çarpıntı, baş dönmesi, nefes darlığı, gastrointestinal rahatsızlık ve nervous (anksiyete) semptomlarından oluşan sendromu tanımlamış ve **irritabl kalp hastalığı** ismini vermiştir. William Osler 1905 yılında nefes darlığı, çarpıntı ve sinirlilik yakınmaları olan hastaları tanımlarken **kalp nevrozu** terimini kullanmıştır (5).

Bu tanımlamalar 1. Dünya savaşı süresince popüleritesini korumuştur. 1917 yılında nefes darlığı, göğüs ağrısı, çarpıntı, başağrısı, terleme, sarsıntı hissi, irritabilite ve elde-ayakta soğukluk semptomlarından oluşan tabloya **efor sendromu** ismini vermiştir. 1918'de Oppenheimer ve arkadaşları aynı tablo için **nörosirkuluar asteni** tanımını yapmış, bir kaç yıl sonra Mac Kenzie bu tür kardiyak semptomları **savaş nevrozu** olarak tanımlamıştır. Aynı yıllarda sempatik sinir sisteminin efor sendromundaki rolünü gösteren ilk provokatif çalışma yapılmıştır. Culpin 1910'da efor sendromu ile anksiyete ve fobiler arasındaki ilişkiye dikkati çekmiş ve tedavide altta yatan ruhsal problemin çözümlenmesi gerekliliğini belirleyen ilk kişi olmuştur. 1930'ların sonlarına doğru kardiyak nevroz tanımı literatürde yerini almaya başlamıştır. 1938'de ise Soley ve Schooch asker kalbinin tüm semptomlarına respiratuvar alkalozis ile sonuçlanan hiperventilasyonun eşlik ettiğini belirtmiştir (6).

Panik alanındaki psikolojik araştırmalar anksiyete ataklarını ayrıntılarıyla anlatan ve bunların duygusal bir temeli olduğunu farkedene Domrich tarafından 1849 yılında başlatılmıştır. Melankoli ve anksiyete atakları arasındaki ilişkiyi ilk kez Maudsley 1879'da tanımlamış ancak Freud'a dek bu ataklar nevrasteniden kavramı içinde yer almıştır (7). Freud'un, 1894'de anksiyete nevrozu tanımlaması ile bu semptomların bir kısmı nevrasteniden ayrı bir tablo olarak tanımlandı. Freud'un anksiyete nevrozu tanımlaması genel irritabilite, beklenti anksiyetesi, anksiyete atakları ve ilişkili kardiyovasküler ve somatik semptomları da içermekteydi (8). Freud merkezde anksiyete olduğunu belirttiği bu sendroma eşlik eden üç özelliği: 1- anksiyete atağı 2- anksiyöz beklenti 3- fobik kaçıma olarak tanımlamış ve bu günkü tanısalla yaklaşımların ilk örneklerini sunmuştur (7).

1960'ların başlarında Roth "fobik-anksiyete depersonelizasyon" sendromunu tanımlayarak, Klein ise panik atakları ve agorafobisi olanlarda imipramin tedavisi ile akut panik atakların ve seperasyon anksiyetesinin azaldığını kanıtlayarak panik bozukluğun tedavisinde modern psikofarmolojik yaklaşımı gündeme getirmişledir (6). Klein'ın gözlemleri psikolojik ve tıbbi alanlarda yürütölen araştırmaların birleştirilmesi ile sonuçlanmıştır. Bu gelişmeler 1980 yılında DSM-III'te panik bozukluğun ayrı bir tanı olarak ele alınmasıyla sonuçlanmıştır (9).

DSM-III'de panik bozukluğu, anksiyete bozuklukları grubunun anksiyete nevrozları alt başlığında yer almaktaydı. Panikle birlikte agorafobi ve panik olmaksızın agorafobi alt kategorileri olup, hastalığın bilişsel yönleri tanıda pek ağırlık taşımamaktaydı (9). DSM-III-R'de panik bozukluğa agorafobiden daha fazla ağırlık verilmiştir. Agorafobi olmaksızın panik bozukluk kategorisi yer almış ve semptom sayısı 13'e yükseltilmiştir (10). 1994'de DSM-IV'de panik bozukluğun tanı ölçütlerinde bir parça değişme olmuş ve özellikle atak sayısı ile ilgili kısıtlama azaltılmış, bilişsel semptomlar ön plana çıkartılmıştır. Ayrıca panik atakların

başka hastalıklarda da ortaya çıkabileceği vurgulanarak panik bozukluğunun farklı bir klinik durum olduğu vurgulanmıştır (11).

Dünya sağlık örgütünün sınıflandırma sistemi ICD-10'da panik bozukluğu "Nevrotik Stresle ilgili Somatoform bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır. ICD-10 agorafobiyi panik bozukluğundan bağımsız olarak değerlendirmektedir (12).

b. EPİDEMİYOLOJİ

Panik atakları ve panik bozukluğu toplumda sık görülen bir durumdur. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansının % 1.5-3.8 arasında değişmekte olup ortalamasının % 2.7 olduğu, yineleyici panik ataklı prevalansının ise bundan 3 kat fazla -% 3.6-9.9 arasında değişmek üzere ortalama % 7.05 olduğu bildirilmiştir (7).

Panik bozukluğu ve agorafobiyle ilgili en ayrıntılı ve kapsamlı ilk epidemiyolojik veriler Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasından sağlanmıştır. Bu çalışmada DSM-III tanı ölçütleri kullanılmış ve panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı % 1.7 olarak bildirilmiştir. Panik olmaksızın agorafobinin yaşam boyu prevalansı % 5.5 olarak bildirilmiştir.

Bu çalışmadan yaklaşık 10 yıl sonra yapılan National Comorbidity Study (NCS) çalışmasında DSM-III-R tanı ölçütleri kullanılmış ve panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı % 3.5, panik olmaksızın agorafobi prevalansı % 6,7 olarak saptanmıştır. Bozukluğun başlangıç yaşının 15-25 ve 45-54 yaşlarında bimodal dağılım gösterdiği bildirilmiştir (13).

DSM-III-R ölçütleriyle panik atağı, panik bozukluğu ve ek olarak sınırlı semptomlu atakların değerlendirildiği bir çalışmada, Katerndhal ve Realini (1993), panik bozukluğun

yaşam boyu prevelansını % 3.8, panik atağın yaşam boyu prevelansını % 5.6 sınırlı semptomlu atakların prevelansını % 2.2 olarak bildirmişlerdir (14).

Klinik çalışmalarda saf agorafobinin oldukça nadir görüldüğü belirtilmesine rağmen toplum çalışmalarında yaygın olduğu bildirilmiştir. Toplum çalışmalarında panik atağı olmaksızın agorafobi oranı % 29 - % 85 olarak bildirilirken, klinik çalışmalarda bu oranlar % 0 - % 31 arasında değişmektedir. ECA çalışmasına katılan ve panik bozukluğu ya da panik atak olmaksızın agorafobi tanısı alan kişileri SADS-LA yarı yapılandırılmış görüşme ile tekrar değerlendirildiğinde, yalnızca % 5'inin yine aynı tanıyı aldığı, diğerlerinin ise basit fobi, agorafobi ile birlikte panik bozukluk ya da tanı almayan fobik durumlar olduğu bildirilmiştir (15).

Çocuklukta görülen anksiyete semptomlarının her iki cinsiyette ve her yaşta oldukça yaygın olduğunun bilinmesine rağmen yalnızca üç anksiyete bozukluğu çocukluk döneminde tanı almaktadır. Bu tanılardan biri seperasyon anksiyetesi bozukluğu olup erken yaş dönemlerinde bulunmasının erişkinlikte ortaya çıkan panik bozukluğu ile ilişkili olduğunu öne süren çalışmalar vardır. Buna paralel olarak panik bozukluğun bir erişkinlik hastalığı olduğu ve ergenlik dönemi ile çocuklukta yaygın olmadığı varsayılmıştır. Buna karşılık son dönemlerde çocuklukta görülen panik atakların seperasyon anksiyetesi bozukluğundan ayrı geliştiği, çocuklukta ve ergenlerde erişkindekine benzer panik bozukluğunun görülebildiği görüşünü destekleyen vakalar literatürde yer almaktadır. Retrospektif çalışmalarda panik bozukluğu başlangıç yaşının 9 yaşın altına kadar inebildiği gösterilmiştir (16). Ergenlerde DSM-IV ölçütlerine göre panik atağı ve panik bozukluğu sıklığını değerlendiren bir çalışmada panik bozukluğu oranı % 0.5, en az bir panik atağı oranı ise % 18 olarak bulunmuş ve her ikisinin de kızlarda hafifçe daha fazla olmak üzere en fazla 14-15 yaşları arasında görüldüğü belirtilmiştir (17).

ECA çalışmalarına dayanarak panik bozukluğu yaşlılarda en az görülen anksiyete bozukluğudur. Bir aylık prevalansı % 0.5 olarak bildirilmiş olup, yine kadınlarda daha fazladır. Panik bozukluğu pik prevalansını fobik bozukluklar gibi 25-44 yaşları arasında yapıp, bundan sonra sıklığı sabit bir şekilde azalmaktadır. Çalışmalarda ileri yaşlarda görülen az sayıda olgunun yeni başlangıç yerine genç yaşta başlayan kalıcı olgular olduğu görülmüştür (18).

Panik bozukluğun kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görüldüğü epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. NCS çalışmasında bozukluk kadınlarda yaklaşık 2 kat daha fazla olup, bu veri ECA çalışması ile tutarlı bulunmuştur. Yaş dağılımı bimodal olup, kadınlarda 35-44, erkeklerde ise 15-24 yaşlarında pik yapmıştır (19). NCS çalışmasında panik bozukluğu tanısı alan kişilerde panik atağı ve panik bozukluğu semptomları ile cinsiyet farklılıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen ve yeni yayınlanan bir çalışmada kadınlarda daha fazla solunumsal semptomların geliştiği gösterilmiştir (20).

c. TANIM

Anksiyete bozukluklarının tanımlanmasına DSM-II ile başlanmakla birlikte panik bozukluğunun özgül tanı ölçütleri DSM-III'de yer almıştır (9). Ancak DSM-III'de tanı ölçütleri bir komite tarafından belirlenmiştir. Aranson ve ark (1988), tanı ölçütleri ile ilgili objektif tanımlayıcı çalışmaların olmadığını belirterek, panik atağının ve panik bozukluğunun fenomenolojisini sistematik olarak değerlendirmişler ve DSM- III panik bozukluğu ve panik atağı ile birlikte agorafobi tanısı almış kişilerde panik atağının fenomenolojisini tanımlayıcı 36 semptomu sorgulamışlardır (21). Bu sorular panik atağının DSM-III ölçütlerinin yanı sıra hastalar tarafından atak sırasında sıklıkla bildirilen diyare, abdominal ağrı, bulantı gibi diğer semptomları da kapsayacak şekilde hazırlanmış. Çalışmanın sonucunda DSM-III tanı ölçütlerinin arasında yer alan boğulma, parestezi, göğüs ağrısı semptomlarının sık olmadığı

görülmüş, panik atağın kresendo tarzı gelişimi vurgulanmış ve atak sonrası derealizasyon, yorgunluk yakınmalarının bildirildiğine dikkat çekilmiştir. DSM-III-R için spontan terimi yerine beklenmedik tanımı önerilmiştir (21). Sınırlı semptomlu ataklar ilk kez DSM-III-R ile birlikte gündeme gelmiştir (10).

Panik atağının semptom yapısını inceleyen çalışmalarda geniş oranda kardiyorespiratuar semptomlar, baş dönmesi ve bilişsel semptom kümeleri vurgulanmıştır. Ayrıca psikolojik semptomların ölüm korkusu dışında (ölüm korkusu solunumsal distres ile ilişkilendirilmiştir) psikolojik etkenlerle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bilişsel semptomlar, fiziksel semptomlardan bağımsız olabiliyorsa, panik atağının da “korkusuz” olabileceği (korkusuz panik atakları) öne sürülmüştür. Ayrıca dört semptomun yeterli olduğu, semptom sayısından çok şiddetin önemli olduğu görüşü desteklenmiştir (22). DSM-IV ile birlikte panik bozukluğunun tanı ölçütlerinde bir parça değişme gözlenmektedir (11). Özellikle atak sayısı ile ilgili kısıtlama azaltılarak, bunun yerine hastalığın bilişsel semptomatolojisi daha ön plana çıkartılmaktadır. Ayrıca panik ataklarının başka hastalıklarda da ortaya çıkabileceğine dikkat çekilerek panik bozukluğunun panik ataklardan farklı bir klinik durum olduğu vurgulanmaktadır.

DSM-IV’de üç farklı panik atağı yer almıştır: *durumsal yatkınlık gösteren, durumsal olan ve beklenmedik*. Fakat panik ataklarının daha başka görünüşleri vardır: **sınırlı semptomlu panik atakları** gibi. Çalışmalarda iki tür sınırlı semptomlu atak tanımlanmıştır: 1- Tam panik ataklarla birlikte görülen dörtten az semptom bulunan ataklar, 2- İzole, ancak şiddetli somatik semptomlarla görülen ve agorafobik kaçınmaya yol açanlar.

Klinik olmayan panik atağı (nonclinical panic) tanımı DSM-III-R’ye göre panik atağı yaşayan ancak herhangi bir emosyonel bozukluk sahibi olmayan kişilerdeki panik ataklarını tanımlamak için kullanılmıştır. Ayrıca bu atakların daha az sıklıkta ve şiddete olup yeni atakların olacağına dair endişenin çok az olduğu ya da hiç olmadığı vurgulanmıştır.

Klinik olmayan paniklerin yapılandırılmış görüşme ve anketle yapılan değerlendirmelerinde prevalansının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (23).

Literatürde **korkusuz (non-fearful) panik atağı** tanımlaması bilişsel semptomlar ya da subjektif korku olmaksızın özellikle göğüs ağrısı ile kardiyologlar tarafından değerlendirilen hastalarda tanımlanmıştır. Ancak bu kişilerin anksiyetesi olmadığı söylenemez ve yardım arama davranışı içine girerler. Anksiyete göğüs ağrısıyla karakterizedir ve diğer somatik semptomları içermemektedir.

Nokturnal panik atağı uykudan aniden korkuyla uyanma ve fizyolojik arausal ile karakterizedir. Çeşitli çalışmalarda panik bozukluğu hastalarında % 40 kadar görüldüğü bildirilmiştir. EEG verileri atağın derin uykuya geçerken görüldüğünü, gece kabusları ile ilişkili olmadığını göstermiştir (23).

DSM-IV'de panik bozukluğu tanısı için "beklenmedik panik atağının" var olması gereklidir. Bu ölçüt diğer tür panik ataklarının göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Başka ölçütler tanımlanmış olsa da bunlar klinik olmayan panikleri ayırmak için yeterli değildir, çünkü bu kişilerde de beklenmeyen ataklar olabilmektedir. Ve yine hastalığın kronikleşmesiyle birlikte beklenmedik ataklar daha çok durumsal olmaktadır (24). Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalar korkusuz panik bozukluğunun saptandığı, sıklıkla yanlış tanı aldığı ve diğer kliniklere sıkça başvurmasına dikkat çekilerek, panik bozukluğun bir varyantı olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiş (25).

Bu farklı panik ataklarının gelecekteki tanı sistemlerinde hesaba alınması tanısız kesinlik açısından daha uygun olacaktır. DSM-IV'de panik atağı ölçütleri (Tablo-1 ve 2) 13 semptomu içermekle birlikte, atakların eşik altı olduğu durumlarda tanı konması zorlaşmaktadır. Bu eşik altı semptomlar bazen de oldukça dramatik ve korku verici olabilen otonomik, nörolojik belirtiler olabilmekte ve özgül fobilerin kaçınma davranışlarının oluşmasıyla sonuçlanabilmektedir. Bir çalışmada 72 panik bozukluğu hastasının % 15'inin

geçici bilinç ve postural tonus kaybı ile senkop bozukluğu tanısı aldığını bildirmişlerdir. Nokturnal panik atakları da sıklıkla uyku apne bozukluğu olarak tanı almıştır. Klinik çalışmalar bu semptomların panik hastalarında oldukça yaygın olduğunu göstermekte ve tam ataklar kadar yoğun anksiyeteye yol açabilmektedir (3).

d. PANİK BOZUKLUĞUNUN BAŞLANGICI, GİDİŞİ VE SONLANIŞI

Panik bozukluğu alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden, süregelen bir gidiş göstermektedir. Panik bozukluğu başlangıç yaşı olarak öncelikle ergenliğin sonları ve erişkinliğin başında olmak üzere her yaşta başlayabilir. Panik bozukluğu ölçütlerinin henüz tam olarak karşılanmadığı bir prodromal dönemin var olduğu kabul edilmektedir. Bu dönemde fobiler, depersonelizasyon, uyku bozuklukları, hipokondriasis gibi psikiyatrik semptomların yanı sıra, nefes alma problemleri, atipik göğüs ağrıları, baş ağrısı, migren, görme bulanıklığı, baş dönmesi gibi bir dizi bedensel semptom görülebilmektedir. Prodromal dönemin değerlendirildiği bir çalışmada panik ataklarının panik bozukluğu için ön belirleyiciliğinin görece kısa süre için olduğu (2 yıl için), ve olguların yarısından çoğunda tanı öncesi yaygın anksiyetenin önde gelen semptom olarak ortalama 8-10 yıldır mevcut olduğu, ayrıca fobilerin de olguların yaklaşık yarısında tanı öncesi var olduğu gösterilmiştir (26).

Panik-agorafobik semptomlar öncesinde genellikle bir yakınının ölümü, eşinden ayrılma, kişilerarası ilişkilerde çatışma gibi stres verici yaşam olayları görülmektedir. Çoğunlukla bu tür yaşam olaylarını izleyen bir kaç gün - bir kaç hafta içinde semptomlar ani olarak gelişmektedir (27). Panik bozukluğu tanısı alanlarda bir yıl önceki yaşam olaylarını araştıran bir çalışmada hastaların % 38'inin ilişki problemleri yaşadığı, % 9'unun bir yakınıni kaybettiği, % 16'sının hastalık, kaza veya fiziksel yaralanma nedeniyle yaşamını kaybetme tehlikesi ile karşılaştığı gösterilmiştir (28).

TABLO-1: DSM IV panik bozukluğu tanı ölçütleri

- A.** Aşağıdakilerden hem (1) hem de (2) vardır.
- (1) Yineleyen beklenmedik Panik Atakları (Panik atağı tanı ölçütlerine bakınız)
- (2) Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden en az biri (ya da daha fazlası) izler.
- (a) Başka atakların da olacağına dair sürekli bir kaygı
- (b) Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örneğin, kontrolünü kaybetme ,kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak üzüntü duyma
- (c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
- B.** Agorafobinin olmaması
- C.** Panik Atakları bir maddenin (örneğin, kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin, hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D.** Panik Atakları, Sosyal Fobi (örneğin, korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örneğin, özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (örneğin, bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Posttravmatik Stres Bozukluğu (örneğin, ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örneğin, evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

TABLO-2: AGORAFOBİ İÇİN DSM-IV TANI ÖLÇÜTLERİ

- A.** Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım 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 belirtiler olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.
- C.** Bu anksiyete yada fobik kaçınma, sosyal fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), posttravmatik stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Panik atağı sırasında kardiyovasküler belirtilerin ön planda hissedilmesi nedeniyle hastalar bir kalp krizi geçirebilecekleri korkusuyla sık olarak ilk başvuruyu acil servislere ya da kardiyoloji polikliniklerine yaparlar (29). Katon ve ark. (1984), psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirilen panik bozukluğu hastalarının % 89’unda bir ya da iki somatik semptomun tablonun başlangıcına eşlik ettiğini ve yanlış tanı aldıklarını belirtmişlerdir. En yaygın görülen semptomlar ise kardiyak, gastrointestinal (özellikle epigastrik rahatsızlık) ve nörolojik semptomlar (baş ağrısı, baş dönmesi, senkop, parestezi) olarak bildirilmiştir (28).

