



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

AGORAFOBİSİ OLAN VE OLMAYAN PANİK BOZUKLUK HASTALARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

DR. CANSU BAYĞIN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK

AYDIN-2020

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**AGORAFOBİSİ OLAN VE OLMAYAN PANİK
BOZUKLUK HASTALARININ
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE ŞİZOTİPAL
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ YÖNÜNDEN
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. CANSU BAYĞIN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Levent Sevinçok

AYDIN-2020

ÖNSÖZ

Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan onur duyduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlanma olanağı bulduğum, meslek hayatıma önemli katkıları bulunan tez danışmanım Prof. Dr. Levent Şevinçok'a,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli olan, uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan hocalarım, Prof. Dr. Ferhan Dereboy, Prof. Dr. Çiğdem Dereboy, Prof. Dr. Vesile Altınyazar, Doç. Dr. Bilge Doğan, Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş Öykü Memiş, Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge Şair'e en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Birlikte çalıştığım, beraber mutlu günler ve zorlu süreçler geçirdiğimiz tüm ruh sağlığı ve hastalıkları araştırma görevlisi arkadaşlarıma, psikiyatri ekibinin diğer üyeleri olan hemşire, psikolog, sekreter, güvenlik görevlisi ve personel arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca bugüne kadar her zaman yanımda olan, bu zorlu hayat sürecinde benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme ve sevgili eşim Uzm. Dr. Hüseyin Baygın'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr. Cansu Baygın

İÇİNDEKİLER:

Sayfa No

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2. GENEL BİLGİLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1. PANİK BOZUKLUĞU.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.1. Tanım.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	3
2.1.4. Etyoloji.....	4
2.1.4.1. Biyolojik Etkenler.....	4
2.1.4.1.1. Genetik.....	4
2.1.4.1.2. Nörotransmitterler.....	4
2.1.4.1.2.1. Noradrenalin.....	4
2.1.4.1.2.2. Serotonin.....	5
2.1.4.1.2.3. Gamma Aminobütirik Asit.....	5
2.1.4.1.2.4. Glutamat.....	5
2.1.4.1.2.5. Kolesistokinin.....	6
2.1.4.1.2.6. Kortikotropin Salgılatıcı Faktör.....	6
2.1.4.1.3. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	6
2.1.4.2. Psikososyal Faktörler.....	6
2.1.4.2.1. Psikodinamik Kuram.....	6
2.1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	7
2.1.5. Klinik Özellikler.....	7
2.1.6. Tanı.....	8
2.1.6.1. Panik Atağı.....	8
2.1.6.2. Beklenti Anksiyetesi.....	8
2.1.6.3. Agorafobi.....	9
2.1.6.4. DSM-IV-TR'ye Göre Panik Bozukluğu Tanısı.....	11
2.1.6.5. DSM-V'e Göre Panik Bozukluğu Tanısı.....	12
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	13

2.2.	ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	13
2.2.1.	Tanım.....	13
2.2.2.	Sınıflama..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	4
2.2.3.	Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	5
2.2.4.	Çocukluk Çağı Travmaları ve Panik Bozukluğu	15
2.3.	ŞİZOTİPİ.....	15
2.3.1.	Tanım ve Tarihçe	15
2.3.2.	Epidemiyoloji..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	6
2.3.3.	Sınıflama	16
2.3.4.	DSM-IV-TR'ye Göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanısı.....	17
2.3.5.	DSM-V'e Göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanısı	17
2.3.6.	Şizotipi ve Psikopatoloji.....	18
2.4.	ÇALIŞMANIN HİPOTEZİ	18
3.	GEREÇ ve YÖNTEM.....	19
3.1.	Hasta Seçimi	19
3.2.	Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	19
3.3.	Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	19
3.4.	Uygulanan Formlar ve Ölçekler	20
3.4.1.	Sosyodemografik Veri Formu	20
3.4.2.	DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme	20
3.4.3.	DSM-III-R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme	20
3.4.4.	Panik Agorafobi Ölçeği Hasta ve Gözleme Anketi.....	20
3.4.5.	Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği.....	21
3.4.6.	Şizotipal Kişilik Ölçeği.....	21
3.4.7.	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	21
3.4.8.	Hamilton Anksiyete Ölçeği.....	21
3.4.9.	Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği	22
3.4.10.	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.....	22
3.5.	İstatistiksel Yöntemler.....	22
4.	BULGULAR	23
4.1.	Agorafobili ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması	23
4.2.	Agorafobili ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması.....	23