Bazı hastalarda bozukluğun başlangıcı sınırlı semptomlu ataklarla olabilmektedir. Bu ataklar yıllar içinde tam panik ataklara ilerleyebilmektedir. Sınırlı semptomlu atakların bir yıl içindeki progresyonunun ve risk etkenlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların % 19’unun “full-blown” ataklara progresyon gösterdiği, hiçbirinde panik ataklarının kaybolmadığı görülmüştür (30). Sınırlı semptomlu atakların ilerlemede hastalığa karşı tutum, bilgilendirme, algılama ve davranışların önemi belirtilmekte ve erken tedavi ve dikkate alınmasıyla belki de progresyonun önlenebileceği belirtilmektedir. Bu ilk atakdan ya da ataklardan sonra panik ataklarının sonuçları ve yeni atakların olabileceğine dair yoğun bir endişe ve kaygı hali ortaya çıkar. Beklenti anksiyetesi olarak tanımlanan bu bulguyu fobik kaçınma izler. Yapılan bir çalışmada katastrofik düşüncelerin panik atağın şiddetine olan etkisi incelenmiş ve panik atağın şiddeti üzerine katastrofik düşüncelerin etkisinin belirgin olduğu görülmüş. Yazarlar, katastrofik düşüncelerin panik atağın şiddetinin ön belirleyecisi olabileceğini belirtmişlerdir (31). Kişiler panik atakları ile ilişkili bulmaya başladıkları “yer ve durumlardan” kaçınmaya başlar. Klein ve onu izleyen araştırmacıların panik bozukluğunda fobik kaçınmanın ve agorafobinin panik atakları izlediğini belirtmesine rağmen bunun aksini gösteren çalışmalar da vardır. Bu çalışmalarda panik atağı öncesinde prodromal semptomların agorafobi, yaygın anksiyete ve hipokondriasis olduğu bildirilmiştir (32).

Agorafobinin gelişimi ile ilgili bu farklı görüşler DSM-III-R, DSM-IV ve ICD-10'a yansımıştır. Agorafobi, ICD-10'da agorafobi ile birlikte panik atağı ve panik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu farklılığa rağmen panik bozukluğu tanısı alanların yaklaşık üçte biri ile yarısında agorafobinin de olduğu bilinmektedir. Klinik çalışmalarda ise bu oranlar daha yüksektir. Panik bozukluğunda agorafobinin gelişimiyle ilgili olarak hastalığın şiddeti, hastalığın süresi, atakların farklı semptom profili gibi etkenlere dayanan bazı hipotezler ileri sürülmüştür. Ama hastalığın şiddeti ve süresinin agorafobinin gelişimi için ön belirleyici olmadığı bildirilmiştir. Panik bozukluğunun başlangıç yaşının erken (örneğin < 25 yaş) olduğu olgularda, geç yaşta başlayanlara oranla daha fazla fobik semptomlar gösterdiği bilinmektedir. Son dönemde yapılan bir çalışmada panik bozukluğunda agorafobi gelişiminin düz bir seyir göstermediği, çeşitli etkenlerden etkilendiği belirtilmiştir. Başlangıç yaşının erken olması, panik atak sırasındaki sıcak basması, ürperme semptomları ve özgül kognisyonların bulunması (aklını kaybetme korkusu) agorafobinin gelişimini arttırırken, göğüste ağrı ve rahatsızlık hissinin agorafobi için koruyucu önem taşıdığı bildirilmiş (33).

Panik bozukluğun gidişi ve tedavisi üzerine yapılan retrospektif çalışmalarda yüksek kronisite oranları bildirilmişken, prospektif çalışmalarda remisyon oranları % 10-43 arasında değişmektedir. Zürih çalışması ile panik atakların ve panik bozukluğun seyri hem retrospektif hem de prospektif olarak değerlendirilmiş; retrospektif olarak değerlendirmede panik bozukluğu olanlarda % 40 kronik gidiş görüldüğü bildirilmiştir. Prospektif değerlendirmede ise panik bozukluğunda anksiyete % 26'sında daha artmış, % 36'sında düzelmiştir. Düzelme gösterenler, kötüleşme bildirenlerden fazla bulunmuştur (7).

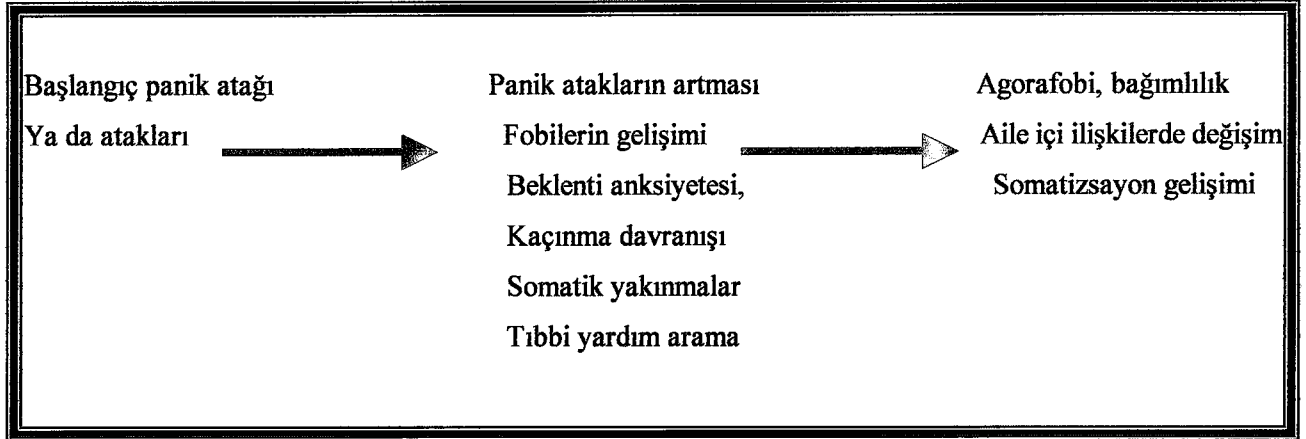
ECA çalışmasındaki merkezlerden birinde yapılan izlem de panik bozukluğu ile mortalite arasında anlamlı ilişki gösterilmediği bildirilmiştir. İzlem sırasında ölenlerin daha çok ileri yaşta tanı alanlar olduğu gösterilmiştir (26).

Panik bozukluğu gidişi sıklıkla I. ve II. Eksen bozukluklarıyla komplike olmaktadır. Major depresyon gidişi etkileyen en sık tablodur. Panik bozukluğu-depresyon komorbiditesi olanlarda bozukluk daha erken yaşta başlamakta ve daha uzun süreli olmaktadır (34). Depresyonla komorbid olan panik bozukluğu ile depresyonu olmayanların karşılaştırıldığı izlem çalışmalarında iş ve aile ilişkileri için yetiyitiminin komorbiditesi olanlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (35).

Panik bozukluğu yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilemektedir. ECA çalışması ile panik bozukluğunun yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili önemli veriler elde edilmiştir. Yaşam kalitesi kişisel sağlık, psikososyal işlevler ve finansal bağımlılık alanlarında değerlendirilmiş, panik bozukluğu ve major depresyonun yaşam kalitesinin benzer oranlarda etkilendiği görülmüştür (36, 37). Yaşam kalitesinde bozulma ile “komorbid major depresyonun bulunması, eğitim düzeyinin düşük olması, ileri yaş ve nörotisizm düzeyi yüksekliğinin” ilişkili olduğu bildirilmiştir (38).

Katon (6), panik bozukluğu gelişiminin kronolojik olarak üç ayrı safha da olduğunu belirtmektedir (**Şekil-1**). İlk atak ya da ataklar sıklıkla stres verici olaylar sonrası oluşur. Hastalar sıklıkla günlük aktivitelerini yerine getirirken gelen ilk atakla karşılaşır, bu sırada aşırı korku yaşarlar. Ataklardan sonra çoğu zaman hastalarla ilk karşılaşanlar acil servis hekimleri olurlar. Bu kişilerin bazılarında güvence verilmesi ve eğitimin yardımıyla panik bozukluğu inkapasitesi gelişmez. Ataklar sık olmadığında dahi bu kişilerin anksiyete ve depresyon skorları normallerden yüksektir ve gelecekteki panik bozukluk için risk taşırlar. Çok sayıda hasta hızla ikinci evreye geçer. Giderek artan ve ciddileşen yeni atakların olabileceğine dair bir beklenti anksiyetesi gelişir. İkinci evrede ataklarla ilişkili durumlardan, olaylardan kaçınılmaya başlanır. Tüm hastaların kaçınma göstermeyebileceği ancak çoğunun sosyal anksiyete geliştirdiği belirtilmiştir. Hastalar giderek daha fazla tıbbi yardım aramaya başlarlar. Bedenlerine, beden duyumlarına ilgileri artar. İkinci aşamada sınırlı fobik kaçınma

varken üçüncü aşamada artık yaygın agorafobi gelişir (6). DSM-III-R agorafobiyi ikinci ve üçüncü aşamanın çekirdeği olarak alır. Agorafobi artıkça -ki bu üçüncü basamaktır- artık hasta birinin eşliğine ihtiyaç duyar duruma gelir, hastalar otonomik semptomları ile ilgili olarak aşırı anksiyete ve endişe yaşarlar (6).



Şekil-1: Katon W. Panic Disorder In The Medical Setting, Bölüm 1, S: 7'den alınmıştır (6).

Görüldüğü gibi panik bozukluğu tablosu remisyonlar ve alevlenmelerle seyreden, zaman içinde semptomatolojisi değişebilen, DSM sınıflandırmalarında tanımlanmayan ama klinisyenlerin dikkatinden kaçmayan farklı panik atakları gösterebilen bir hastalıktır. Bütün bunların hasta değerlendirmesinde hesaba katılmasında yarar vardır. Spektrum kavramı bu fenomenolojik eksikleri kısmen de olsa kapsamaktadır.

e. PANİK BOZUKLUĞUNDA KOMORBİD DURUMLAR

Panik bozukluğunda zaman zaman ayırıcı tanı güçlükleri de yaratabilen bir çok genel tıbbi durum görülebilmektedir. Bunlardan mitral valv prolapsusu, hipertansiyon ve kardiyomyopatiler panik bozukluğu hastalarında oldukça sık karşılaşılmaktadır (39). Hipertansiyon hastaları araştırıldığında, bu grupta yaşam boyu panik atağı sıklığı (% 35-39) ve yaşam boyu panik bozukluğu sıklığının (% 13) normallerden daha yüksek olduğu

saptanmıştır (40). Kardiyak hastalık komorbiditesinin yüksek olmasının, panik hastalarında saptanan bazı otonom sinir sistemi düzensizliklerinden kaynaklandığı sanılmaktadır.

Bunların dışında panik bozukluğu hastalarında kronik obstruktif akciğer hastalığı, irritabl barsak sendromu ve migren ile anlamlı komorbidite saptanmaktadır (39).

Panik bozukluğu hastalarında diğer ruhsal bozukluklar sık görülmektedir, öyle ki agorafobi de katıldığında tek başına panik bozukluğunu görme olasılığının oldukça az olduğu söylenebilir. Birinci basamakta saptanan ve ele alınan panik hastalarının % 70'inin ek bir psikiyatrik tanı aldığı bildirilmiştir (41). Birinci basamakta yüksek olan komorbidite oranları psikiyatri kliniklerinde görülen panik hasta gruplarında da yüksek olarak belirlenmektedir. Yeni yapılan bir çalışmada hastaların 2/3'ünde eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu ya da affektif bozukluğun saptandığı bildirilmektedir (42). Aynı komorbidite oranını daha yüksek olarak saptadıklarını (% 83) bildiren çalışmalar da vardır (43).

En sıklıkla görülen komorbid ruhsal durum major depresyondur. Roy-Byrne ve ark. (2000), NCS'de major depresyon ve panik bozukluğu için odds ratio'ları 6.8-10.8 olarak saptadıklarını bildirmişlerdir (44). Panik bozukluğunda yapılan araştırmaların gözden geçirilmesi hastalarda yaşam boyu en az bir major depresyon epizodu geçirme oranının % 50-65 olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan, major depresyon tanısı alan hastaların % 10-59'u aynı zamanda panik bozukluğu ölçütlerine de uymaktadır. İki hastalığın birlikteliğinin neden yüksek olduğuna henüz kesin bir yanıt verilememekle birlikte, panik atakları ve buna ikincil gelişen agorafobinin yarattığı demoralizasyonun önemli olduğu belirtilmiştir (45). Bu görüşü dolaylı olarak destekleyen epidemiyolojik çalışmalar vardır. Anksiyete bozukluklarının görece erken yaşlarda başladığı (çocukluk-ergenlik), daha sonra depresyon ve madde ile ilgili bozuklukların tabloya eklendiği saptanmıştır. Aynı çalışmada, anksiyete

bozukluğu-duygudurum bozukluğu komorbiditesi olan hasta grubunda, madde kullanım bozukluklarının yaşam boyu prevalansı % 16.7 olarak bulunmuştur (46).

Panik bozukluğu-depresyon komorbiditesinin gündelik klinik uygulamalar açısından önemi, yarattığı ek sorunlardır. Çalışmalara göre panik bozukluğu-depresyon birlikteliğinde var olan ruhsal belirtilerin şiddeti daha fazla olmakta, belirtiler daha uzun sürmekte, rol işlevleri daha fazla bozulmakta, hastaların yardım arama davranışı atmakta, bu durumların tedavisi güçleşmekte ve belki de en önemlisi intihar oranları yükselmektedir (42, 45, 47, 48). Panik bozukluğu-depresyon komorbiditesi durumlarında saptanan intihar girişim oranları, tek başına depresyon ve tek başına panik bozukluğu durumlarında görülen oranların üzerindedir. Hatta prospektif olarak elde edilen verilere göre panik hastalarındaki intihar davranışları depresif dönemler dışında nadiren ortaya çıkmaktadır (49). Bundan ötürü hastalığın seyri sırasında depresif episotlar dikkatle izlenmeli ve saptandığında hızlı davranılarak etkin tedaviler uygulanmalıdır.

Yakın zamanlarda dikkati çeken bir komorbidite durumu bipolar bozukluğu anksiyete bozukluğu arasındadır. Bipolar hastalarda yaşam boyu panik bozukluğu prevalansının % 20.8 gibi yüksek oranlara vardığı, bipolar ailelerinde panik bozukluğunun da kalıtıldığı bildirilmiş olup, bu iki hastalık arasında da özel bir ilişki –komorbid panik bozukluğunun, bipolar bozukluğun genetik bir alttipi olduğu- olduğu sanılmaktadır (50-52).

Panik bozukluğuna eklenmiş olan bir başka anksiyete bozukluğu tabloları klinikte sık karşılaşılan bir durumdur. Basit fobi, sosyal fobi ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu panik bozukluğu hastalarında en sıklıkla belirlenen anksiyete bozukluklarıdır. Panik hastalarında diğer anksiyete bozukluklarına ait komorbidite oranları genelleşmiş anksiyete bozukluğu için % 23-35, basit fobide % 16-33, sosyal fobide % 10-40, obsesif kompulsif bozukluk için % 8-28, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğunda ise % 7 olarak bildirilmiştir (42, 53, 54).

Panik hastalarında kişilik bozukluklarının (KB) varlığı oldukça fazla araştırılmıştır. Çalışmalar benzer sonuçlar vermiştir: panik bozukluğunda “C küme kişilik bozuklukları” oldukça yaygındır. Kaçınan KB % 21-32, bağımlı KB % 11-18, obsesif-kompulsif KB % 15-16, histriyonik KB % 5-14, borderline KB % 8-9 ve herhangi bir C küme KB olması durumu % 42 oranlarında saptanmaktadır (53, 54).

Panik-agorafobi spektrum belirtilerinin araştırılması yukarıda aktarılan komorbidite durumlarının daha iyi anlaşılması ve tanımlanmasında yardımcı olabilir. Bu konuların panik-agorafobik spektrum tanımı açısından çalışılmasına şimdiden başlanmıştır. Örneğin, uygulanan interpersonal terapiye, PASÖ-YB ölçeğinde yüksek puan alan major depresyonlu hastalar, puanları düşük olan hastalardan daha az oranda yanıt vermişler ve eklenen antidepresanlara yanıtları da daha geç olarak ortaya çıkmıştır (55).

f. SEPERASYON ANKSİYETESİ VE PANİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Seperasyon anksiyetesi hem normal psikolojik gelişme sürecinde görülen bir fenomen, hem de çocukluk döneminde görülen bir anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk SAB ile erişkin döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların bir kısmında Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu (SAB) ile agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu arasındaki ilişki desteklenirken, bir kısmında ise SAB ile agorafobi arasındaki ilişkinin, panik bozukluğuyla olan ilişkisinden daha belirgin olduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda ise bu türden bir özgül ilişki yerine SAB'nun çeşitli anksiteye, duygudurum bozukluklarına yatkınlık oluşturan bir durum olarak ele alınması önerilmiştir.

Erişkinlikte görülen seperasyon anksiyetesi semptomlarını “SAB erişkinlik formu” olarak tanımlayan bir görüş de vardır.

Bu özgül ilişkileri değerlendiren çalışmalarda ise bazı metodolojik problemler ortaya çıkmaktadır. Çocukluk SAB tanısı retrospektif olarak konulmakta, çalışmaların bir kısmında

sosyal fobi gibi örtüşebilen ama tamamen de aynı olmayan bazı tanıların ayrımı yapılmamaktadır. Yine gerçek seperasyon olayları seperasyon anksiyetesi semptomlarıyla görülebilmektedir. Son yıllarda retrospektif değerlendirmede kolaylık sağlayan ve SAB’nda da kullanılmak üzere bazı ölçekler geliştirilmiştir (56).

Çocukluk Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu

SAB oluşumunu en iyi açıklayan görüş “bağlanma kuramı” adıyla anılmaktadır. Bağlanma kuramına göre *bağlanma (attachment) sistemi* yaşamın erken dönemlerinde başlar ve yaşam süresince önemini koruyarak devam eder. Az gelişmiş hayvanlarda *bağlanma nesnesinin* biyolojik işlevlerin düzenlenmesini sağladığı ve seperasyonların bu biyolojik regülasyonu ani olarak sonlandırdığı görülmüştür. Bağlanma figüründen ayrılma hem anksiyeteyi uyarmakta hem de çeşitli korku tepkilerinin ortaya çıkmasında neden olmaktadır. Tersine bağlanma nesnesinin varlığı anksiyeteyi azaltmakta ya da ortadan kaldırmaktadır. Erken çocukluk döneminde bağlanma figüründen ayrılma şiddetli distres ve affektif yanıtla sonuçlanacaktır ki, bu *seperasyon anksiyetesi* olarak tanımlanır. Anneden ayrılmaya yanıt olarak oluşan bu distres, bebeği ya da çocuğu tehlikelerden korumayı sağlayan evrimsel bir tepkidir. Çocuk büyüdükçe seperasyon anksiyetesinin şiddeti ve basit seperasyonlara olan tepkisi azalacaktır. Bowlby içgüdüsel bağlanma sisteminin doğumda olgunlaşmamış olduğunu ve çevresel inputlara duyarlı olduğunu belirterek erken bağlanma sistemlerinin ileri bağlanma sisteminin şekillendiricisi olduğunu belirtmiştir.

Güvenli bağlanma yapamayanların yetişkinlikte kronik anksiyete için risk oluşturabileceğini öne sürmektedir. Çocuklardaki SAB ile panik bozukluğu hastalarında “seperasyona yanıtın kontrolünde bir disregülasyon” olduğu öne sürülmüştür (57).

Bağlanma figürünün yetersiz olduğu ya da olmadığı durumları tanımlamak için anksiyöz bağlanma tanımlamasını kullanırken 4 temel özelliği vurgulanmıştır: ebeveynlerin

agorafobisi nedeniyle çocukları ile aşırı yakın ilişki, aile içi şiddet nedeniyle çocuğun evden ayrı olduğunda onların başına olumsuz olayların geleceği düşüncesi, ailenin kötü davranışları nedeniyle çocukların tedavi alması ve son olarak aşırı koruyucu aile. Yapılan çalışmalarda, çocukluk döneminde yaşanan bu tür olaylarla anksiyete bozuklukları ilişkisi, en fazla panik bozukluğunda ortaya konulmuştur (58).

Yakın dönemde bu ilişkiye açıklık getirmek amacıyla yapılan bir çalışmada gerçek seperasyon yaşantıları panik bozukluğu hastalarında ve sağlıklı kontrollerde karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak panik bozukluğu hastalarında kontrollere göre çocukluk SAB'nun daha fazla oranda saptandığı (% 22.6 vs % 4.8), çocuklukta "gerçek seperasyon olaylarının" daha fazla görüldüğü (% 57.4 vs % 37.9), ancak seperasyon deneyimi ile SAB arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Yani, her iki durumun birbirinden bağımsız olduğu sonucuna varılmıştır (59).

Normal seperasyon anksiyetesi ile patolojik olan SAB'nu ayırmada, "şiddet" -tek başına yeterli olmamakla birlikte- temeldir. SAB ergenlik ya da çocukluğun herhangi bir döneminde görülebilir. Üç temel özelliği vardır:

- 1- Bakım verenden ayrılma,
- 2- Bağlanma nesnesinin zarar göreceğine yönelik düşünceler ve
- 3- Evden uzakta olduğunda eve duyulan özlem.

SAB'nun en ciddi belirtisi okul reddidir. Okul fobisi olarak isimlendirilir ama araştırıldığında korkunun okulla ilgili olmadığı görülür. SAB önergelerde en yaygın görülen anksiyete bozukluğudur. Epidemiyolojik çalışmalarda görülme sıklığı % 3.5-25.6 oranında değişmektedir. Ergenlerde ise ikinci sırada (% 2-6.8) görülen aşırı anksiyöz bozukluktur.

Okul fobisi olan önergelerin 27 yaşında tekrar değerlendirilmesinde yalnızca % 7'sinde panik bozukluğu olduğu görülmüştür. Bu çalışmada SAB ile panik bozukluğu arasındaki ilişki desteklenmekle birlikte, çocukların büyük çoğunluğunda panik bozukluğu

gelişmediği görülmüştür (57). Okul fobisi olan çocukların ebeveynlerinde, hiperaktivite olan çocukların ailelerine göre daha fazla erken seperasyon anksiyetesi bildirilmiştir. İkizlerde yapılan bir çalışmada ise seperasyon distressinin monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere göre daha fazla konkordans gösterdiği bildirilmiştir (56). Bulgular seperasyon anksiyetesinin kalıtılabilir olduğu yolundadır.

Çocukluk Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu ve erişkindeki gidiş

SAB'nun erişkindeki psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi bağlamında en çok vurgulanan hastalık panik bozukluğudur. SAB'nun erişkin panik bozukluğunun ön belirleyicisi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca tipik agorafobik korkulardan olan “evde yalnız kalkmak, evden tek başına uzaklaşmak” gibi korkular çocukluk seperasyon anksiyetesiyle benzerlik gösterir.

Agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu olanlar ve normal kontrollerde çocukluk çağı SAB karşılaştırılmış, SAB prevelansının panik bozukluğu olanlarda kontrollere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (% 18 vs % 4). Retrospektif bir çalışmada SAB'nun sıklığı panik bozukluğu olanlarda (% 29), normal kontrollerden (% 6) daha fazla bulunmuştur (60). Ayrıca panik hastaları ile cerrahi hastalarının ailesel psikiyatrik hastalıklar açısından karşılaştırılmasında panik bozukluğu hastalarında seperasyon anksiyete bozukluğunun anlamlı derecede fazla olduğu ve ailelerinde panik bozukluğunun daha fazla olduğu görülmüştür (61).

Bir veya birden fazla anksiyete bozukluğu olan 252 hastada (panik bozukluğu: 156 kişi, sosyal fobi: 106 kişi, OKB: 51 kişi, yaygın anksiyete bozukluğu: 19 kişi) yapılan bir çalışmada çocukluk SAB'nun yaşam boyu iki veya ikiden fazla anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmüştür (62). Bu çalışmada panik bozukluğu ile seperasyon anksiyetesi arasında özgül bir ilişki gösterilememiş olup, seperasyon anksiyetesinin, yaşam boyu “çoğul anksiyete bozukluğu tanısı” için bir etken olabileceği bildirilmiştir.

Pollack ve ark. (1996), çocukluk dönemi anksiyete bozukluklarının, erişkinlikteki panik bozukluğu, ruhsal bozukluk komorbiditesi ve panik bozukluğunda gidiş üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, önceki çalışmalarla tutarlı olarak, çocukluk çağı anksiyete bozukluğunun, erişkinlikteki panik bozukluğunda görülen komorbiditeyle ilişkili olduğunu ve fobik kaçınmanın derecesini etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada değerlendirilen panik hastalarında çocukluk SAB bulunma oranı % 18 iken, aynı oran sosyal fobi için % 3 olarak bulunmuştur (63).

Manicavasgar ve Silove (1998), erken çocukluk seperasyon anksiyetesinin erişkinlikteki anksiyete bozuklukları ile ilişkisini anlamak amacıyla toplam 1800 kişide retrospektif olarak “erken seperasyon anksiyetesini” değerlendirmişler ve çalışmanın sonucunda erken seperasyon anksiyetesi tanısının özellikle panik bozukluğu olmak üzere erişkinlikte anksiyete bozukluğu gelişmesi riskini arttırdığı bildirilmiştir (64).

Erişkinlikte Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu

DSM-IV’te SAB panik bozukluğu dışlama ölçütleri içinde yer alır (11). DSM-IV’göre seperasyon anksiyetesi 18 yaşından önce başlamışsa erişkinlikte bu tanı dışlanmaz. Bununla birlikte tanı ölçütleri çocukluk dönemine özgü olduğundan ve erişkinlikte görece nadir görüldüğünden, hekimler tarafından erişkinlerde primer seperasyon anksiyetesi bozukluğu tanısı konmamakta ve bu semptomlar başta panik bozukluğu olmak üzere başka ruhsal bozuklukların bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bu konuda henüz yeterli araştırma yapılmamıştır.

Erişkin dönemde seperasyon anksiyetesi semptomlarının varlığını açıklayan başka bir görüş bunların “özgül olmayan bir yatkınlık” –nörotisizm- sonucu oluştuğunu savlamaktadır. Literatürde var olan erişkin seperasyon anksiyetesi ile ilgili bilgilerin büyük kısmı Manicavasgar ve Silove tarafından sağlanmıştır. Çalışmalarında Seperasyon Anksiyetesi

Ölçeğini kullanmışlardır. Seperasyon Anksiyetesi Semptom Ölçeği (SASÖ), Silove (1993) tarafından geliştirilmiştir (65). Çocukluk dönemindeki patolojik seperasyon anksiyetesi semptomları ile normal bağlanma figüründen ayrılmaya yönelik semptomların tanınmasını sağlar. Anksiyete kliniklerinde yapılan çocukluk dönemi SAB'ın erişkinlikte çoğul anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu verisi ve SASÖ ile elde edilen bulgularla seperasyon anksiyetesi ile panik bozukluğu ilişkisi desteklenmiştir. SASÖ ile yapılan toplum çalışmalarında agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu olanlarda, fobik bozukluklara ve yaygın anksiyete bozukluğuna göre daha yüksek skorlar bulunmuştur. Yazarlar erişkin dönemde seperasyon anksiyete bozukluğu tanısını koyabilmek amacıyla DSM-IV SAB ölçütlerini modifiye edilmesi ve klinik yargıyla da desteklenmesi ile bir "erişkin seperasyon anksiyetesi bozukluğu" tanı kategorisi oluşturmuşlar. Yarı yapılandırılmış görüşmeyle paralel olarak 27 itemlik bir self-report formu uygulamasıyla seperasyon anksiyetesini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda yetişkin seperasyon anksiyetesi ölçütlerinin çocukluk döneminde seperasyon anksiyetesi bozukluğu bulunan yetişkin anksiyete bozukluğu hastalarıyla uyumlu olduğu bildirilmiştir (66).

Son dönemde spektrum kavramı ile çalışanlar tarafından, seperasyon anksiyetesi semptomlarının hem çocukluk, hem de erişkinlikte panik-agorafobi spektrumu içinde yer alan belirtiler olarak kabul edilmesinin, konuya açıklık getireceği önerilmektedir (56). Dahası sınıflandırmalardaki boşlukların doldurulmasına katkıda bulunacak verilerin toplanması mümkün olabilecektir.

IV. RUHSAL BOZUKLUKLARDA SPEKTRUM KAVRAMI

DSM-IV ve ICD-10 ruhsal bozuklukların daha nesnel, güvenli ve geçerli bir biçimde kategorik olarak sınıflandırılmasını sağlamaktadır. Bu tanısal sistemlerde ruhsal bozuklukların sınırları çok net olarak çizilmekte ve böylelikle yanlış pozitif tanılar önlenmesi amaçlanmaktadır. Böylesi kategorik yaklaşımlar doğal olarak bazı kısıtlılıkları da beraberinde getirmektedir (67).

Klinik uygulamada bu tanısal sistemler hastayı değerlendirme anında en belirgin olan semptomları dikkate almaktadır. Semptomlar geçmişte olduğunda ya da göze çarpmayan derecede olduklarında bir tanı ölçütü olarak dikkate alınmamaktadır. Bu tanı sistemleri mental bozuklukların özgül biyolojik markerları veya saf genetik fenotiplerini izole etmekte de yetersiz kalmaktadır. Başlangıçta yalnız bir hastalığa özgü olarak tanımlanan özgül markerların zamanla diğer mental bozukluklarda da görülebileceği anlaşılabilmektedir (67).

Söz konusu tanı sistemleri çoğu kez I. eksen bozukluklarının subsendromal biçimlerini de kapsamamaktadır; örneğin, minör depresyon veya sınırlı semptomlu panik epizodları gibi. Bozuklukların arasındaki keskin sınırlar bir yandan da yapay bir komorbidite oluşturmaktadır. DSM sistemindeki I. ve II. eksen tanıları arasındaki yapay bölünme, tanımlanan sendromun çekirdek semptomlarıyla ilişkili olabilen başka mental bozuklukları, kişilik hatlarını (trait) ve davranış stillerini saptamakta yetersiz kalınmasına yol açmaktadır. Yine DSM-III-R ve DSM-IV'te mental bozuklukların hafif formları -az sayıda semptom içerenleri- ki, bunlar belirgin derecede işlevsel bozulma ile ilişkili olmasına rağmen başka türlü adlandırılmayan kategorisi içinde yer almaktadır (67). Panik-agorafobi spektrumu kavramını oluşturan Cassano ve ark. (1997), bu kısıtlılıklarla ilgili olarak, araştırmalarda fenotip ayırımının daha iyi yapılması gerektiğini, psikiyatrik bozuklukları anlamamıza yardımcı olabilecek olan patofizyolojik mekanizmaların ancak bu fenotiplerin tanımlanmasıyla (predispozan trait ya da hastalık) anlaşılabilceğini ve fenotiplerin değerlendirileceği alanın tüm psikopatolojik fenomenleri

içermesi gerektiğinden bu günkü sendromal tanı ölçütlerinden daha geniş olması gerektiği düşüncesini savunmaktadır (2, 68, 69).

Spektrum terimi daha önce birbiri ile ilişkili görünen semptom kümelerini ve birbiri ile bağlantılı sendromları tanımlamada kullanılmıştır. Şizofrenik spektrum, obsesif kompulsif spektrum, bipolar spektrum tanımlanmışsa da spektrum kavramı her birinde farklı anlamlar taşıyabilmektedir. Panik-agorafobi spektrum kavramı geniş fenotiplerin yanı sıra güncel tanımlayıcı psikiyatriyi içermekte olup, DSM-IV, ICD-10'daki çekirdek yapılar, bunlarla ilişkili semptomlar ve davranışlar tümüyle dahil edilmiştir. Başka deyişle DSM-IV'deki çekirdek semptomlarla sınırlı değildir. Bunların yanı sıra popülasyonda yaygın olduğu bilinen atipik semptomları da içermektedir. DSM-IV'le I. eksen bozukluklarından ayrılan temperamental, kişisel özellikler de spektrum kavramının içinde ele alınmaktadır. Yani spektral tanım, kategorik tanımdan çok daha geniş bir semptomatolojiyi içermektedir (2).

Spektrum semptomları ve davranışları (örn. panik-agorafobik spektrum) ilgili major mental bozukluğun (örn. panik bozukluğu) erken başlangıçlı biçimi, prodromal belirtileri olabilir ya da major sendromun kalıntısı (rezidüel) olabilirler. Bunun yanı sıra spektrum belirtileri süreklilik gösteren eşik altı sendrom da olabilir. Bunların her biri hastalığın gidişinde önemlidir. Israrlı, erken başlangıçlı, bu subklinik belirtiler tam oluşmuş sendrom oluşturma da uyum sorunlarına yol açabilmekte ve psikopatolojilerin ortaya çıkmasıyla sonuçlanabilmektedir (2, 69). Örneğin panik atakları daha sonra depresyon, agorafobi, madde kullanımının ortaya çıkmasına temel olabilmektedir.

Bir diğer önemli nokta da spektrum fenomeni ve nörotik kişilik arasındadır. Bazı yazarlar kategorik ve çoklu temperamental boyutlarının kişilik bozuklukları tanı kategorisini oluşturmuş olabileceğini belirtmektedir. Tanımlayıcı yaklaşım yerine spektrum modeliyle yaklaşıldığında bu gibi disfonksiyonel traitlerin ve kişilik bozukluklarının bir veya daha fazla I. eksen bozukluğunun tedavi edilebilir belirtileri olduğu söylenebilmektedir. Aynı mantıkla

panik bozukluğu, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk için yeni spektrum tanımları ve görüşme ölçekleri geliştirilmiştir (3, 70, 71).

V. PANİK-AGORAFOBİ SPEKTRUMU KAVRAMI

Kısaca özetlemek gerekirse, bu günkü anlamıyla spektrum tanımı:

- 1- Ruhsal bozukluklarla ilişkili çekirdek, atipik ya da subklinik semptomları,
- 2- Çekirdek semptomlarla ilişkili olan davranış kümelerini,
- 3- Temperamental veya kişilik özelliklerini içerir.

Giriş bölümünde tanımlanan DSM-IV tanımı, bu tanımda yer almayan panik fenomenleri, ilişkili sendromlar ve kişilik özellikleri panik-agorafobi spektrumunda yer almakta ve PASÖ-YB ile taranmaktadır (2, 68, 69,71).

Panik-agorafobik spektrumunun kapsadığı psikopatolojik semptomlar sekiz değişik alanda gruplandırılarak (Tablo-3) değerlendirilmektedir (3).

Tablo-3. Panik Agorafobik Spektrum Alanları

PANİK AGORAFOBİK SPEKTRUM ALANLARI
• Seperasyon Anksiyetesi
• Panik semptomları
• Stres Duyarlılığı
• Madde ve ilaç duyarlılığı
• Beklenti anksiyetesi
• Agorafobi
• Diğer fobiler
• Güvence duyarlılığı

SEPERASYON ANKSİYETESİ

Panik bozukluğu ile seperasyon anksiyetesinin ilişkisi ve nedensellik gösteren bir bağlantısı olup olmadığı çok açık değildir. Buna rağmen klinik deneyimler bir çok agorafobik erişkinin çocukluğunda seperasyon anksiyetesi semptomlarını gösterdiğini desteklemektedir (64). Seperasyon duyarlılığı olan kişiler sıklıkla yakınlarından, sevdiklerinden ve ailesinden ayrı kalmasına yola açabilecek olaylarla ilgili endişe yaşamaktadır. Yaşadıkları anksiyete nedeniyle bu kişilerde yoğun olarak güvence arama ve korunmayı beklemektedir. Sonuçta emosyonel olarak yoğun ve bağımlı bir ilişki biçimi ortaya çıkmaktadır (72). Çocukluk döneminde seperasyon anksiyetesi olsun olmasın erişkin panik bozukluğu hastalarında seperasyon duyarlılığının yaygın olmasından dolayı seperasyon anksiyetesi semptomları panik-agorafobik spektrumun bir parçası olarak değerlendirilmektedir.

PANİK SEMPTOMLARI

Herhangi bir tetikleyici etken olmaksızın beklenmeyen ve tekrarlayıcı panik ataklarının olması DSM-IV panik bozukluğu tanısı için temel belirtidir. DSM-IV panik atağı semptomları içinde 13 somatik ve bilişsel semptomun vardır ve panik atağı tanısı almak için bu semptomlardan en az dördünün bulunması gereklidir. Panik-agorafobik spektrum içinde panik atakları alanı oluşturulurken bu 13 tipik semptom alınarak full-blown atakların da değerlendirilebilmesi hedeflenmiştir. DSM- IV’de 4’ten az sayıda semptom içeren ataklar sınırlı semptomlu ataklar olarak tanımlanmaktadır (11). Bununla birlikte daha az sayıda semptomla seyreden panik atakların da “tam ataklara” eşdeğer bir işlevsel bozulmaya yol açabildiği bilinmektedir (73). Panik-agorafobik spektrum şiddetli atakların yanısıra hastaların panik sırasında yaşadıkları eşikaltı ve atipik semptomları da kapsamaktadır. Çünkü atipik semptomların hastalarda başka fobik ve kaçınma semptomlarının oluşmasına yol açabileceği, bu semptomların gözardı edilmesinin anksiyöz, bağımlı ve avoidan kişilik gibi tanıların

konmasında/konmamasında önemli olduğu düşünülerek, atipik semptomlar da tipik semptomlarla birlikte panik-agorafobi spektrumu içinde değerlendirilmiştir (Tablo-4).

Tablo-4. Atipik panik semptomları

Atipik panik semptomları
<ul style="list-style-type: none">• Konfüzyon ya da donuklaşma hissetmek• Dezoriyantasyon hissetmek• Bacaklarının pelteştiğini ya da bir sünger üzerinde yürüdüğünü hissetmek• Bacaklarını odun gibi hissetmek• Sis, açık deniz manzarası, ya da kar manzarası gibi nedenlerle görüş bulanıklaştığında sinirlilik ya da rahatsızlık hissetmek• Havasız, sıcak, nemli ortamlarda kokular nedeniyle hatta bunlar çok güçlü olmadığında dahi sinirlilik ya da rahatsızlık hissetmek• Davranışlarının kontrolünü kaybettiğini hissetmek• Karanlık nedeniyle sinirlilik ya da rahatsızlık hissetmek• Sanki bedeninde ya da beyninde bir şeylerin bozuk olduğunu hissetmek

STRES DUYARLILIĞI

Panik hastaları arasında stresli yaşam olaylarının sık olduğu bilinmektedir (74). Yaşam problemleri, aşırı çalışma ya da günlük rutini aksatan olaylar panik atağını tetikleyebilmektedir. Bu kişiler kendilerini koruyabilmek için ailelerinin ve akrabalarının zorluklarından, olası yaşam olaylarından uzak durmaya çalışırlar. Stres duyarlılığı paradoksal

da olabilir. Yani panik semptomları gerginlik ya da stres yaratan durumdan hemen sonra görülebilir.

Bunun sonucu olarak olumsuz olaylardan, günlük rutinde değişim yapmaktan kaçınma eğilimi gelişir. Mental ve fiziksel sağlıklarıyla ilgili bir sorun oluşturabileceği düşüncesi ile ilaç kullanmaktan da kaçınabilirler. Bu özellikler genel olarak zarardan kaçınma (harm-avoidance) eğilimi olarak dikkate alınması önerilmektedir.