4.3.Panik Bozukluk Şiddetini Belirleyen Değişkenler	24
4.4.Agorafobi Şiddetini Belirleyen Değişkenler	29
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇLAR	35
7. ÖZET	37
8. SUMMARY	39
9. KAYNAKLAR	41
10. EKLER.....	56



Tablo I. Agorafobili ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması.....	24
Tablo II. Agorafobili ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması.....	25
Tablo III. Lojistic Regresyon Analizi Sonuçları.....	26
Tablo IV. Agorafobili Ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Gruplarında Sosyodemografik Ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon.....	27
Tablo V. B Bölümü Hariç Panik Agorafobi Ölçeğini Yordayıcı Faktörler Açısından Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	28
Tablo VI. Agorafobi Skoru İle Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon.....	29
Tablo VII. Agorafobi Skorunu Yordayıcı Faktörler Açısından Lineer Regresyon Analizi Sonuçları	30

KISALTMALAR DİZİNİ:

BPB : Bipolar Bozukluk

CRF	: Kortikotropin Salgılatıcı Faktör
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
DSM-III	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM IV-TR	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
GABA	: Gamma Aminobütirik Asit
HAÖ	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD	: International Clacification of Disease
LSAÖ	: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PA	: Panik Atak
PB	: Panik Bozukluk
SCID-I	: DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
SCID-II	: DSM-III-R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Y-BOCS	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

EKLER DİZİNİ:

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu	56
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu.....	57
Ek 3. Panik Agorafobi Hasta Ölçeği	59
Ek 4. Panik Agorafobi Gözlemci Ölçeği	64
Ek 5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	67
Ek 6. Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form.....	69
Ek 7. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği	70
Ek 8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	72
Ek 9. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği	74
Ek 10. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği	75
Ek 11. SCID Kişilik Envanteri.....	80

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Panik bozukluk (PB) en sık karşılaşılan anksiyete bozukluğudur. Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayan, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik nöbetlerinin görülmesidir. Panik nöbetleri tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik nöbeti sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma-karıncaalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir. Ayrıca, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle hastalar sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler (1).

PB'ye agorafobi eşlik edebilir. Agorafobi, kişinin kendisini güvende hissetmemesi nedeni kaçınma davranışlarıdır. Bu davranışlar panik atak (PA) ya da sınırlı-belirtili ataklarla ilişkilidir. Kişinin başına kötü bir şey gelirse kaçamayacağı, yardım alamayacağı ortamlarda bulunmaktan kaçınma ya da korkma olarak tanımlanabilir. Evde yalnız kalmak, kapalı bir alışveriş merkezinde kalmak, asansöre binmek, toplu taşıma araçlarında seyahat etmek, tünel ya da köprüden geçmek ya da kalabalık yerlerde bulunmak tipik agorafobik durumlardır. Hasta bu ortamlardan kaçınarak olası panik belirtilerin olumsuz sonuçlarından kendisini korumaya çalışır.

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanabilir (2). ÇÇT altında yer alan çocuk istismarı veya ihmali ana-baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucu çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur (3).

Günümüzde kullanılan tanımla şizotipi, şizofreni spektrumunda bulunan, şizofreniye göre daha az şiddetli bir klinik tablodur. Şizotipinin genellikle şizofreniye yakınlık gösterdiği düşünülmektedir (4). İlk kez 1953 yılında Sandor Rado şizotipi terimini, şizofreninin psikotik olmayan fenotipik biçimi olarak tanımlamıştır. Şizotipi psikiyatrik tanı sistemlerine 1980'de DSM-III'le şizotipal kişilik bozukluğu biçiminde girmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre, şizotipal kişilik özellikleri taşıyanlar şüpheli ve alıngan olmaya eğilimlidir.