MADDE VE İLAÇ DUYARLILIğI

Bir çok panik hastasının çeşitli maddelere duyarlılık gösterdiği bilinmektedir. Tek doz alınmış olan bir ilaç, düşük doz antidepresan, tiroid hormonları, nasal spreyleyler, hatta bir fincan kahve bile panik atağını tetikleyebilmektedir (75). Panik-agorafobik spektrum için psikoaktif ilaç almından kaçınma ya da bu ilaçları kullanmaya karşı direncin belirleyici olabileceği düşünülmektedir. Bu hastaların çoğu yan etkilere aşırı duyarlı olduğunu düşünerek ilaç prospektüslerini dikkatle okumaktadır. Bu kısmen temeli olan fobilerin, hastanın her maddeye duyarlı olduğuna, ciddi allerjik reaksiyonlar gelişebileceğine ve kalıcı bedensel hasarlarla sonuçlanabileceğine dair inançlara kadar yaygınlaşabileceği belirtilerek mutlaka değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (2, 74).

BEKLENTİ ANKSİYETESİ

Bu alan iki alt kategoriden oluşmaktadır:

- 1-Tipik ve atipik panik semptomlarının oluşumuna odaklanan *beklenti anksiyetesi*,
- 2-Güvensizlik, güçsüzlük veya fizik ve psişik bütünlüğünü tehlike içinde hissetmeyle ilişkili olan *genel alarm durumu*.

Beklenti anksiyetesi kesinlikle panik ataklarla ilişkili olarak tanımlanmakta ve hastalar bu durumla yüzleşmekten kaçınmaktadır. Alarm durumunda ise genel olarak bir tetikte olma

hali ile fiziksel veya psişik bütünlüğünün tehlike altında olduğu duyumu mevcuttur. Alarm durumunda, endişe, panik atakların yokluğunda dahi klinik tabloya hakimdir ve çeşitli maladaptif davranışlara yol açabilmektedir.

Klinisyenlerin saptanan alarm durumunun panik agorafobik spektruma ya da beyin hasarı, madde kullanımı gibi bir nedene bağlı olup olmadığını ve yaygın anksiyeteden ayırt etmeleri gereklidir. Yazarlar yaygın anksiyeteyi altruistik ya da özveri anksiyetesi olarak tanımlarken, alarm durumunu bencil bir anksiyete olarak isimlendirmektedir (3).

AGORAFOBİ VE DİĞER FOBİLER

DSM-IV’de panik bozukluğu ve agorafobi bağımsız sendromlar olarak ele alınmakla birlikte panik bozukluğu kliniğinde fobik ve avoidan davranışlar önemli bir yer tutmaktadır. Bazı araştırmacılar fobik, kaçınma davranışlarının panik bozukluğun bir komplikasyonu olarak ortaya çıktığını kabul ederken, bazıları fobik-avoidan davranışların panik bozukluğun ortaya çıkmasında öngörücü olduğunu kabul etmektedir (33).

Kaçınma panik atak sırasında yaşanan sıkıntı ile başa çıkmayı sağlamaktadır. Panik-agorafobik spektrum içinde kaçınmanın iyi tanımlanan “tipik agorafobik durumlar” (asansör, metro, kalabalık yerler) kadar, hastalar tarafından bildirilen ancak daha az bilinen “atipik fobilerle” de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Atipik fobiler genellikle anksiyöz-nörotik kişilik özellikleri veya basit fobi olarak tanı almaktadırlar. Sonuçta panikle ilişkili olmasına rağmen yetersiz tedavi alınması ve bozulmayla sonuçlanmaktadır.

Panik hastalarında yaygın olarak görülen bir fobi de klostrifobidir. Bu hastalarda klostrifobi havayollarının tıkanabileceğini düşündüren durumlar (emniyet kemeri takmak, kravat, kolye takmak) ve hava kalitesini bozan durumlarla (nemli, sıcak hava koşulları) ilişkilidir. Hastaların ilaç kullanım yoluyla ilgili sıkıntı yaşayabilmeleri de benzer bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu kişilerde kalabalık ortamlarda nemli hava nedeniyle panik

semptomları gelişebilmekte, panik atakların tetiklenebileceği düşüncesi ile performansı etkilenmekte, sosyal ve mesleki işlevselliğini etkileyen fobik kaçınmaya yol açabilmektedir. Panik-agorafobik spektrum içinde değerlendirmeyle kolay olmamakla birlikte bu ayrımın yapılabileceği ve bunun da uygun tedavi seçimini sağlayacağı belirtilmektedir (68).

Panik bozukluğu içinde hipokondriyak düşünceler görülebilmektedir. Bu uğraşlar ciddi bir hastalığa ait olduğu düşünülen semptomlarla ilişkilidir, çarpıntının kalp krizi, baş ağrısının beyin tümörü, ılımlı bir nefes darlığının solunumsal bir hastalığı düşündürmesi gibi. Bu kişiler tıbbi yazıları okurken ya da tıbbi konularla ilişkili konuşulurken sıkıntı yaşamaktadır (76). Panikle ilişkili fobiler doğal felaketlerle ilgili olabilir (fırtına, deprem vb). Hastalar bu felaketlerin olabileceğini düşündükleri yerlerde bulunmaktan kaçınmaktadırlar.

GÜVENCE DUYARLILIĞI

Panik bozukluğu hastalarının bir çoğunda güçsüzlük, güvensizlik duygularıyla başa çıkabilmek için güvence arama davranışı görülmektedir. Bu güvenceyi sağlayan kişilerle hatta nesnelere olan bağlantı, panik bozukluğu hastalarının sıklıkla nörotik, histerik, psikopat olarak tanımlanmasına, hatta narsisistik, histriyonik kişilik bozukluğu olarak tanımlanabilmesiyle sonuçlanabilmektedir. İhtiyaçları olan bu güvenceyi alabilmek için bazı tuhaf davranışlar da geliştirebilirler. Örneğin semptomlarını abartma, dramatize etmeye eğilim, bazı manipülatif davranışlar ve amaçlarına ulaşabilmek için rol yapma gibi.

Güvence arama davranışı hekimleri özellikle ilgilendirmektedir. Gerekli olmasa da acil servise başvurma, tetkik yaptırma ve hatta bazen hekimlerle arkadaşlık ilişkisi kurarak bu güvenceyi sağlamaya çalışma görülebildiği belirtilmektedir. Yine kendilerini koruyacağına inandıkları nesnelere (bir şişe su, güneş gözlüğü, anksiyolitikler) yanlarında taşırlar (2, 3, 69).

VI. PANİK-AGORAFOBİ SPEKTRUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Spektrumun tanımlanmasından hemen sonra bu tablonun ölçümünü sağlayacak ölçeklerin geliştirilmesine başlanmıştır. Tanımlanan tüm belirtileri tarayan ve bunlara bir siddet ölçüsü veren ölçekler geliştirilmiştir.

Toplam 100 kişi ile yapılan bir çalışmada (saf panik bozukluğu n=30, saf unipolar depresyon n=20, panik bozukluğu ve komorbid unipolar depresyon n=20, yeme bozukluğu n=30) panik bozukluğu olanlarda beklendiği gibi panik-agorafobik spektrum semptomları saf depresyon ve yeme bozukluğu olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Komorbid depresyonu olanlarda ise skorlar en yüksek olup daha şiddetli bir klinik tablo göstermiştir. Panik tanısını etkileyen en belirgin etken *beklenti anksiyetesinin derecesi* olarak saptanmıştır (2).

Bu aşamadan sonra SCI-PAS (Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum) geliştirilmiştir. Bu yapılandırılmış görüşmeyle daha önce açıklanan sekiz alandaki semptomlar değerlendirilmektedir. Çok merkezli bir çalışmayla bu görüşmenin panik-agorafobik spektrum semptomlarını farklı klinik popülasyonlarda ayırdedebildiği ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Uygulayan 18 araştırmacının da spektrum kavramının klinik yararı olduğu fikrine katıldığı, hastanın psikopatolojisini anlamakta % 83 oranında bu aracın başarılı bulunduğunu bildirmişler ve yine sekiz alanın iç tutarlılığının yüksek olduğu görülmüştür (2, 3, 77).

YAŞAM BOYU -PANİK AGORAFOBİK SPEKTRUM ÖLÇEĞİ

SCI-PAS'dan sonra, Shear ve ark. (2001) tarafından, panik-agorafobi spektrumu için bir self-report sorgu formu (PAS-SR) geliştirilmiş ve bu ölçeğin geçerlik-güvenirliği araştırılmıştır (4). PAS-SR'nin self report formu 114 itemden oluşmaktadır. Panik-agorafobik spektrum tanımıyla uyumlu bir biçimde yukarıda aktardığımız sekiz alandaki spektrum semptomlarının varlığı veya yokluğu yaşam boyu değerlendirmektedir.

ALAN-1 SEPERASYON ANKSİYETESİ : Toplam 15 itemden oluşup, on soru seperasyon, beş soru da kaybetme duyarlılığını değerlendirmektedir. Çalışmada Seperasyon Anksiyetesi Ölçeği (65), Erişkin Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu Anketi(66), kullanılarak örtüşme geçerliliği değerlendirilmiştir.

ALAN-2 PANİK SEMPTOMLARI : Toplam 27 itemden oluşmaktadır, 14 itemi tipik, 13 itemi ise atipik panik semptomlarını değerlendirmektedir. Beck Anksiyete ölçeği (86) ve Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (83) ile örtüşme geçerliliği gösterilmiştir.

ALAN-3 STRES DUYARLILIĞI: İki itemden oluşmaktadır.

ALAN-4 İLAÇ VE MADDE DUYARLILIĞI: Toplam 9 itemden oluşmaktadır. Dört itemi madde duyarlılığını, 5 itemi ilaç fobisini değerlendirmektedir.

ALAN-5 BEKLENTİ ANKSİYETESİ: Toplam 5 itemden oluşmaktadır. İki itemi beklenti anksiyetesini, 3 itemi de alarm durumunu değerlendirmektedir. Çalışmamızda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (88) ile korelasyonu araştırılmıştır.

ALAN-6 AGORAFOBİ: Toplam 25 itemden oluşmaktadır; 12 itemi tipik, 13 itemi atipik agorafobik semptomları değerlendirmektedir. Örtüşme geçerliliği Kısa Korku Anketi ile gösterilmiştir (91)

ALAN-7 HASTALIK FOBİSİ: Beş itemden oluşmaktadır.

ALAN-8 GÜVENCE ARAMA: Yardım arama konusunda 8 item, kontrfobik durumlar için 15 item ve dramatizasyona yönelik 3 itemden oluşmaktadır.

Shear ve ark (2001) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında: hasta grubu olarak panik bozukluğu, major depresyon ve obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler ve sağlıklı kontroller değerlendirilmiştir (4). Bu çalışmada yaşam boyu panik-agorafobik spektrum ölçeğinin (PASÖ-YB) iyi yapılandırılmış, geçerlik-güvenirliğinin yüksek olduğu görülmüştür. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının sonucunda PASÖ-YB skorlarının

panik bozukluğu olanlarda, diğer hasta gruplarının ve kontrol grubundan daha yüksek olduğu gösterilmiştir. PASÖ-YB alt alanları ile toplam skor korelasyon göstermiştir (4).

Ölçeğin semptomları ve davranışsal traitleri ayrıntılı değerlendirmeye olanak tanınmasıyla klinik, genetik araştırmalar için uygun olabileceği, birinci basamak sağlık hizmetleri, panik bozukluğu dışındaki hastalarda eş zamanlı spektrum semptomlarının değerlendirilmesinde de kullanılabileceği önerilmiştir (4, 77).

VII. GEREÇ VE YÖNTEM

Geçerlik-güvenirlik çalışması 2001 yılında yayınlanan **Lifetime Panic Agoraphobic Sprectrum Scale** adlı ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasına başlanmasından önce yazardan (M.K. Shear) yazılı onay alındı (Ek-1).

PAS-SR hastanemizde çalışan deneyimli ve iyi derecede İngilizce bilen iki öğretim üyesi tarafından Türkçe'ye “Yaşam boyu Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği (PASÖ-YB)” ismi ile çevrildi. Türkçe'ye çevrili metin bir başka kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildi. Özgün ölçek, geri çeviri ile karşılaştırıldı. Uyuşumsuz ya da anlamı tam olarak yansıtmadığı düşünülen ifadeler tek tek gözden geçirildi. Ölçeğin Türkçe son biçimi oluşturuldu. Ölçeğin son versiyonunda 8 alanda toplam 114 soru bulunmaktadır (Ek-2).

Çalışmaya katılan hasta grubu Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Temmuz 2001-Şubat 2002 tarihlerinde başvuran kişiler arasından oluşturuldu. Sağlıklılarından oluşan kontrol grubu ise çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kişiler arasından oluşturuldu. Başvuru sırasında hastalık tanıları deneyimli psikiyatristler tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre kondu. İlk değerlendiren hekimler tarafından çalışmanın içeriği hastalara açıklandı. Katılmayı kabul eden hastalar araştırmayı yürüten hekime yönlendirildi. Çalışma için gönderilen hastalara “DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme” (SCID-I) ile (78) ikinci bir değerlendirme yapıldı. Bu aşamada tanısı doğrulanan

hastalar ve tüm sağlıklı gönüllülerden yazılı onay alındı. Dolayısıyla SCID-I'e göre panik bozukluğu agorafobi ile birlikte, panik bozukluğu agorafobi olmaksızın, obsesif-kompulsif bozukluk ve major depresif bozukluk tanıları alan hastalar çalışmaya alındı. Çalışmada kullanılan dışlanma ölçütleri:

- Önceki üç ay içinde psikoaktif madde kötüye kullanımının olması,
- Şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer psikotik durumların varlığı,
- Görüşmeyi etkileyecek düzeyde ciddi kişilik bozukluğunun bulunması,
- Mental retardasyonun olması ,
- Ağır fiziksel hastalığın bulunması (KOA, kalp hastalığı vb),
- Nörolojik hastalığın bulunması (epilepsi, SVO, demans vb),
- 65 yaş üzerinde olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülerle de SCID-I görüşmesi yapılarak herhangi bir psikiyatrik tanı almadıkları görüldü. Çalışmada hasta grubu ve kontrol grubu olmak üzere toplam 196 kişiye ait bulgular değerlendirilmiştir. Gruplar şöyle oluştu:

Hasta grubu: Agorafobili (n=71) ve agorafobisiz (n=11) panik bozukluğu,

Kontrol grubu: Obsesif kompulsif bozukluk (n=24), major depresif bozukluk (n=23) ve sağlıklı kontroller (n=67).

Çalışma da kullanılmak üzere bir demografik veri formu oluşturuldu. Her katılımcı için bir set hazırlandı. Bu set içinde demografik veri formu yanında hekimin değerlendireceği Panik Bozukluğu Şiddeti ölçeği (PBŞÖ), SCID-I görüşmesi tanı formu ve hastaların yanıtlayacağı Yaşamboyu Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği (PASÖ-YB), Panik Agorafobi Ölçeği Hasta Formu (PAÖ-H), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ), Marks-Mathers Korku Anketi (MMKA), Erişkin Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu Anketi (ESABA), Seperasyon Anksiyetesi Semptom Ölçeği (SAÖ) bulunmaktaydı.

Hastalara verilecek olan ölçekler rasgele sırayla yerleştirilerek hastanın etkilenmesi azaltılmaya çalışıldı.

KULLANILAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

DSM-IV'e göre I. Eksen bozukluğunun varlığı veya yokluğunun belirlenmesi için SCID yapılandırılmış klinik görüşmesi uygulandı. PASÖ-YB ölçeğinin alanlarının örtüşme ve ayırtedici geçerliliğinin gösterilebilmesi amacıyla toplam yedi ayrı ölçek uygulandı. Panik bozukluğu şiddeti ölçeği dışında tüm ölçekler öz bildirim olarak uygulandı.

1) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): SCID-I, major DSM-IV (11) eksen I tanılarının konması için geliştirmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. DSM-IV için SCID-I'in Türkiye'de uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (78, 79).

2) Yaşam Boyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB): Shear ve Cassano (2001), tarafından geliştirilmiştir. Yüzondört itemden oluşmakta ve 8 alanda yaşam boyu panik agorafobik semptomların varlığı ya da yokluğunu değerlendirmektedir: 1-Seperasyon duyarlılığı, 2-Tipik ve atipik panik benzeri semptomlar, 3-Stres duyarlılığı, 4-İlaç ve madde duyarlılığı, 5-Beklenti anksiyeyesi, 6-Tipik ve atipik agorafobi semptomları, 7-Hastalık duyarlılığı ve hipokondriazis, 8-Güvence arama. Klinik görüşme ve öz bildirim olmak üzere iki formu vardır. Yurt dışında her iki formunun da geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve yayınlanmıştır (4, 77).

3) Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ): Bandelow (1995) tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik-güvenilirlik çalışması ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır (80, 81). Ölçeğin aynı sorulardan oluşan hasta formu ve gözlemci formu vardır. Bir hastanın değerlendirilmesinde hasta formu ve/veya gözlemci formu kullanılabilir. Çalışmamızda hasta formu kullanılmıştır. Beş ana başlık altındaki toplam 13 soru, beşli Likert

ölçeği biçiminde yanıtlanmaktadır. Bu araç, daha çok hastalığın şiddetine yönelik bir ölçüm vermektedir (80, 81). Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır (82).

4) Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBSÖ): Shear (1997), tarafından geliştirilmiştir ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır (83). Bu ölçek 7 itemden oluşmaktadır. Panik bozukluğun şiddetini, panik atak sıklığını, sınırlı semptomlu epizodları, beklenti anksiyetesinin şiddetini, fobik kaçınmayı ve işlevsel bozulmayı ölçmektedir. Bizim çalışmamızda panik bozukluğu DSM-IV ölçütleri (PASÖ-YB Alan-II atipik panik semptomları) ile örtüşme geçerliliğinin değerlendirilmesi ve panik-agorafobi spektrum toplam puanı ve panik bozukluğu arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (83-85).

5) Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Beck (1988) tarafından geliştirilen ve somatik semptomlar başta olmak üzere, anksiyete semptomlarının şiddetini değerlendiren bir ölçektir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır (86). Çalışmada tipik panik semptomlarının (PASÖ-YB alan-II) örtüşme geçerliliğinin değerlendirilmesi için kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (87).

6) Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ): Beden duyularını ile ilgili korkuyu değerlendiren bu ölçek, Reiss ve ark (1986), tarafından geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır (88). DSM-IV panik bozukluğu ölçütlerini karşılayan hastalar arasında anksiyete duyarlılığının artmış olduğu gösterilmiştir (89). Beklenti anksiyetesini ölçen alanla (PASÖ-YB, alan-V) korelasyon göstereceği beklenmektedir (90).

7) Marks-Mathers Kısa Korku Anketi (MMKA): Fobik Durumları değerlendiren bu ölçek Marks ve Mathers (1979) tarafından geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır (91). Tipik agorafobiyi değerlendiren alanın (PASÖ-YB, alan-VI) örtüşme geçerliliğinin saptanması amacıyla uygulanmıştır.

8) Seperasyon Anksiyetesi Semptom Ölçeği (SAÖ): Çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi semptomlarını değerlendirir. Silove ve ark (1993) tarafından geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır (65). Seperasyon duyarlılığına uygun bir araç olan SAÖ, (PAS-YB alan-I'in) örtüşme-ayırddedici geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

9) Erişkin Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu Anketi (ESABA): Yakın zamanda erişkinlik dönemi seperasyon anksiyetesi semptomlarının varlığını ve şiddetini değerlendirmek üzere geliştirmiştir. Seperasyon duyarlılığı ile (PASÖ-YB, Alan-I) örtüşme-ayırddedici geçerliliğini saptamak amacıyla kullanılmıştır (66).

Bu son iki ölçeğin elde edilmesinde gecikmeler olmasından dolayı 82 panik hastasından 67'sine, 114 kontrol grubu deneğinden ancak 104'üne uygulanabilmiştir. Bu nedenle tablolardaki N'ler değişiklik gösterebilmektedir.

Her iki grupta çalışmaya katılan ve yeniden değerlendirilmeyi (retest) kabul eden ve 7-30 gün içinde retest randevusuna gelen kişilerle ikinci kez görüşülerek tüm ölçekleri aynı biçimde tekrar yanıtlamaları istendi. Toplam 92 kişi ölçekleri yeniden yanıtladı.

Elde edilen veriler *SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programı* kullanılarak veri sınıflarına uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi.

VIII. BULGULAR

Çalışma grubu toplam 196 kişiden oluşmaktadır. Hasta grubu Panik bozukluğu agorafobi ile birlikte (n= 71, % 36.2) ve panik bozukluğu agorafobi olmaksızın (n= 11, % 5.6) olmak üzere toplam 82 kişiden ve kontrol grubu ise obsesif-kompulsif bozukluk (n= 24, % 12.2), major depresif bozukluk (n= 23, % 11.7) ve sağlıklı kontrol (n= 67, % 34.2) olmak üzere toplam 114 kişiden oluşmaktadır.

Sosyodemografik bulgular Tablo-5’de verilmiştir.

Gruplar tek tek ele alındığında major depresyon grubunda kadın/erkek oranının beklenenden daha açık olduğu görülmekteydi. Yine obsesif-kompulsif bozukluk grubunun yaş ortalamasının (ort.= 31.16 ± 9.67) agorafobili (ort.= 37.25 ± 10.02, t=2.64, df= 40.9, p= 0.012) ve agorafobisiz (ort= 37.17 ± 10.31, istatistiksel olarak anlamsız) panik bozukluğu gruplarına göre daha düşük olduğu göze çarpmaktaydı.

Tüm olgular (n=196) panik bozukluğu (n= 82) ve kontrol grubu (n=114) olarak ayrıldığında grupların yaş ortalamalarının arasında fark yok iken, eğitim düzeyleri arasında küçük ama anlamlı bir istatistiksel farklılık saptanmıştır (panik grubu ortalaması = 11.57 ±3.33 yıl, kontrol grubu ortalaması = 10.38 ± 4.02 yıl, F= 7.35, p <0.007) (Tablo-6). Panik bozukluğu olanlar ve kontrol grubu arasında medeni durum (Fisher exact test, df =2, p=0,24) ve cinsiyet dağılımı (Fisher exact test, df=1, p=0,285) için istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo-5).

Hastalar ve hasta/sağlıklı kontrol gruplarının ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları Tablo-7’de sunulmuştur.

TABLO-5: Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri (SS=standard sapma)

	Panik Bozukluğu Agorafobili	Panik Bozukluğu Agorafobisiz	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Major Depresif Bozukluk	Sağlıklı
	N= 71	N= 11	N= 24	N= 23	N= 67
Cinsiyet					
Erkek	28 % 39,4	4 % 36,4	6 % 25	3 % 13	26 % 38,8
Kadın	43 % 60,6	7 % 63,6	18 % 75	20 % 87	41 % 61,2
Medeni Durum					
Bekar	18 % 25,4	4 % 36,4	11 % 45,8	9 % 39,1	31 % 46,3
Evli	50 % 70,4	7 % 63,6	12 % 50,0	11 % 47,8	34 % 50,7
Diğer	3 % 4,2		1 % 4,2	3 % 13,0	1 % 1,5
Yaş	37,25	37,18	31,16	34,60	35,29
ss	10,02	10,31	9,67	11,78	11,06
Eğitim süresi	11,60	11,36	10,37	10,52	10,34
ss	3,39	3,32	3,72	4,09	3,79

Tablo-6 : Eğitim süresi (yıl) ve yaş ortalamaları

	N	Ortalama	Standart sapma	F	p
Yaş					
Panik Bozukluğu	82	37,24	9,99		
Kontrol	114	34,28	10,96	1,22	0,271
Eğitim süresi (yıl)					
Panik Bozukluğu	82	11,57	3,33		
Kontrol	114	10,38	4,02	7,35	0,007

Agorafobili ya da agorafobisiz panik hastaları tüm ölçeklerde en yüksek skorları elde etmişlerdir. Çalışma aracı olan PASÖ-YB’de en yüksek puanlar agorafobili panik bozukluğu hastalarında elde edilmiştir.

Tablo-7: Tüm çalışma gruplarının ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları.

	BAE	ADI	MMKA	SAÖ	ESABA	PBŞÖ	PAÖ	PASÖ-YB
Çalışma Grubu								
Panik Bzk Agorafobili	22.97	33.35	77.07	14.48	35.05	13.95	21.60	64.52
n	71	71	70	60	60	71	71	70
ss	16.63	13.23	31.59	8.69	14.10	6.98	13.23	13.84
Panik Bzk Agorafobisiz	23.36	29.18	59.63	13.0	31.28	8.81	12.81	53.0
n	11	11	11	7	7	11	11	11
ss	9.33	10.25	27.72	8.69	14.98	5.19	7.13	16.48
OKB	14.91	25.12	60.45	12.61	27.33	.166	2.83	40.12
n	24	24	24	18	18	24	24	24
ss	10.68	14.34	32.90	7.32	14.61	.38	2.66	18.05
Major Depresyon	20.34	28.86	62.13	13.57	31.1	.173	5.39	39.63
n	23	23	23	19	19	23	23	22
ss	10.59	14.56	28.43	5.49	16.36	.491	8.39	18.43
Sağlıklı Kontrol	6.48	16.02	38.56	8.29	16.01	.129	1.33	19.95
n	66	67	62	67	67	62	62	66
ss	7.24	9.78	24.53	5.55	11.48	.424	1.92	13.68
Toplam n	195	196	190	171	171	191	196	193

* **OKB**;Obsesif kompulsif bozukluk, **BAE**; Beck Anksiyete Envanteri, **ADI**;Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, **MMKA**; Marks-Mathers Korku Anketi, **SAÖ**; Seperasyon Anksiyetesi Ölçeği, **ESABA**; Erişkin Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu Anketi, **PBŞÖ**; Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, **PAÖ**; Panik Agorafobi Ölçeği, **PASÖ-YB**; Yaşam Boyu- Panik Agorafobi Spektrumu Ölçeği

GÜVENİRLİK

Bir aracın değişik zaman ya da kişilerce kullanıldığında tutarlı sonuçlar verebilme kapasitesini ifade eder. Gözlemciler ve gözlemler arasındaki uyum ile değerlendirilir. Bu çalışmada PASÖ-YB'nin güvenilirliği değerlendirmek amacıyla iç tutarlılık göstergesi olan Cronbach α , test–retest ve madde–toplam puan korelasyonu (Pearson momentler çarpımı) değerlendirildi.

A- İç tutarlılık (Cronbach Alfa)

Sekiz alanın birbirleri ile korelasyonları, ölçeğin güvenilirlik katsayısı ve o alan çıkarılırsa söz konusu katsayının ne olacağı Tablo-8'de gösterilmiştir. PASÖ-YB'nin Cronbach alfa değeri 0.82 olarak saptanmıştır. Ölçeğin itemleri arasındaki iç tutarlılığı yüksektir. Stres duyarlılığı hariç herhangi bir alanın çıkarılması Cronbach Alfa'yı küçültmektedir.

Tablo-8: Korelasyon alanları ile / total skorlar

	Düzeltilmiş Alan / toplam korelasyon	Eğer alan çıkarılırsa Alfa
Alan 1		
Seperasyon Duyarlılığı	0,67	0,79
Alan 2		
Panik semptomları	0,77	0,81
Alan 3		
Stres duyarlılığı	0,46	0,82
Alan 4		
Madde ve ilaç duyarlılığı	0,62	0,80
Alan 5		
Beklenti anksiyetesi	0,71	0,80
Alan 6		
Agorafobi	0,75	0,76
Alan 7		
Hastalık fobisi	0,64	0,81
Alan 8		
Güvence arama	0,75	0,76

B- Test-retest güvenilirliği

İki ayrı zamanda aynı deneğin değerlendirilmesinde PASÖ-YB'nin ne kadar tutarlı olduğunu, yani zaman içinde PASÖ-YB'nin tekrarlanabilirliğinin bir indeksini anlamak için hastalar 15-30 gün sonra ikinci kez ölçekleri doldurmuşlardır. Tablo-9'da söz konusu iki limde elde edilen verilerin Pearson korelasyon katsayıları sunulmuştur.

PASÖ-YB'nin test-retest korelasyonu 0.88 olup, öz bildirim nitelikli ve çok sayıda soru (114 soru) içeren bir ölçek için oldukça yüksek bir korelasyon gösterdiği söylenebilir.

PASÖ-YB alanlarının test-retest korelasyonları 0.57 ile 0.86 arasında değiştikleri saptanmıştır. Orta derecede bir güvenirliğe sahip olduğu anlaşılan stres duyarlılığı alanı dışında tüm alanlarda korelasyonların yüksek olduğu görülmektedir.

C-Madde toplam puan korelasyonu

Yaşam Boyu Panik Agorafobi Spektrum leğininin alt alanlarının toplam puanla çok iyi derecede korelasyon gösterdiği saptandı. En yüksek korelasyonları, tipik ve atipik panik semptomlarını değerlendiren "Alan-2 / panik semptomları" ($r= 0,908$), tipik ve atipik agorafobiyi değerlendiren "Alan-6 / Agorafobi" ($r= 0,856$) ve yardım arama, kontrfobik davranışları ve dramatizasyonu değerlendiren "Alan-8 / Güvence arama" ($r= 0,835$) alanları göstermiştir.

En düşük korelasyon ise "Alan-3 / Stres duyarlılığı" ($r= 0,493$) arasında olduğu görüldü (Tablo-10).

Alanların alt başlıklarına bakıldığında stres duyarlılığı iteminin panik ve agorafobi hariç diğer alt başlıklarla oldukça anlamlı olsa bile oldukça düşük korelasyonlar ($r= 0.145-0.413$) gösterdiği, keza dramatizasyon alt alanının da benzer Şekilde düşük korelasyonlar gösterdiği ($r= 0.112-0.442$) gözlemlenmiştir.

TABLO-9: Test-retest korelasyon matrisi. Tüm korelasyonlar için $p < 0.001$

	Sep anks d	Panik semp	Madde- ilaç d	Beklenti anks	Hast. fobisi	Stres d	Agora- fobi	Güvence arama	Genel Toplam
Tekrar test Seperasyon Anksiyetesi d Pearson corr	.747	.644	.401	.637	.580	.276	.509	.561	.700
Tekrar test Panik semptomları Pearson corr	.614	.786	.511	.713	.507	.360	.555	.607	.767
Tekrar test Madde-ilaç duyarlılığı Pearson corr	.382	.464	.714	.463	.428	.253	.547	.495	.583
Tekrar test Beklenti anksiyetesi Pearson corr	.636	.733	.482	.826	.555	.462	.663	.604	.789
Tekrar test Hast fobisi Pearson corr	.491	.516	.352	.501	.696	.260	.495	.491	.594
Tekrar test Stres duyarlılığı Pearson cor	.383	.488	.419	.522	.337	.571	.474	.590	.577
Tekrar test Agorafobi Pearson cor	.610	.674	.560	.627	.579	.333	.865	.635	.809
Tekrar test Güvence arama Pearson cor	.633	.611	.591	.603	.558	.351	.673	.835	.782
Tekrar test Genel Toplam Pearson cor	.721	.796	.622	.764	.646	.409	.752	.751	.886

Tablo-10: Yaşam Boyu Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği alanları ile PASÖ-YB toplam puanları arasındaki Pearson Korelasyon katsayıları matrisi (Tüm değerler = $p < 0,001$, $n = 196$).

	Sep T	Pan T	Ma-İ T	Bek T	Hast T	Str T	Ag T	Güv T	Genel T
Seperasyon anksiyetesi Toplam Pearson corr Sig (2-tailed)	1,000 .								
Panik semptomları Toplam Pearson corr Sig (2-tailed)	,596 ,000	1,000 .							
Madde-ilaç duyarlılığı Toplam Pearson corr Sig (2-tailed)	,435 ,000	,504 ,000	1.000 .						
Beklenti anksiyetesi Toplam Pearson corr Sig (2-tailed)	,504 ,000	,682 ,000	,528 0,000	1,000 .					
Hastalık fobisi Toplam Pearson corr Sig (2-tailed)	,441 ,000	,559 ,000	,470 ,000	,540 ,000	1,000 .				
Stres duyarlılığı Toplam Pearson cor Sig (2-tailed)	,304 ,000	,466 ,000	,272 ,000	,438 ,000	,259 ,000	1,000 .			
Agorafobi Toplam Pearson cor Sig (2-tailed)	,586 ,000	,652 ,000	,599 ,000	,583 ,000	,595 ,000	,345 ,000	1,000 .		
Güvence arama Toplam Pearson cor Sig (2-tailed)	,601 ,000	,662 ,000	,553 ,000	,550 ,000	,552 ,000	,417 ,000	,662 ,000	1.000 .	
Genel Toplam Pearson cor Sig (2-tailed)	,745 ,000	,908 ,000	,672 ,000	,761 ,000	,692 ,000	,493 ,000	,856 ,000	,835 ,000	1.000 .

GEÇERLİK

Bir ölçeğin ölçmek istediği şeyi gerçekten ölçüp ölçmediğini gösteren ve ölçeği başka standartlarla karşılaştıran değerlendirmelerdir.

A- Örtüşme Ve Ayırdedici Geçerlik:

Güvenilir olduğu gösterilen araçlarda geçerlik de gösterilmelidir. Spektrum alt alanları ile benzer durumları değerlendiren diğer ölçekler arasındaki ilişki için Pearson korelasyonları belirlenerek PASÖ-YB'deki tüm alanların örtüşme geçerliği değerlendirildi (Tablo-11).

En yüksek korelasyon tipik ve atipik panik semptomlarını değerlendiren “alan-2 / panik semptomları” ile “Panik Agorafobi Ölçeği” arasında ($r= 0,635$) olduğu, bunu da ADİ ($r= 0,651$) ve PBŞÖ ($r=0,587$)'nin izlediği görüldü.

Çalışmamızda panik-agorafobik-spektrum semptomlarını ölçen ilgili PASÖ-YB alanları ile anlamlı korelasyon göstermesi beklenen ADİ, PAÖ ve PBŞÖ özellikle panik bozukluğu ölçütleriyle ilişkili olan “Alan-2 / Panik semptomları” (ADİ= 0,651, PAÖ= 0,635 ve PBŞÖ= 0,587), “Alan-5 / beklenti anksiyetesi” (ADİ= 0,647, PAÖ= 0,485, PBŞÖ= 0,478), Alan-6 / Agorafobi (ADİ= 529, PAÖ= 0,540, PBŞÖ= 0,494) ve de “Alan-8 / Güvence arama” (ADİ= 0,567, PAÖ= 0,594, PBŞÖ= 0,623) ile görece yüksek korelasyonlar göstermiştir (Tablo-11).

“Alan-3 / stres duyarlılığı” korelasyonlarının tümü 0,40'ın altında kalarak (0.273-0.369), bazı güvenilirlik değerlendirmelerinde olduğu gibi “zayıf” bir ilişki sergilemiştir. Bu, stres duyarlılığını gösteren üçüncü alan dışında PASÖ-YB'nin tüm alanları beklenen korelasyonları büyük ölçüde göstermişlerdir. Korelasyon katsayıları orta- iyi (0.41-0.74 = fair-good) olarak belirmiştir. Analizlerimiz alanların örtüşme geçerlikleri olduğunu

desteklemiştir. Ayrıca en yüksek korelasyonlar dikkat çekici bir biçimde PASÖ-YB toplam puanı ile diğer ölçekler arasında gerçekleşmiştir.

Tablo-11: Tüm çalışma örnekleminde (n=196), PASÖ-YB alanlarının örtüşme geçerliği. Tabloda yer alan tüm korelasyonlar için $p < 0,005$ düzeyinde anlamlıdır.

	ESABA	SAÖ	BAE	ADİ	PAÖ	PBŞÖ	MMKA
Alan 1 Seperasyon anksiytesi duyarlılığı	0,635	0,507	0,473	0,591	0,488	0,425	0,577
Alan 2 Panik semptomları	0,623	0,488	0,608	0,651	0,635	0,587	0,519
Alan 3 Stres duyarlılığı	0,273	0,288	0,315	0,369	0,291	0,317	0,284
Alan 4 Madde/ilâç duyarlılığı	0,449	0,333	0,337	0,469	0,433	0,435	0,382
Alan 5 Beklenti anksiytesi	0,490	0,388	0,451	0,647	0,485	0,478	0,471
Alan 6 Agorafobi	0,578	0,423	0,440	0,529	0,540	0,494	0,597
Alan 7 Hastalık fobisi	0,539	0,412	0,377	0,525	0,511	0,477	0,508
Alan 8 Güvence arama	0,597	0,381	0,447	0,557	0,594	0,623	0,536
Toplam	0,702	0,520	0,594	0,708	0,680	0,646	0,642

* **ESABA;** Erişkin Seperasyon Anksiytesi Bozukluğu Anketi, **SAÖ;** Seperasyon Anksiytesi Ölçeği, **BAE;** Beck Anksiyete Envanteri, **ADİ;** Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, **PAÖ;** Panik Agorafobi Ölçeği, **PBŞÖ;** Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, **MMKA;** Marks-Mathers Korku Anketi

B- Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Bu geçerlik türü PASÖ-YB'nin toplam puanlarını bir dış ölçüt ile (DSM-IV panik bozukluğunun varlığı) karşılaştırarak tanısız ayırmediciliğini belirlemeye yarar. Ölçeğin *duyarlık* (doğru olguları saptama becerisi) ve *özgüllüğü* (olgu olmayan denekleri doğru olarak saptama becerisi) saptanarak bunların grafiksel kesişme noktaları belirlenir. Bu amaçla Receiver Operating Characteristics (ROC) analizi uygulanmıştır (Şekil-2). Çalışma grubundaki panik bozukluğu agorafobi ile birlikte (n= 71), agorafobisiz panik bozukluğu (n= 11), OKB (n= 24), major depresif bozukluk (n= 23) ve sağlıklı kontrol (n= 67) olmak üzere toplam 196 kişi analiz edildi. Eğrinin altındaki alan 0.915 (S.E.=0.005, Güven Aralığı: 0.906-0.924) olup, olguları kategorik olarak doğru yerleştirmenin kesme noktası olarak 46 saptanmıştır. Bu noktanın (46 ve üzeri) duyarlılığı % 91, özgüllüğü % 80 olup, pozitif prediktif değeri % 85'tir (Şekil-2).