Davranışları ve konuşmaları tuhaf, farklı inanış ve ilgi alanları vardır. Duygulanımları kısıtlı olabilir ve kişilerarası yakınlık kurmada zorlanabilirler (5).

Şizotipi daha önce şizofreni, bipolar bozukluk (BPB) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gibi rahatsızlıklarda ele alınmış olup PB’de çok fazla incelenmemiştir. Agorafobide yer alan kaçınma ve davranışsal inhibisyonun şizotipi ile bağlantılı olabileceği ve bu nedenle şizotipal kişilik özellikleri olan PB hastalarında agorafobinin daha fazla olabileceği varsayılmıştır. Biz bu çalışma ile agorafobisi olan ve olmayan PB hastalarında ÇÇT ve şizotipal kişilik özelliklerinin karşılaştırmasını yapmanın yanı sıra agorafobi ve PB şiddetiyle olan ilişkisini de incelemeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. PANİK BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım:

Anksiyete bozuklukları içerisinde yer alan PB beklenen veya beklenmedik durumlarda meydana gelen, tekrarlayıcı, şiddetli korku ve huzursuzluk hissi yaratan PA'ları yanı sıra bu atağın ardından başka PA'ları yaşanacağına ilişkin beklenti anksiyetesi ile karakterizedir. Aynı zamanda PB kişide yaşam kalitesini düşürür ve önemli düzeyde işlev kaybına yol açar (6). PB anksiyete bozuklukları arasında sık görülen, kronik ya da yineleyici seyreden, ailevi, sosyal ve işlevsel yeti yitimine neden olan bir hastalıktır (7).

2.1.2. Tarihçe:

Panik (Panikos) sözcüğü, Yunan tanrısı Pan'dan üretilmiştir. Milattan önce 600'lü yıllarda Yunan şair Sappho yazdığı bir şiirde ilk kez PA'yı tanımlamıştır. Da Costa 1871 yılında Amerikan iç savaşı sırasında askerlerde eforla bağlantısı olduğunu düşündüğü çarpıntı, göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile giden ve "irritable heart" adını verdiği PA benzeri bir tablo tanımlamıştır (8). Anksiyete, 1869'da Beard tarafından tanımlanmış olan "nevrasteni" içinde ikinci derecede bir belirti olarak yer almış olup Freud 1895'te "anksiyete nevrozu" kavramını ortaya atmış ve nevrasteniden farklı bir sendrom tanımlamıştır. Klein PB'yi "anksiyete nevrozu"ndan ayırarak ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlamıştır (9). Böylece 1978 yılında RDC (Research Diagnostic Criteria) ölçütlerine (10) ilk kez PB terimi dâhil edilmesine büyük katkıda bulunmuştur. İlk kez PB terimi DSM-III'te (5) kullanılmıştır. DSM-III-R'de de agorafobi kavramı PB'ye eşlik eden bir klinik durum olarak eklenmiştir. DSM-IV'te (11) ve DSM-IV-TR'de (12) PA'nın tanımı yapılmış ve agorafobili ya da agorafobisiz PB olarak kodlanmıştır. 1992'de yayınlanan International Classification of Disorder-10'da (ICD-10) agorafobi ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (13). DSM-5'te PB ile agorafobi birbirinden ayrılmış ve ayrı birer anksiyete bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (10).

2.1.3. Epidemiyoloji:

PB genel popülasyonda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur (14). PB'nin yaşam boyu prevalansı %1.5-2.5'tur (15). PA oranı daha yüksek olup yüksek gelirli ülkelerde yaşam boyu PB'siz PA'nın yaygınlığını %14.4 olarak bildirilmektedir (16). Başka bir çalışmada yaşam boyu bir ya da daha fazla PA yaygınlığı %3.6-9.9 olarak bulunmuştur (7). ABD' de

DSM-III tanı ölçütleri esas alınarak yapılan Epidemiyolojik alan çalışmasında (ECA) PB'nin prevalansı %1.7 (kadınlarda %2.3, erkeklerde %1.0) olarak saptanmıştır (17).