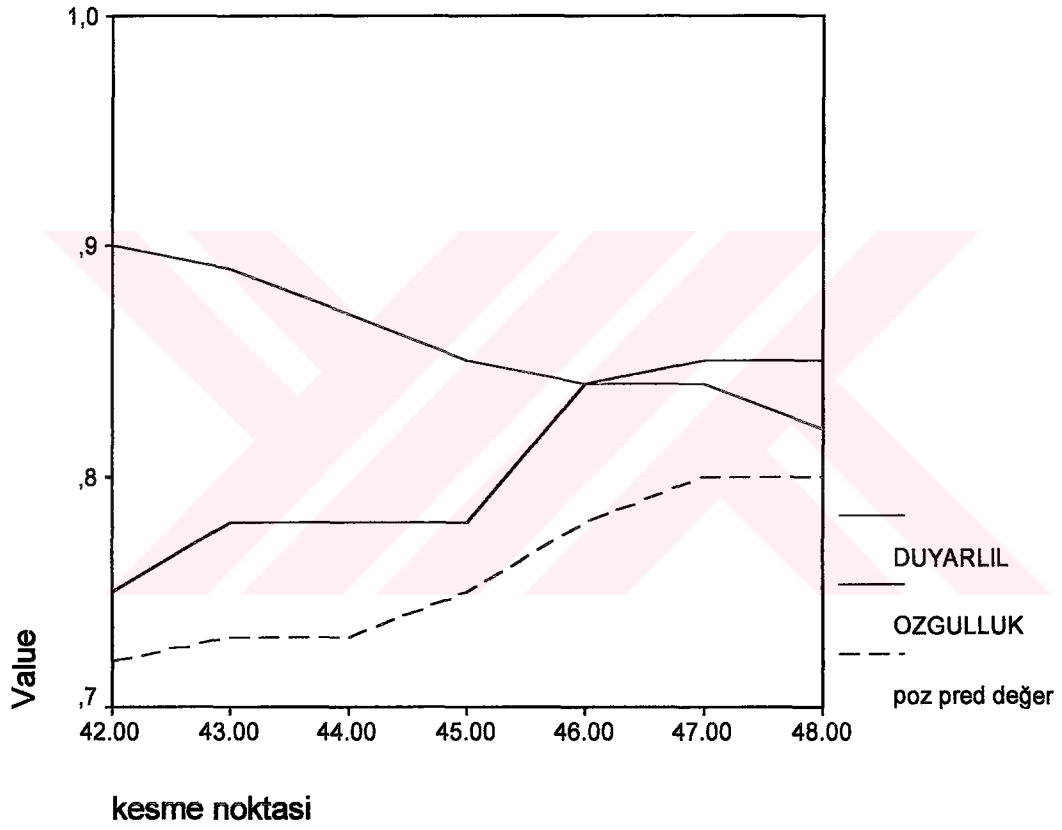
C- Panik bozukluğu ile Panik-Agorafobik Spektrum ilişkisi

PASÖ-YB elde edilen skorları DSM-IV panik bozukluğu olanlar ve olmayanlarda karşılaştırarak, PASÖ-YB -dolayısıyla "panik-agorafobi spektrum kavramı"- ile panik bozukluğu ilişkisini ANOVA ile araştırmayı amaçladık. Ortalama PASÖ-YB skorları panik bozukluğu olanlarda (PB+ = 66,33 ±14,13), panik bozukluğu olmayan (OKB, M. Depresyon) hastalara (PB - = 47.86 ± 16.55) ve sağlıklı kontrollere göre (NK = 29.19 ± 14.87) anlamlı olarak daha yüksekti. Sonuçlar PASÖ-YB'nin alanlarına göre düzenlenerek Tablo-12'de verilmiştir.

Post-hoc, pair-wise karşılaştırmalarda hasta grupları hem kontroller ile, hem de kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermekteydiler (Tablo-12).

Tüm alanlardaki skorlar PB+ grupta PB- gruba göre anlamlı olarak daha yüksek idi.

Şekil-2: Receiver Operating Characteristics (ROC) analizi sonucunda elde edilen duyarlık ve özgüllük kesişme noktası grafiği.



Tablo-12: Üç denek grubunda PASÖ-YB alanları skorlarının varyans analizi. Anlamli bulunan post-hoc karşılastırmalar tabloda gösterilmiştir.

	Panik Bozukluğu Olanlar N= 82	Panik Bozukluğu Olmayanlar N= 47	Normal Kontrol N =67	F	Anlamli Post-Hoc karşılastırmalar (Bonferroni) tümü için p <0.001
Alan 1 Seperasyon anksiyetesi duyarlılığı	8,15 ± 2,66	7,07 ± 2,93	5,48 ± 3,32	10,96	PB+ PB- > NK PB+ > PB-
Alan 2 Panik semptomları	21,89 ± 5,1	15,72 ± 7.25	7,74 ± 5,82	31,90	PB+, PB- > NK PB+ > PB-
Alan 3 Stres duyarlılığı	1,52 ± 0,53	1,29 ± 0,57	1,15 ± 0,79	8,88	PB+, PB- > NK PB+ > PB-
Alan 4 Madde/ilacı duyarlılığı	3,61 ± 1,83	2,74 ± 1,80	1,72 ± 2,44	21,04	PB+, PB- > NK PB+ > PB-
Alan 5 Beklenti anksiyetesi	3,88 ± 1,23	3,10 ± 1,45	1,72 ± 2,44	53,51	PB+, PB- > NK PB+ > PB-
Alan 6 Agorafobi	12,76 ± 5,27	9,43 ± 4,98	5,28 ± 3,31	9,24	PB+, PB- > NK PB+ > PB-
Alan 7 Hastalık fobisi	3,62 ± 1,35	2,59 ± 1,79	1,73 ± 1,33	4,17	PB+, PB- > NK PB+ > PB-
Alan 8 Güvence arama	10,69 ± 3,70	5,88 ± 3,62	4,55 ± 3,83	286,3	PB+, PB- > NK PB+ > PB-
114 item Toplamı	66,33 ±14,13	47,86 ± 16,55	29,19 ±14,87	0,006	PB+, PB- > NK PB+ > PB-

* **PB+** = Panik Bozukluğu, **PB -** = non panik bozukluğu hastalar, **NK** = Normal kontrollörler.

IX. TARTIŞMA

Bu çalışmada tarafımızdan Türkçe'ye çevirilen Yaşam Boyu Panik-Agorafobik Spektrum Ölçeği'nin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Bu ölçek sayesinde yalnızca panik hastaları değil, tanısız eşik altında kalan dolayısıyla sınıflandırmalarda tanımlanmamış olan bazı semptomlar nedeniyle yaşam kaliteleri bozulan bir "ara" hasta grubu saptanabilecek ve tedavi edilebilecektir.

Çalışma benzerlerine kıyasla oldukça geniş bir hasta ve sağlıklı "gönüllü" grubunda (n=196, panik bozukluğu=82 ve kontrol grubu=114) yapılmıştır. Gruplar arasında bulgularda belirtilen bazı demografik veri (yaş, eğitim düzeyi) farklılıkları olmuştur. Çalışma tasarımı açısından önemsiz olan bu farklılıkların başvuru örnekleminin doğasını yansıttığı, olgu sevki ve yazılı onam verme dışındaki etkenlerce oluşturulmadığı görüşündeyiz.

PASÖ-YB için birden çok güvenilirlik ölçümü uygulanmıştır.

PASÖ-YB içerdiği sekiz alan ve bunlara ait 13 alt alan ile aslında "alt ölçekleri" olan bir ölçek yapısındadır. Alt alanlar yerine göre 2-27 sorudan oluşan ve kendi içinde bir bütünlük göstermesi beklenen soru grupları olup, PASÖ-YB'nin omurgasını oluşturmaktadırlar. Bu sekiz alanın birbiri ile korelasyonları bir alfa modeli ile değerlendirilmiş ve böylece söz konusu ölçeğin güvenilirlik katsayısı elde edilmiştir.

PASÖ-YB'nin Cronbach alfa değeri 0.82 olarak saptanmıştır. Bu oldukça yüksek bir korelasyon olup, çok iyi bir iç tutarlılık göstergesi olarak kabul edilebilir. Yani, her alanın kendi içinde ve ölçek bütünü içinde uyumlu ve birbirlerini tamamlar nitelikte olduğunu göstermektedir (Tablo-8). Aynı ölçümü sekiz alana ait alt alanlar için yaptığımızda da çok benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Stres duyarlılığı hariç herhangi bir alanın çıkarılması Cronbach Alfa'yı küçültmektedir. Yani ölçeğin bütünlüğü etkilenmekte ve güvenilirliği azalmaktadır. Ya da

başka deyişle stres duyarlılığı ölçekten çıkartılırsa güvenilirlik katsayısı değişmemektedir. Bu bulguya dayanarak bu alan ölçekten çıkartılmalı mı?

PASÖ-YB'nin hekim tarafından uygulanan bir versiyonunun (SCI-PAS: Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum) güvenilirlik-geçerlik çalışmasında da, stres duyarlılığı alanı için bizim bulgularımızla paralel bir şekilde, "alan-3 stres duyarlılığı" çıkarıldığında, Chronbach alfanın bir miktar yükseldiğı görülmüştür (4). Yazarlar, yalnızca iki soruluk bir alanın instabil olabileceğı ve soruların daha çok var/yok biçimde yanıtlanması gibi ek zayıflıklara karşılık, bu alanın yüksek geçerliğı ve bazı çalışmalarda yüksek yordayıcı değeri olduğunu öne sürerek ölçekten çıkarmamışlardır.

Biz de stres duyarlılığının bazı hastalarda belirgin olabileceğı ve bazan da aynı hastada bir zamandan diğere göre görülebileceğı / kaybolabileceğı düşüncesiyle PASÖ-YB ölçeğinden atılmayarak, ölçeğin "bütünlüğünün" Türkçe versiyonunda da korunmasının daha uygun olduğu yargısına vardık.

PASÖ-YB için uygulanan bir başka güvenilirlik değerlendirmesi test – retest korelasyonunun saptanmasıydı. Bu, yaşam boyu var olan semptomları değerlendirme iddiasında olan bir ölçek için önemli bir güvenilirlik ölçüsüdür. Zaman içinde tutarlı olarak ölçebilme kapasitesi anlamına gelen test – retest güvenilirlik katsayısı $r = 0.88$ olarak belirlendi. Bu korelasyon ölçeğin iki uygulamasında elde edilen toplam puanlar arasında saptanmıştır (Tablo-9).

Ölçeğin hastalar tarafından doldurulması, soru sayısının çok olması, 15-30 gün gibi görece uzun bir arayla tekrarlanması ve bu arada hastalara tedavi verilmesi –ki tedavi tabloyu değiştirebilir- gibi etkenler göz önüne alındığında PASÖ-YB'nin test – retest güvenilirliğı için mükemmeldir denebilir.

Uygulanan üçüncü ve son güvenilirlik ölçümü madde-toplam puan korelasyonlarının değerlendirilmesidir. Yaşam Boyu Panik Agorafobi Spektrum Ölçeğinin alanlarının toplam

puanla çok iyi derecede korelasyon gösterdiği saptandı. Özellikle, panik semptomları, agorafobi ve güvence arama gibi panik bozukluğun kardinal gösterimlerine ait alanların yüksek korelasyonlar göstermesi, DSM-IV panik bozukluğu hastalarının da bu ölçek ile değerlendirilebileceklerini düşündürmüştür.

“Alan-3 / Stres duyarlılığı”nın yine en düşük alan-toplam puan korelasyonunu ($r=0,493$) verdiği görüldü (Tablo-10). Bu korelasyon düşük görülse bile $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı olup, literatürde orta-iyi olarak nitelendirilmektedir (4). Bu alan daha önce tartışılan nedenlerle ölçeğin bir parçası olarak kalmıştır.

Ek olarak güvence arama alanının alt alanlarından biri olan dramtizasyon alanı da toplam puan ile düşük korelasyon göstermekteydi. Ancak bu ait olduğu “güvence arama alanı”nın korelasyon katsayısını düşürmediği için ($r= 0.835$) ölçekten dışlanması gerekmemiştir. Fazla yüzleştirici biçimde dramtizasyonun sorgulanması (soru no: 112-114) hastalarda dirence yol açmış olabilir. Ancak bu durum güvence arama alanının diğer alt alanları tarafından (yardım arama ve kontrfobik durumlar) kompanse edilmiş görünmektedir. Bu alt alan da bütünlük kaygısı ile ölçekte korunmuştur.

Değerlendirilen bütün bu parametreler PASÖ-YB'nin güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir.

Elimizdeki ölçeğin ölçmek istediğimiz şeyi –yani hem DSM-IV panik bozukluğu hem de eşik altı ve ilişkili olabilecek semptomları- başarıyla ölçüp ölçmediğini gösteren değerlendirmeler ile PASÖ-YB'nin geçerliği araştırılmıştır. En sık kullanılan yöntem elimizdeki ölçeği geçerli olan başka standartlarla karşılaştırmaktır. Örtüşme ve ayırdedici geçerlik için spektrum alanlarıyla benzer durumları ölçen diğer ölçekler arasındaki ilişki için Pearson korelasyonları belirlenerek PASÖ-YB'deki tüm alanların örtüşme geçerliği değerlendirildi (Tablo-11). Bu amaçla kullanılan ölçeklerden 5'inin güvenilirlik-geçerlik çalışmaları yapılmışken (79, 82, 85, 87, 90) 3 ölçeğin Türkçe versiyonlarının psikometrik

özellikleri çalışılmamıştır (65, 66). Bu ölçeklerin yerini tutabilecek Türkçe alternatif ölçüm araçları bulunmadığı için Seperasyon Anksiyetesi Ölçeği ve Erişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Anketi tarafımızdan Türkçe'ye çevirileri ve geri çevirileri yapılarak bu çalışmada kullanılmışlar ve böylece karşılıklı olarak geçerlik ve güvenilirliklerinin araştırılması planlanmıştır. Seperasyon ölçeklerinin güvenilirlik-geçerlik sonuçları ileride bir başka yazının konusu olacaktır.

Elimizdeki spektrum ölçeğinin, stres duyarlılığı alanı hariç, diğer alanları beklenen korelasyonları büyük ölçüde göstermişlerdir. Korelasyon katsayıları “orta-iyi” olarak belirlenmiş olup, PASÖ-YB alanlarının diğer ölçeklerle örtüşme geçerlikleri olduğunu desteklemiştir. En yüksek korelasyonların PASÖ-YB toplam puanı ile diğer ölçekler arasında gerçekleşmesi ölçeğin bir bütün olarak geçerliliğinin, parçalarından (alanlardan), daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Bir diğer geçerlik ölçümü “ölçüt bağımlı geçerlik” olup PASÖ-YB'nin puanlarını bir dış standardla –ki bu çalışmada panik bozukluğunun varlığı ya da yokluğu- ile karşılaştırarak ne kadar tanısal ayırdediciliği olduğunu belirler.

Ölçeğin *duyarlılığı* (ölçeğin doğru olguları saptama becerisi) ile *özgüllüğü* (ölçeğin olgu olmayanları doğru olarak saptama becerisi) saptanarak (n=196), bunların bir grafikte optimum uyuşma noktalarını gösteren kesme noktaları belirlenmiştir (Şekil-2). Olguları kategorik olarak doğru yerleştirmenin kesme noktasını 46 puan ve üstünde olduğu saptanmıştır. Duyarlılığı % 91, özgüllüğü % 80 olan, bu kesme noktasının *pozitif prediktif değeri 0.85'tir* (Şekil-2).

Pozitif prediktif değer, bir tanısal testin bireyin test sonucunu (+) çıkaracak olan hastalığa sahip olma olasılığını gösterir (92).

Saptadığımız değer oldukça yüksek bir değerdir. Hekim tarafından uygulanan ve aynı sayıda iteme sahip olan SCI-PAS'ta kesme noktası 42 olarak belirlenmiştir (4). Bu noktada

saptadıkları % 77.4 duyarlık, % 75.0 özgüllük ve % 71.9 pozitif prediktif değer ile karşılaştırıldığında PASÖ-YB'nin -bir öz bildirim ölçeği olmasına karşın- en azından SCI-PAS'a eşdeğer bir geçerliğe sahip olduğu görünmektedir. Bu durumda doğrudan öz bildirimsel bir ölçeğin kullanımı hekime zaman tasarrufu sağlayacaktır. Araştırma tasarımında bu gibi bir kolaylık araştırmacılar açısından önemlidir. Yine de 114 sorulu bir ölçekte hastaların soruları danışma ihtiyacı doğabilmektedir.

Böylesi bir kesme noktasının var olması, follow-up, tedaviye yanıt çalışmalarında ve biyolojik markerler ile yapılacak araştırma çalışmalarında kullanışlı olabilir.

Panik bozukluğu ölçütlerini karşılayanlar ve panik bozukluğu olmayanlarda PASÖ-YB skorlarını karşılaştırarak, “bu ölçek” ile “DSM-IV panik bozukluğu” ilişkisini araştırmayı amaçladık. Ortalama PASÖ-YB skorları panik bozukluğu olanlarda, hem panik bozukluğu olmayan OKB ve major depresyon hastalarından, hem de sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo-12). Ölçeğin alanları da gruplararası farklılıkları göstermekteydi, öyle ki PASÖ-YB'de varolan alanlardaki skorlar panik bozukluğu olan grupta, panik bozukluğu olmayan gruplara göre daha yüksek idi.

Saptadığımız bu istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar DSM-IV agorafobili ve/veya agorafobisiz panik bozukluğu ile panik-agorafobik spektrum ilişkisini destekler niteliktedir. Ölçek panik bozukluğu ve başka ruhsal rahatsızlıkları aldıkları ortalama puanlar temelinde normal kontrollerden ayırd edebilmektedir.

Bu çalışmada elde ettiğimiz veriler, literatürde bildirilen SCI-PAS verileri ile paralel olarak, panik-agorafobi spektrumu kavramının doğrulandığını ve bunu ölçen ölçeğimizin tutarlılığını ve geçerliğini desteklemektedir (2, 4, 77).

X. SONUÇ

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular PASÖ-YB'nin güvenilir ve geçerli olduğu konusunda açık kanıtlar sağlamıştır. PASÖ-YB'nin Cronbach alfa, madde-toplam puan, test-retest değerlendirmeleri oldukça mükemmel korelasyonlar göstermiş olup, ROC analizi ile bir kesme noktası saptanmış ve PASÖ-YB'nin farklı hasta grupları ile normaller arasında ayırd ediciliğinin olduğu gösterilmiştir.

Belirlediğimiz bulgulara dayanarak bu ölçek için gelecekteki panik bozukluğu araştırmalarında güvenle kullanılabilir demek mümkündür.

Bu çalışmayla panik araştırmalarında kullanılacak yeni bir ölçek Türkçe'ye kazandırılmıştır. Ölçek her düzeyde (klinik, birinci basamak vb) rahatlıkla kullanılabilir. PASÖ-YB'nin daha çok komorbidite, genetik ve aile çalışmaları, panik bozukluğu prognozu ve tedaviye yanıt çalışmalarında yararlı olacağını düşünüyoruz. Hastalığın gidişini belirleyen (relaps, rekürrens, kronisite vb) etkenlerin araştırılmasında ve ayrıca panik hastalarında gözlemlenen heterojenite nedeniyle oldukça tartışılan panik bozukluğu alttipleri, bunların biyolojik anormallikler ile ilişkisi (55, 68, 93) gibi konuların açıklanmasında, PASÖ-YB alanları ve alt alanlarının anlamlı veriler sağlayabileceği inancındayız.

XI. ÖZET

DSM-IV ve ICD-10 tanısal sistemleri çoğu kez Eksen I bozukluklarının subsendromal biçimlerini kapsamamaktadır. Tanı kriterleri arasında yer alan çekirdek semptomlarla ilişkili olma olasılığı bulunan başka mental bozukluklar, çeşitli kişilik hatları ve bazı davranış stilleri yeterince tanınmamaktadır.

Son yıllarda kategorik sınıflamalar yerine önerilen spektral bozukluklar kavramı ile, ana ruhsal bozuklukla ilişkili olan atipik ya da subklinik semptomları, çekirdek semptomlarla ilişkili olan davranış kümelerini, temperamental veya kişilik özelliklerini değerlendirmek mümkün olmaktadır. Panik bozukluğu fenomenolojik yapısı, farklı klinik görünümleri, rekküren gidişi, fiziksel ve ruhsal bozukluklarla yüksek oranda komorbiditesi nedeniyle bu kısıtlılıkların belirgin olduğu bir bozukluk olarak bir çok araştırmaya konu olmuştur. Tüm bu özellikleri nedeniyle spektral bozukluklar kavramı içerisinde ilk olarak değerlendirilen klinik tablolar arasında yer almıştır.

Bu amaçla panik agorafobik spektrumu ve belirtilerini değerlendiren **Yaşam Boyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği** geliştirilmiştir. Yapılan yurtdışı çalışmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Geliştirilmiş olan Yaşam Boyu Panik-Agorafobi Spektrumu Ölçeği (PASÖ-YB) ile literatürde panik bozukluğu ile ilgili olarak varolan ve yukarıda sözünü ettiğimiz bir çok boşluğu doldurabilecek verileri elde etmemizi sağlayabileceği düşünülerek PASÖ-YB'nu Türkçe'ye kazandırılması ve ülkemizdeki panik bozukluğu çalışmalarında kullanılması amacıyla geçerlik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır.

Çalışma DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan panik bozukluğu agorafobi ile birlikte (n=71), panik bozukluğu agorafobi olmayan (n=11) 82 kişiden oluşan hasta grubu ve

sağlıklı (n=66), obsesif kompulsif bozukluk (n=24), major depresyon (n=23) olmak üzere toplam 114 kişiden oluşan kontrol grubuna ait veriler değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular PASÖ-YB'nin güvenilir ve geçerli olduğu konusunda açık kanıtlar sağlamıştır. PASÖ-YB'nin Cronbach alfa ($r= 0.82$), madde-toplam puan ve test-retest korelasyonu ($r=0.88$) değerlendirmeleri oldukça mükemmel korelasyonlar göstermiş olup, ROC analizi ile bir kesme noktası (46 ve üzeri) saptanmış ve PASÖ-YB'nin farklı hasta grupları ile normaller arasında ayırdediciliğinin olduğu ANOVA ile de gösterilmiştir.

Bu çalışmayla Türkçe'ye kazandırılan ölçeğin, spektral özellikleri dahilinde panik bozukluğu hastalarında yapılacak olan genetik-aile çalışmaları, komorbidite, prognostik göstergeler, psikoterapi ya da ilaç tedavilerine yanıt gibi veri eksikliği olan bir çok alanda, hem klinik çalışmalarda hem de birinci basamak araştırmaların da kullanmak yararlı olabilir.

XII. KAYNAKÇA

1. Cassano G: Introduction to the panic-agoraphobic spectrum model. *CNS Spectrums* 1998; 3: 22.
2. Cassano GB, Michelini S, Shear MK: The panic-agoraphobic spectrum: A descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 27-37.
3. Cassano GB, Rottondo A, Maser JD: The panic-agoraphobic spectrum: Rationale, assessment and clinical usefulness. *CNS Spectrums* 1998; 3: 35-48.
4. Shear MK, Frank E, Rucci P, Fagiolini DA, Grochocinski VJ, Houck P, Cassano GB, Kupfer DJ, Endicott J, Maser JD, Mauri M, Banti S: Panic-agoraphic spectrum: Reliability and validity of assessment instruments. *J Psychiatric Res* 2001; 35: 59-66.
5. Atalay ND, Bayraktar E: Panik Bozukluk. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:141, 1992.
6. Katon WJ: Panic disorder in the medical setting. Washington DC, American Psychiatric Press, 1991.
7. Angst J: Panic disorder: History and epidemiology. *Eur Psychiatry* 1998; 13 (suppl 2): 51-55.
8. Berrios G: Anxiety Disorders: A conceptual history. *J Affect Disord* 1999; 56 : 83-94.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3 rd edition. Washinton DC, American Psychiatric Association, 1980.
10. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3 rd edition, revised. Washinton DC, American Psychiatric Association, 1987.

11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th edition. Washinton DC, American Psychiatric Association, 1994.
12. Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar sınıflandırması Klinik tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları. Çeviri Editörü: O Öztürk, B Uluğ, Ankara, Türkiye Akıl ve Ruh Sağlığı Derneği, 1992.
13. Horwath E, Weissman MM: Anxiety Disorders: Epidemiology. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7 th ed. HI Kaplan, BJ Sadock, eds. Baltimore, Williams & Wilkins, 2000.
14. Katerndahl DA, Realini JP: Lifetime prevalence of panic states. Am J Psychiatry 1993; 150: 246-249.
15. Horwarth E, Lish JD, Johson J, Hornig CD, Weismann MM: Agoraphobia without clinical reappraisal of an epidemiological finding. Am J Psychiatry 1993; 150: 1496-1501.
16. Moreau D, Weissman MM: Panic disorder in children and adolescents: A review. Am J Psychiatry 1992; 149: 1306-1314.
17. Essau CA, Condrat J, Petemann P: Frequency of panic attacks and panic disorder in the adolescents. Depress Anxiety 1999; 9: 19-26.
18. Alastair JF: Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am J Psychiatry 1994; 151: 640-649.
19. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ: Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry 1994; 151: 413-420.
20. Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF: Gender Differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry 2002; 159: 55-58.
21. Aranson AT, Logue CM: phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients self-reports. J Clin Psychiatry 1988; 49: 8-13.

22. Cox BJ, Swinson P, Endler NS, Norton GR: Symptom structure of panic attacks. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 349-363.
23. Den Boer JA: Defining panic – A diagnostic dilemma. *Human Psychopharmacol* 1997; 12: S3-S6.
24. Barlow HD, Brown A, Craske G: Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implication for research. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 553-564.
25. Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL, Dupuis G, Beitman BD: Non-Fearful Panic Disorder. *Psychosomatics* 2000; 41: 311-320.
26. Eaton WW, Antony JC, Romanoski A, Tiena H, Gallo J, Neufeld K, Schlaepper T, Laugharne J, Chen LS: Onset and recovery from panic disorder in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 501-507.
27. Roth M: The Panic-Agoraphobic Syndrome: A paradigm of the anxiety group of disorders and its implications for psychiatric practice and theory. *Am J Psychiatry* 1996; 153(Supp.7):111-124.
28. Katon W. Panic Disorder and Somatization. *Am J Med* 1984; 77: 101-105.
29. Weiller E, Bisslerbe JC, Maier W, Lecrubier Y. Prevalance and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. *Br J Psychiatry* 1998; 173 (Suppl 34): 18-23
30. Katerndhal DA: Progression of limited symptom attacks. *Depress Anxiety* 1999; 9: 138-140.
31. Hedley LM, Hoffart A, Dammen T, Ekeberg Q Friis S: The relationship between cognitions and panic attack intensity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 300-302.
32. Fava GA, Grandi S, Raffenelli C, Canestri R: Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia: A replication study. *J Affect Disord* 1992; 85: 85-88.

33. Langs G, Quehenberger F, Fabisch K, Klug G, Fabsich H, Zapotocky H: The development of agoraphobia in panic disorder: A predictable process. *J Affect Disord* 2000; 58 : 43-50.
34. Keller MB, Hanks DL: Course and outcome in panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1993; 17: 551-557.
35. Albus M, Schiebe G: Outcome of panic disorder with or without concomitant depression : A 2 year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1878-1880.
36. Massion AO, Warshaw MG , Keller MB: Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-607.
37. Mendelowicz MV, Stein MB: Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 669-681.
38. Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballenger JC, Mannuza S, Fyer AJ: Panic disorder and quality of life variables predictive of functional impairment. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 771-776.
39. Davies JS, Ghahramani P, Jackson PR, Noble TW, Hardy PG, Hippisley-Cox J, Yeo WW, Ramsay LE: Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. *Am J Med* 1999; 107: 310-319.
40. Zaubler TS, Katon W: Panic disorder and medical comorbidity. *Bull Menninger Clin* 1996; 60 (Suppl A): A12-A38.
41. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, Mercier E, Thomas R, Mc Quaid N, Katon WJ, Bystritsky A, Sherbourne CD: Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 492-499.

42. Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M, Heckelman L, Shear K: Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depress Anxiety* 2000; 12: 78-84.
43. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathak D: Patterns of comorbidity in panic disorder and agoraphobia. *Psychiatry Res* 1992; 42: 1171-175.
44. Roy-Byrne P, Stang P, Wittchen HU, Üstün B, Walters EE, Kessler RC: Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 229-235.
45. Baldwin DS: Depression and panic: Comorbidity. *Eur Psychiatry* 1998; 13 (suppl 2): 65s-70s.
46. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF: Prevalance of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry* 1998; 173 (Suppl 34): 24-28.
47. Dunner DL. Management of anxiety disorders: The added challenge of comorbidity. *Depress Anxiety* 2001; 13: 57-71.
48. Ağargün MY, Kara H: Suicidality in patients with panic disorder: The association with comorbidity. *Eur Psychiatry* 1996; 11: 209-211.
49. Warshaw MG, Massion AO, Peterson LG, Pratt LA, Keller MB: Suicidal behavior in patients with panic disorder: Retrospective and prospective data. *J Affect Disord* 1995; 34: 235-247.
50. Chen YW, Dilsaver SC: Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: Evidence from the Epidemiological Catchment Area survey. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 280-282.

51. MacKinnon DF, Zandi PP, Cooper J, Botash JB, Simpson SG, Gershon E, Nurnberger J, Reich T, DePaulo JR: Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 30-35.
52. Rotondo A, Mazzanti C, Dell'Osso L, Rucci P, Sullivan P, Bouanani S, Gonelli C, Goldman D, Cassano GB: Catechol O-methyltransferase, serotonin transporter and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in bipolar disorder patients with and without comorbid panic disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 23-29.
53. Hoffart A, Thornes K, Hedley LM, Strand: DSM-III-R axis I and II disorders in agoraphobic patients with or without panic disorder. *Acta Psychiatrica Scand* 1994; 89: 186-191.
54. Vasile RG, Goldenberg I, Reich J, Goisman RM, Lavori PW, Keller MB: Panic disorder versus panic disorder with major depression: Defining and understanding differences in psychiatric morbidity. *Depress Anxiety* 1997; 5: 12-20.
55. Ellen F, Shear KM, Rucci P, Cyranowski JM, Endicott J, Fagiolini A, Grochocinski VJ, Houck P, Kupfer DJ, Maser JD, Cassano GB: Influence of panic-agoraphobic spectrum symptoms on treatment response in patients with recurrent major depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1101-1107.
56. Fagiollini A, Shear K, Cassano G, Frank E: Is lifetime separation anxiety a manifestation of panic spectrum? *CNS Spectrums* 1998; 3: 63-72.
57. Klein RG: Is panic disorder associated with childhood separation anxiety disorder? *Clin Neuropsychopharmacol* 1995; 18 (Supp 2): S7-S14.
58. Shear MK. Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder. Revisiting the attachment-separation paradigm. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 125-136.

59. Bandelow B, Alvarez GT, Corrina S, Andreas B, Göran H, Stefan B, Eckhart R:
Seperation anxiety and actual seperation experiences during chidhood in patients with
panic disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 948-953.
60. Balon R, Yeragani VK, Pohl R: Higher frequency of seperation anxiety in panic
patients. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 135-137.
61. Battaglia M, Bertella S, Polliti E, Bernardeschi L, Perna G, Gabriele A, Bellodi L:
Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability the disesae and childhood
seperation anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1362-1364.
62. Lipsitz JD, Martin MS, Mannuza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ.
Childhood seperation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J
Psychiatry* 1994; 151: 927-929.
63. Pollack M, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdlle ET,
Rosenbaum JF: Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder correlates
and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 376-381.
64. Silove D, Hadzi-Pavloviç D: Subpopulation of early seperation anxiety: Relevance to
risk of adult anxiety disorders. *J Affect Disord* 1998; 48: 181-190.
65. Silove D, Manicavasgar V, O'Connell D: The development of the seperation anxiety
inventory. *Aus N Z J Psychiatry* 1993; 27: 477-488.
66. Manicavasgar V, Manicavasgar V, Silove D, Curtis J, Wagner R: Continuities
seperation anxiety from early life into adulthood. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 1-18.
67. Holland E: Refining the spectrum approach. *CNS Spectrums* 1998; 3: 18.
68. Frank E, Cassano GB, Shear MK, Rotondo A, Dell'Osso L, Mauri M, Masser J,
Grochocinski V: The spectrum model: A more coherent approach to the complexitiy
of psychiatric symptomatology. *CNS Spectrums* 1998; 3: 23-34.

69. Cassano GB, Frank E, Maser JD, Shear MK, Rottondo A, Mauri M, Dell'Osso L: The panic agoraphobic spectrum. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1999; 14: 38-44.
70. Dell'Osso L, Cassano GB, Sarno N, et al: Validity and reliability of the structured clinical interview for the obsessive-compulsive spectrum (SCI-OBS) and for the structured clinical interview for social phobia spectrum (SCI-SHY). *Int J Methods Psychiatr Res* 2000; 9: 11-24.
71. Dell'Osso L, Rucci P, Cassano GB, Maser JD, Endicott J, Shear KM, Sarno N, Saettoni M, Grochocinski VJ, Frank E: Measuring social anxiety and obsessive-compulsive spectra: Comparison of interviews and self-report instruments. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 81-87.
72. Reich J, Noyes R Jr, Troughton E: Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patient with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 323-326.
73. Johnson J, Weismann MM, Klerman GL: Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in community. *JAMA* 1990; 267: 1478-1480.
74. Fava GA, Grandi S, Canesteri G: Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1564-1567.
75. Nutt DJ, Lawson C: Panic attacks: A neurochemical overview of model and mechanism. *Br J Psychiatry* 1992;160:165-178
76. Barsky AJ, Barnett MC, Cleary PD: Hypochondriasis and panic disorder: Boundary and overlap. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 918-922.
77. Cassano GB, Banti S, Mauri M, Maser JD, Shear MK, Grochocinski VJ, Rucci P, Frank E: Internal consistency and discriminant validity of the Structured Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum. *Int J Method Psychiatr Res* 1999; 8: 138-145.

78. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID/CV). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997.
79. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Ankara, Hekimler yayın birliği, 1999
80. Bandelow B, Hajak G, Holzrichter S, Kunert HJ, Rüther E: Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. I. Methodological problems. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10: 83-93.
81. 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.
82. Tural U, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B: Panik ve Agorafobi Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 29-39.
83. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money S, Sholomskas DE, Woods SW, Gorman JM, Papp LA: Multi-center, collaborative Panic Disorder Severity Scale. *Am J Psychiatry* 1997; 54: 571-575.
84. Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grochocinski V, Bilt JV, Houck P, Wang T: Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *J Psychiatr Res* 2001; 35: 293-296.
85. Monkul S, Fidaner H, Tural Ü, Tuncel E, Alkın T: Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği Türkçe Versiyonu Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Poster Bildirisi: VI. Bahar Sempozyumları. 24-28 Nisan 2002, Antalya.
86. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1990; 56: 893-897.

87. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H: Turkish version of the Beck Anxiety Inventory. J Cognitive Psychother 1998; 12: 163-172.
88. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNeally RL: Anxiety sensitivity, anxiety, frequency and prediction of fearfulness. Behav Res Ther 1986; 24: 1-8.
89. Wardle J, Ahmad T, Hayward P. Anxiety sensitivity in agoraphobia. J Anxiety Disord 1990;4:325-33.
90. N. Dilbaz ile kişisel iletişim: Türkçe'de geçerlik ve güvenirlik çalışması N. Dilbaz, H Güz tarafından yapılmıştır, Mart 2002.
91. Marks IM, Matthers AM: Brief standard self-rating for phobic patients. Behav Res Ther 1979; 17: 263- 267.
92. Knapp RG, Miller MC: Clinical Epidemiology and Biostatistics. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992.
93. Biber B, Alkın T: Panic disorder subtypes: Differential responses to CO₂ challenge. Am J Psychiatry; 156: 739-744.

Huray Fidaner

Kimden: Grochocinski, Victoria <GrochocinskiVJ@MSX.UPMC.EDU>
Kime: <huray.fidaner@deu.edu.tr>
Gönderme tarihi: 11 Nisan 2001 Çarşamba 19:42
Ek: PAS_SR_L_Mar9_2001.doc
Konu: FW: Panic Agoraphobic spectrum

Dear Dr. Fidaner:

Dr. Shear asked me to send you a copy of our PAS-SR Lifetime version. Here it is in a Word document. If you cannot read it, please let me know and I can fax it to you. We ask that you please let us know if you plan to use it with any subjects, in either research or clinical applications.

Thank you.

Victoria J. Grochocinski, Ph.D.

Director, Data Management and Statistical Analysis Core
 Mental Health Intervention Research Center
 for Mood and Anxiety Disorders

Western Psychiatric Institute and Clinic

3811 O'Hara Street Room E-1131

Pittsburgh, PA 15213

Phone: 412-624-2921

Fax: 412-624-2841

Email: grochocinskivj@msx.upmc.edu

-----Original Message-----

From: Huray Fidaner [mailto:huray.fidaner@deu.edu.tr]

Sent: Tuesday, April 10, 2001 8:29 AM

To: shearmk@msx.upmc.edu

Subject: Panic Agoraphobic spectrum

Dear Shear,

If you remember, I wrote you, and requested your permission for using PDSS two years ago. We've studied the psychometric properties of PDSS in a Turkish population. I'll send you our findings within a few months.

I read your new research on Journal of Psychiatric Research. I remember another preliminary report were published before. Our Panic Studies group in Izmir are interested with PAS.

If you don't mind to send us this instrument.

Besides, we will be very glad to see you at the Mood Disorders Symposium in Ankara.

I hope to meet you there.

Kind regards.

Huray Fidaner

Professor of Psychiatry

Dokuz Eylul University

Medical School

35340 Balcova-Izmir- Turkey

YAŞAMBOYU PANİK AGORAFOBİ SPEKTRUM ÖLÇEĞİ

İSİM: _____

TARİH: ___ / ___ / ___

AÇIKLAMALAR:

Aşağıdaki sorular geçmişte karşılaşmış olabileceğiniz ya da halen yaşamakta olduğunuz bazı durumlara yöneliktir. Lütfen her soruyu "EVET" veya "HAYIR" biçiminde, daire içine alarak yanıtlayınız. Bütün sorular bir hastalığın belirtilerine yöneliktir.

Aşağıdaki sorular yaşamınız süresince hissettiklerinize yöneliktir.

Çocukluğunuzda ya da yetişkinliğinizde hiç yoğun bir sıkıntı hissettiniz mi ?