2.1.4. Etiyoloji:

PB'nin etiolojisinde birçok etken bulunmakta olup bu etkenleri biyolojik ve psikososyal etkenler olarak ikiye ayırabiliriz.

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler:

2.1.4.1.1. Genetik:

Anksiyete bozuklukları arasında ailevi özelliği en belirgin olan PB'dir. PB olan hastaların birinci derece akrabalarında PB'nin yaşam boyu sıklığı %10-20 olarak verilmektedir (18). PB'nin genetik geçişi %48 olarak bildirilmektedir (19). Agorofobili PB'de, erken başlayan PB'de, çocukluk ayrılma anksiyetesi ve solunum sistemi belirtileri olanlarda kalıtımın daha önemli olduğundan söz edilmektedir (19).

Kromozom çalışmalarında 7. Kromozomdaki D7S521 lokusu %80, 16. Kromozom yakınındaki D16S749 lokusu ise %24 oranında PB ile ilişkili bulunmuştur (20). 9q31 kromozomdaki D9S271 lokusu tüm anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (21). 13. Kromozom, 22. Kromozom (22), 15. Kromozom yanındaki 15q24-26 bölgesi kromozomal duplikasyonları (23) fobi ve panikle ilişkili bulunmuştur (24). 4q32-q34, 15q-21 kromozomlarla PB ilişkilendirilmiştir (25). Genetik çalışmalarda PB etiolojisinde rol oynadığı düşünülen nörotransmitterler üzerine de çalışılmıştır. Katekol-O-metil transferaz (COMT) geninin Val158Met polimorfizminin PB'ye yatkınlık yarattığı gösterilmiştir (26). MAO-A geninin promoter allellerinin aktivite artışı kadınlarda PB ile ilişkilendirilmişse de, bu genin T941G polimorfizmi daha çok yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ile ilişkilidir (27).

2.1.4.1.2. Nörotransmitterler:

2.1.4.1.2.1. Noradrenalin:

Beyinde noradrenalinden en zengin bölge ponsta yer alan lokus seruleustur. Lokus seruleusun uyarılması noradrenerjik aktiviteyi artırır, anksiyete ve korku yanında korkuyla ilişkili bilişsel, duyuşsal ve otonom korku yanıtlarının oluşumuna neden olur (28).

Postsinaptik alfa-1 reseptörlerin uyarılması anksiyeteyi artırır. Presinaptik alfa-2 otoreseptör agonisti olan klonidinin anksiyolitik özellikler gösterdiği, alfa-2 reseptör antagonisti olan yohimbinin ise PA'ları arttırdığı bulunmuştur (29). Beta-1 ve beta-2 reseptörlerini bloke eden propranolol anksiyetenin somatik belirtilerini düzeltir.

2.1.4.1.2.2. Serotonin:

Beyin sapının dorsal ve median raphe nükleusunda lokalize olan nöronlar beyindeki primer serotonin kaynaklarıdır. Serotonerjik sistem iştah, enerji, uyku, duygudurum, libido ve kognitif fonksiyonların modülasyonundan sorumludur (30).

5-HT1A reseptörlerinin parsiyel agonisti olan buspiron anksiyete-panik belirtilerini düzeltir (31). 5-HT2 reseptörlerinin uyarılması PA'lara neden olur (32). 5-HT3 reseptörlerinin bloke edilmesinin de çeşitli deneysel modellerde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir. Bu veriler ondansetron gibi 5-HT3 reseptör antagonistlerinin anksiyete tedavisinde yeni bir ilaç grubu olabileceğini düşündürmektedir (33,34).

2.1.4.1.2.3. Gamma Aminobütirik Asit:

Gamma Aminobütirik Asit (GABA) santral sinir sisteminin en önemli inhibitör nörotransmitterdir. Dorsomedial/perifornikal hipotalamik bölgedeki kronik GABA'erjik inhibisyon PB ile ilişkilendirilmektedir (35). PB tedavisinde yaygın olarak kullanılan benzodiazepinler etkilerini çoğunlukla GABA-A reseptörleri üzerinden gösterir. GABA agonistlerinin anksiyolitik etkisi bulunurken, GABA antagonistlerinin anksiyojenik etkisi bulunmaktadır. PB olan hastalara GABA antagonisti olan flumazenil verildiğinde panik belirtileri ortaya çıkar (36).