1. Sevdiğiniz birisinden ayrıldığınızda ya da evden ayrılmanız gerektiğinde (örneğin akrabalarınıza ya da başka bir yere kalmaya gittiğinizde) ?	Evet	Hayır
2. Size yakın olan birini kaybedebileceğiniz ya da onlara bir zarar gelebileceği düşünceleri nedeniyle (örneğin anne-babanız tartıştığında ya da onlardan biri hastalandığında) ?	Evet	Hayır
3. Hiç size kötü bir şey olabileceği ve bunun sizi bir yakınınızdan ayırabileceği konusunda yoğun endişe yaşadınız mı (örneğin kaçırılmak, kaybolmak) ?	Evet	Hayır
4. Ayrılma korkusu nedeniyle okula ya da işe gitmekte zorlandığınız oldu mu ?	Evet	Hayır
5. Evde veya başka bir yerde yalnız olmak ya da yanınızda sevdiğiniz birisinin olmaması sizin için çok güçlük oluşturdu mu ?	Evet	Hayır
6. Hiç yanınızda biri olmaksızın uyumakta ya da evden uzak bir yerde gece kalmakta zorlandınız mı ?	Evet	Hayır
7. Uykudayken hastalanabilir ya da ölebilirsiniz diye hiç kendinizi sinirli ve rahatsız hissettiğiniz ya da yatmayı geciktirdiğiniz veya yatmaktan kaçındığınız oldu mu ?	Evet	Hayır
8. Ailenizden ayrılmayla ilgili tekrarlayan kabuslarınız oldu mu (örneğin yangın, cinayet ya da başka bir felaketle ilişkili kabuslar) ?	Evet	Hayır
9. Size yakın birinden ayrıldığınızda ya da ayrılabilceğinizi düşündüğünüzde sık sık bedensel belirtilerden yakındığınız oldu mu (örneğin başağrısı, bulantı, kusma, midede ağrı gibi) ?	Evet	Hayır
10. Çocukluğunuzda ya da yetişkinliğinizde, kötü hava koşullarında sevdiğiniz kişilerden ayrıldığınızda çok fazla sıkıntı yaşadınız mı (örneğin rüzgarlı, fırtınalı, ya da kar fırtınalı bir havada) ?	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular biten ilişkilerinizle nasıl başa çıkabildiğinizle ilişkilidir

11. Sevgilinize ya da bir arkadaşınızla ilişkiniz sona erdiğinde, bu ilişkinin bitmesine uyum yapmakta diğer insanlardan daha fazla güçlük yaşadınız mı ? <input checked="" type="checkbox"/> <i>Biten bir ilişkim olmadı</i>	Evet	- Hayır
12. Tek başına kalmaktansa sizin için çok da iyi olmayan bir ilişkiyi sürdürdünüz mü ?	Evet	Hayır
13. Daha önce psikoterapi aldıysanız, terapiyi bitirmekte herhangi bir güçlük yaşadınız mı, ya da terapistiniz size bitirme zamanı geldiğini söylediğinde psikoterapiye devam etmek istediniz mi ? <input checked="" type="checkbox"/> <i>Daha önce psikoterapi almadım.</i>	Evet	Hayır
14. Eğer size gerçekten yakın birisi öldüyse, bu ölüme alışmakta diğer insanlardan daha fazla zorlandınız mı ? <input checked="" type="checkbox"/> <i>Hiç bana yakın biri ölmedi.</i>	Evet	Hayır
15. Ev hayvanları hakkında ? Onlara çok bağlanan ve kaybolduklarında ya da öldüklerinde çok fazla üzülen birisi misiniz ? <input type="checkbox"/> <i>Ev hayvanım olmadı.</i>	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular, yaşamınız süresince herhangi bir anda beklenmedik bir biçimde ya da aniden gelişen belirtilerle ilgilidir. Bunlar siz uykudayken bile olmuş olabilir.

Bayanlar için: Bu belirtiler adet dönemi öncesinde ya da doğumdan sonra ortaya çıkmış olsalar bile "EVET" olarak yanıtlanmalıdır.

NOT: Beklenen bedensel cevapları hesaba almayınız (örneğin koşarken kalp atışının hızlanması). Yine, başka hastalıklar nedeniyle oluşan belirtileri içermemektedir, örneğin; kalpte aritminiz varsa ve çarpıntınız oluyorsa, ya da ateşiniz olduğunda terlemenizin de olması gibi.

Hiç, DURUP DURURKEN VE ANİDEN

16. ...çarpıntı oldu mu ?, kalbiniz çok hızlı çarptı ya da tekledi mi ?	Evet	Hayır
17. ...terlediniz mi ?	Evet	Hayır
18. ...sallandınız ya da titrediniz mi ?	Evet	Hayır
19. ...nefesiniz daraldı mı ?	Evet	Hayır
20. ...boğulur gibi oldunuz mu ?	Evet	Hayır
21. ...göğüste bir ağrı ya da baskı hissettiniz mi ?	Evet	Hayır
22. ...bulantı hissettiniz, midede rahatsızlık hissettiniz veya ishal oldunuz mu ?	Evet	Hayır

Hiç, DURUP DURURKEN VE ANİDEN

23. ...baş dönmesi, dengesizlik ya da fenalık hissi oldu mu ?	Evet	Hayır
24. ...çevrenizdeki şeylerin artık tanıdık gelmediği oldu mu? Bunların gerçek dışı ve garip göründüklerini hissettiniz mi ?	Evet	Hayır
25. ...kendinizin ya da bedeninizin parçalarının farklılaştığını hissettiniz mi ?	Evet	Hayır
26. ...kontrolünüzü kaybedebileceğiniz ya da çıldırabileceğiniz korkusu oldu mu ?	Evet	Hayır
27. ...ölebileceğinizden korktunuz mu ?	Evet	Hayır
28. ...bedeninizin bazı bölgelerinde karıncalanma ya da uyuşma hissettiniz mi ?	Evet	Hayır
29. ...ürpermeler ya da ateş basmaları hissettiniz mi ?	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular yaşamınız süresince olmuş belirtilere yöneliktir.

Hiç kendinizi aşağıdakiler gibi hissettiniz mi ?

30. ...kafası karışmış ya da sersem gibi ?	Evet	Hayır
31. ...nerede olduğunuzu şaşırılmış, yönünüzü karıştırmış gibi ?	Evet	Hayır
32. ...bacaklarınızın pelteleştiği hissi, ya da sanki bir süngerin üzerinde yürüyormuş gibi hissettiğiniz oldu mu ?	Evet	Hayır
33. ...bacaklarınızın odun gibi olduğu ya da beceriksizce yürüdüğünüz ?	Evet	Hayır
34. ...barsaklarınızı ya da mesanenizi kontrol edemeyeceğiniz ?	Evet	Hayır
35. ...davranışlarınızın kontrolünü kaybetmek üzere olduğunuz ?	Evet	Hayır
36. ...havasız olan, sıcak ya da rutubetli havası olan ortamlarda, veya parfüm ya da çok güçlü olmasa da diğer kokular nedeniyle kendinizi sinirli, rahatsız ya da neredeyse boğulacakmış gibi hissettiniz mi ?	Evet	Hayır
37. ...karanlık nedeniyle sinirlilik ya da rahatsızlık duydunuz mu ?	Evet	Hayır
38. ...gürültü çok fazla olmasa bile, gürültü nedeniyle sinirli ve rahatsız olduğunuz ?	Evet	Hayır
39. ...sis, açık deniz ya da kar manzârası gibi nedenler ile görüşünüz bulanıklaştığında sinirli ya da rahatsız oldunuz mu ?	Evet	Hayır
40. ...sanki bedeninizde ya da beyninizde bir şeylerin bozulduğu ?	Evet	Hayır
41. ...birkaç saniye için göremediğiniz ya da duyamadığınız oldu mu ?	Evet	Hayır
42. Hiç herhangi bir neden yok iken bir panik içinde uyandınız mı ?	Evet	Hayır

Bir sonraki soru gurubu altta listelenmiş olan belirtilere yöneliktir

Çarpıntı	Göğüs ağrısı	Karınçalanma	Mesaneyi kontrol edememe
Terleme	Bulantı	Hissizlik	Barsaklarını kontrol edememe
Titreme	İshal	Sıcak basması	Kontrolünü kaybetme
Sarsıntı, sallanma	Baş dönmesi	Ürperme	
Nefes darlığı	Fenalık hissi	Kafa karışıklığı	
Tıkanma	Boğulma	Yeri-yönü şaşırma	

Yaşamınız süresince herhangi bir zaman şu durumlarda, yukarıdaki belirtilerden herhangi birisi oldu mu ?

43. ...çok şiddetli olmasa da stresli bir durum içinde olduğunuzda, kolayca oluştumu (örneğin çok çalışma, aile problemleri, uykunuzun ya da günlük olağan düzeninizin bozulması) ?	Evet	Hayır
44. ...stresli bir durum bittikten hemen sonra (örneğin otobanda araba kullandıktan ya da çok kalabalık bir odada bulunduktan hemen sonra olduğu gibi benzeri zor bir sorunu çözdüğünüzde ya da zor bir durum sona erdiğinde) ?	Evet	Hayır

Yukarıdaki belirtilerden herhangi birisi şunları kullandığınızda oluştumu ?

45. ...kahve, çay ya da diğer kafeinli içecekler ?	Evet	Hayır
46. ...grip ilaçları, burun spreyleri, tiroid, uyku ya da depresyon ilaçları ?	Evet	Hayır
47. ...kokain, amfetamin (örneğin ekstazi) veya diğer uyarıcılar ?	Evet	Hayır
48. ...herhangi bir ilaç ya da madde ?	Evet	Hayır

Yaşamınız boyunca herhangi bir zamanda aşağıdakilerden kaçındığınız ya da korktuğunuz oldu mu ?

49. ...zarar verebileceğini, yan etkilerine aşırı duyarlı olabileceğinizi ya da allerjiniz olabileceğini düşündüğünüz için doktor tarafından reçete edilen ilaçları kullanmaktan ?	Evet	Hayır
50. ...kişiliğinizi değiştirebileceği ya da kontrolünüzü kaybetmenize neden olabileceği düşüncesiyle doktor tarafından reçete edilmiş bir ilacı almaktan?	Evet	Hayır
51. ...beyninizde kalıcı bir hasar yapabileceği nedeniyle doktor tarafından reçete edilmiş bir ilacı kullanmaktan ?	Evet	Hayır
52. ...uyursanız kendinizi kötü hissedebilir ve hatta ölebilirsiniz diye anestezi almaktan ya da uyku ilacı kullanmaktan ?	Evet	Hayır
53. İlaç kullanma nedeniyle sınırlı ya da rahatsız olmanızdan dolayı, ilaç kutularındaki açıklamaları pek çok insandan daha dikkatli okur musunuz ?	Evet	Hayır

Yaşamınız süresince herhangi bir anda

54. ...daha önce tanımlanan belirtilerden herhangi birisine sahip olmanız nedeniyle ya da bunların sizin beden ve akıl sağlığınız açısından ne anlama geldiği ile ilgili olarak aşırı endişelendiniz mi ?	Evet	Hayır
55. ...daha önce yaşadığınızı bildirdiğiniz belirtilerin olduğu ortamlara benzer durumlarla karşılaştığınızda ya da bunları hayal ettiğinizde, hiç, kendinizi sınırlı ve rahatsız hissettiniz mi ?	Evet	Hayır

Yaşamınızın herhangi bir anında “bir şeylerin çok yanlış gittiği” konusunda endişelendiniz mi ?

56. ...kendinizi ona karşı savunamayacak kadar güçsüz hissettiğiniz ve tanımlayamadığınız ya da adlandıramadığınız bir dehşet duygusu gibi ?	Evet	Hayır
57. ...sizin bedensel durumunuzla ilgili olarak, sanki kalp krizi geçirecek, felç olacak, boğulacak ya da ölecekmış gibi olma ?	Evet	Hayır
58. ...aklınızla ilgili olarak, deliriyormuş ya da kontrolünüzü kaybediyormuş gibi olma ?	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular, içinde bulunduğunuzda sınırlı ya da rahatsız olduğunuz ya da kaçındığınız yerler veya durumlar ile ilişkilidir.

Yaşamınızın herhangi bir anında, kaçındığımız, rahatsız ve sınırlı hissettiğiniz oldu mu ?

59. ...evden uzakta bulunduğunuzda ya da ev dışında yalnız olduğunuzda ?	Evet	Hayır
60. ...evde yalnız olduğunuzda ?	Evet	Hayır
61. ...kalabalık bir yerde bulunduğunuzda ?	Evet	Hayır
62. ...köprüde ya da teleferikte?	Evet	Hayır
63. ...kapalı alanlarda bulunduğunuzda (örn. tünel, metro ya da tiyatro gibi)	Evet	Hayır
64. ...asansörde bulunduğunuzda ?	Evet	Hayır
65. ...otoban dışı yollarda araba kullandığınızda ? ☒ araba kullanmadım	Evet	Hayır
66. ...otobanda araba kullandığınızda ? ☒ araba kullanmadım	Evet	Hayır
67. ...geniş caddeler, şehir meydanları gibi açık alanlarda bulunduğunuzda ?	Evet	Hayır
68. ...araba, otobüs, uçak ya da trenle yolculuk yaptığınızda ? Not: kaza geçirme korkusu dışında	Evet	Hayır
69. ...kuyrukta beklediğinizde ?	Evet	Hayır

Yaşamınızın herhangi bir anında kaçındığınız, rahatsız ya da sınırlı hissettiğiniz oldu mu ?

70. ...daha önce tanımlanan belirtiler nedeniyle utanabileceğinizi düşündüğünüz yerler ya da durumlarda bulunmaktan ?	Evet	Hayır
71. ... kısıtlanmış olma ya da koltukta boğuluyor olma duygusu nedeniyle dışıye gitmekten ? <i>Not: Ağrı, anestezi ya da mikrop bulaşma korkusunu içermez.</i>	Evet	Hayır
72. ...kısıtlanmış olma ya da koltukta boğuluyor olma duygusu nedeniyle berbere veya kuaföre gitmekten ?	Evet	Hayır
73. ... bunun mantıksız olduğunu bildiğiniz zaman bile, kaybolabileceğinizi düşündüğünüz yerler ya da durumlarda bulunmaktan ? <i>Not: Yalnızca bilinmeyen yerler ile sınırlı değil</i>	Evet	Hayır
74. ... kısıtlanmış olma duygusu nedeniyle EEG, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans gibi tetkikleri yaptırmaktan ? <input type="checkbox"/> <i>Daha önce böyle bir tetkik yaptırmadım.</i>	Evet	Hayır
75. ...kısıtlanmış olma duygusu nedeniyle emniyet kemeri takmaktan ?	Evet	Hayır
76. ...kısıtlanmış olma duygusu nedeniyle kolye, yüzük kullanmaktan ?	Evet	Hayır
77. ...kısıtlanmış olma duygusu his nedeniyle kravat, dar giysiler, boğazlı kazak giymekten ?	Evet	Hayır
78. ...boğulabilirim korkusu nedeniyle yutmaktan ya da kusmaktan ?		
79. ...kısıtlanmış olma duygusu nedeniyle bedensel olarak yaklaşmaktan ?	Evet	Hayır
80. ...yüzmekten ya da yüzme veya dalmayı öğrenmekten ?	Evet	Hayır
81. ...mantıksızlığını bildiğiniz halde canlı canlı gömülme düşüncesi nedeniyle bazı yer ve durumlarda bulunmaktan ?	Evet	Hayır
82. ...bir tuvaletin olup olmadığından emin olmadığınız yerlere gitmekten ?	Evet	Hayır
83. ...kısıtlanmış olduğunuzu hissedeceğiniz ya da hastalanacağınız ve yardım alamayacağınız endişesi taşıdığınız diğer durumlar içinde bulunmaktan ?	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular hastalık konusundaki düşünceleriniz ya da duyduklarınızla ilgili olarak yaşadığınız endişeleriniz ve reaksiyonlarınız ile ilişkilidir.

Yaşamınızın herhangi bir anında aşağıdakiler ile ilgili endişeleriniz oldu mu?

84. ...bir başkasında olduğunu duyduğunuzda, ciddi bir <u>bedensel</u> hastalığa sahip olmaktan ?	Evet	Hayır
85. ...bir başkasında olduğunu duyduğunuzda, ciddi bir <u>ruhsal</u> hastalığa sahip olmaktan ?	Evet	Hayır

Yaşamınız süresince herhangi bir anda çok endişelendiniz mi ?

86. ...birilerinin tıbbi konularda konuştuğunu duyduğunuzda veya tıbbi yazıları okuduğunuzda ?	Evet	Hayır
87. ...nabızınızın ya da tansiyonunuzun ölçülmesi ya da laboratuvar tahlil sonuçlarını aldığınızda ?	Evet	Hayır
88. ...tıbbi ortamlarda (hastane, acil servis gibi) bulunduğunuzda ya da tıbbi aletleri gördüğünüzde ?	Evet	Hayır

Bundan sonraki sorular aşağıda listelenen belirtilerle nasıl başa çıktığınızla ilişkilidir.

Çarpıntı	Göğüs ağrısı	Karınca lanma	Mesaneyi kontrol edememe
Terleme	Bulantı	Hissizlik	Barsaklarını kontrol edememe
Titreme	İshal	Sıcak basması	Kontrolünü kaybetme
Sarsıntı, sallanma	Baş dönmesi	Ürperme	
Nefes darlığı	Fenalık hissi	Kafa karışıklığı	
Tıkanma	Boğulma	Yeri-yönü şaşırma	

89. Hiç, aileniz ya da arkadaşlarınız tarafından rahatlatılmak ve size güvence verilmesi ihtiyacını hissettiniz mi ?	Evet	Hayır
90. Hiç, bu belirtiler nedeniyle anne-babanızdan, eşinizden, arkadaşlarınızdan ya da komşularınızdan yardım istediniz mi ?	Evet	Hayır
91. Yardım ve rahatlatılmak istediğinizde kolayca ikna oldunuz mu ? <input type="checkbox"/> Yardım veya rahatlatılmak istemedim.	Evet	Hayır
92. Size güvence verilmesine ihtiyacınız olduğu için hiç acil servisleri kullandınız ya da evinize doktor çağırınız mı ?	Evet	Hayır
93. Doktorunuz gereksiz olduğunu söylemiş olsa da, şiz güvence almak ya da korunmak için hiç hastahaneye yatmayı istediniz mi ?	Evet	Hayır

TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

94. Doktorunuz önermemiş olsa da nabzınızı ya da tansiyonunuzu tekrar tekrar ölçtürdüğünüz oldu mu ?	Evet	Hayır
95. Doktorunuz önermemiş olsa da özel tanısal tetkikler (örneğin anjiyografi, gastroskopi gibi) yaptırdınız mı ?	Evet	Hayır
96. Doktorunuz önermemiş olsa da tıbbi laboratuvar tahlilleri yaptırmayı talep ettiniz mi ?	Evet	Hayır
97. Yeni bir yere gittiğinizde yakınlarda bir doktor ya da acil servis olup olmadığını kontrol ettiniz mi ?	Evet	Hayır

Yukarıdaki listede olan belirtilerle başa çıkabilmek için aşağıdakilere ihtiyacınız oldu mu ?

98. ...çoğu zaman yanınızda birinin olmasına ?	Evet	Hayır
99. ...tiyatro, sinema ya da cami gibi yerlerde çıkış kapısına yakın oturmaya ?	Evet	Hayır
100. ...gideceğiniz yere cep telefonu ile gitmeye, ya da orada bir telefon kulubesi olup olmadığını kontrol etmeye ?	Evet	Hayır
101. ...doktorunuz önermemiş olsa da, ya da geçmişte önerdiği halde artık gerekli olmadığını söylese de, cebinizde ya da çantanızda sakinleştiriciler olduğundan emin olmaya ?	Evet	Hayır
102. ...herhangi bir yere gittiğinizde yanınıza bir şişe su ya da başka bir içecek almaya ?	Evet	Hayır
103. ...yanınızda bir baston ya da şemsiye taşımaya ?	Evet	Hayır
104. ...köpeğinizi yanınızda götürmeye ?	Evet	Hayır
105. ...dışarı çıktığınızda bir şapka takmaya ?	Evet	Hayır
106. ...dışarı çıktığınızda yanınıza şeker ya da çiklet almaya ?	Evet	Hayır
107. ...yanınıza iyi şans getiren bir şey almaya ?	Evet	Hayır
108. ...karanlık bir ortamda bile güneş gözlüğü takmaya ?	Evet	Hayır
109. ...alkol ya da sakinleştirici ilaçlar kullanmaya ?	Evet	Hayır
110. ...size daha iyi bakmalarını sağlamak için doktorlarla özel ilişkiler kurmaya ?	Evet	Hayır
111. ...uyuyabilmek için yatak odasındaki bir ışığı açık bırakmaya ?	Evet	Hayır

Aşağıdaki sorular sıkıntınızı başkalarına nasıl aktardığınızla ilişkilidir.

112. Başkalarının sizin çektiğiniz acıyı tam olarak anlayabilmesi için, hiç belirtilerinizi abartmanız gerektiğini düşündünüz mü ?	Evet	Hayır
113. İhtiyacınız olan yardımı ve güvenceyi alabilmek için, hiç belirtilerinizi abartmanız gerektiğini düşündüğünüz oldu mu ?	Evet	Hayır
114. Hiç ihtiyacınız olan yardım ve güvenceyi alabilmek için, hiç olduğunuz gibi davranmak yerine rol yaptığınızı hissettiğiniz oldu mu ?	Evet	Hayır