2.1.4.1.2.4. Glutamat:

Glutamat santral sinir sisteminde en önemli eksitatör nörotransmitterdir. Panik belirtilerinin oluşmasında glutamatın GABAerjik sistemle karşılıklı ilişki içinde oldukları düşünülmektedir. Deneysel çalışmalarda dorsomedial hipotalamusta GABA sentezinin inhibisyonunun ardından intravenöz sodyum laktat uygulamasının anksiyete belirtilerine yol açması üzerine oluşturulan PB modelleri vardır (37).

2.1.4.1.2.5. Kolesistokinin:

Kolesistokinin esas olarak gastrointestinal sistemde bulunmasına rağmen santral sinir sisteminde de PA oluşmasında görevli nöromediatördür. Kolesistokinin A ve B olmak üzere 2 reseptörü vardır. PB hastalarında kolesistokinin-B agonistleri ile PA oluşabilir.

2.1.4.1.2.6. Kortikotropin Salgılatıcı Faktör:

Hipotalamustan salgılanan kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) endokrin, bilişsel, duygusal ve otonomik yanıtların düzenlenmesinde rol oynar. CRF-1 ve CRF-2 reseptörleri üzerinden etkilidir. CRF anksiyojen, CRF-1 antagonistleri anksiyolitik özellik taşır. CRF anksiyete ile en çok çalışılan nöropeptiddir.

2.1.4.1.3. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları:

PB olan hastalarda inferior frontal bölgelerde bilateral bölgesel kan akımında azalma izlenmiş (28).

PB hastalarının amigdala hacminde sağlıklı kontrollere göre küçülme olduğu saptanmıştır. PB hastalarında hipokampus ve özellikle sol parahipokampal girus, hipofiz, anterior singulat korteks, frontal korteks ve temporal kortekste de hacim kaybı olduğu, beyin sapı çekirdeklerinde, özellikle rostral ponsta hacim artışı olabileceği gösterilmiştir (38).

2.1.4.2. Psikososyal Faktörler:

2.1.4.2.1. Psikodinamik Kuram:

İlk kez 1894 yılında Freud tarafından tanımlanan anksiyete nevrozu kuramında yer alan içsel veya dışsal tetikleyici olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkan anksiyete tanımı PB'deki anksiyeteyi tanımlar (39). Kohut tarafından tanımlanan parçalanma ve yok olma anksiyeteleri PA'daki delirme ve ölüm korkularıyla bağdaştırılabilir. Agorafobi kaynaklı PA'ların ise hastadaki ayrılık anksiyetesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yetişkinliğinde agorafobik anksiyete yaşayan bireylerin çocukken ayrılık anksiyetesine maruz kaldıkları görülmüştür (40). PB ve agorafobi hastalarında savunma düzeneklerinden yer değiştirme, karşıt-tepki oluşturma ve bedenleştirme daha fazla görülür (41).

2.1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Kuram:

Clark'a göre PB bedensel duyuların felaketleştirilerek ve yanlış olarak yorumlanmasıdır (42). Bandura sıklıkla öngörülemeyen ve stresli durumları içeren koşullarla baş edebilmeyi sağlayan yaratıcı yetenek olarak açıklanabilen öz-etkinlik kavramı üzerine

yoğunlaşarak öz-etkinlikteki değişimin PA'ları yaratacağını ileri sürmüştür (43). Beck'e göre ise PB için tehlike olasılığı algısı, kişinin baş edebilme yeteneği düzeyi ve kurtarıcı etkenlerden oluşan üç farklı etkenin olması gerekmektedir (44).

2.1.5. Klinik Özellikler:

PB'nin ortalama başlangıç yaşı 25'tir. Başlangıç yaşının her iki cinsiyette de bimodal dağılım (15-24 ve 45-54 yaş) gösterdiği saptanmıştır (45). Yaşla birlikte azalma eğiliminde olduğu öne sürülmektedir. Yaşlı kişilerde yapılan bazı çalışmalar, örneklem özelliklerine bağlı olarak %0.4 ile %2.8 arasında değişen PB oranlarını rapor etmektedir (46,47).

Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de PB'nin başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte PB'nin daha sık olarak yirmili yaşların başında, agorafobisiz PB'nin ise daha fazla sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir (48).

Kadınlar erkeklere göre 2-3 kat daha fazla etkilenmektedir (49). Agorafobisi olan PB hastalarında, kadın erkek oranı kadınların lehine artmaktadır. Bazı araştırmacılar, aşırı kaçınmanın olduğu PB hastalarının dörtte üçünden fazlasını kadınların oluşturduğuna dikkati çekmiştir (50,51).

Kadın olmak ve erken dönemde stresli yaşam olaylarını deneyimlemek, genç yetişkinlerde (52) ve orta yaşlılarda (53) PA ve PB ile ilişkilidir. Ayrıca, boşanmış veya dul kalmış ya da düşük eğitim seviyesine sahip olmak gibi diğer psikososyal faktörlerle olan ilişki hala belirsizdir (53).

İlk PA'sından sonra birçok hastada yeni atak gelişme olasılığına karşı bir korku gelişir. Hastalarda kısa bir süre sonra ataklar arasındaki dönemlerde gerginlik ve kaygı düzeyleri artış gösterir. Endişeli beklenti, dikkat ve uyanıklık düzeyinde artış, motor gerginlik, PA gelişimine karşı bireyi koruyan eşiğin düşmesine ve yeni bir atak gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır (54).

2.1.6. Tanı:

PB; PA'ları, beklenti anksiyetesi ve agorafobi olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır (6).

2.1.6.1. Panik Atağı:

PA aniden ortaya çıkan, dakikalardan saatlere kadar uzayabilen, yoğun korku veya tedirginlik dönemidir. Beklendik veya beklenmedik olabilir (49). Belirtiler otonom sinir

sistemi (örneğin çarpıntı, terleme), solunum sistemi (nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi) ve merkezi sinir sistemi (depersonalizasyon, baş dönmesi) kaynaklı olabilir. Hastalar PA belirtilerini ölümcül bir hastalığın göstergesi olarak yorumlayabilirler. PA'ların çeşitli alt tipleri olup bunlar ayırıcı tanı ve tedavi seçimi açısından önemlidir.

Panik Atağı İçin DSM-IV Tanı Kriterleri:

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

- 1- Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- 2- Terleme
- 3- Titreme ya da sarsılma
- 4- Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
- 5- Soluğun kesilmesi
- 6- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- 7- Bulantı ya da karın ağrısı
- 8- Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- 9- Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- 10-Kontrolünü yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11-Ölüm korkusu
- 12-Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
- 13-Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

2.1.6.2. Beklenti Anksiyetesi:

Beklenti anksiyetesi PA'nın yatışmasının ardından gelişen yeni bir atak geçirme korkusu olarak tanımlanır. Beklenti anksiyetesi PA'nın eşliğini düşürerek yeni atakların ortaya çıkma riskini arttırabilir (1). Beklenti anksiyetesinin üç ögesi vardır. İlk olarak hastalar PA geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşlarına sahiptir. İlk PA'sından sonra hastalar yine bir PA olacak ve bu da tehlike yaratacak inancı ve beklentisi içine girerler. Süregiden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkmaya başlarlar (11). Beklenti anksiyetesi durumsal PA'larına, agorafobik kaçınma davranışlarına ve sağlık anksiyetesine zemin hazırlamaktadır.

2.1.6.3. Agorafobi:

Agorafobi çok değişik durumlarla karşılaşma ya da karşılaşacak olma beklentisiyle yoğun bir korku ya da kaygı duygusunun tetiklenmesidir (6). Agorafobi terimi 1871’de Carl F.O. Westphal tarafından tanımlanmıştır (55). Yunanca agora ve phobos kelimelerinden türetilmiş olup “pazar yeri korkusu” anlamına gelmektedir (49). DSM-III’te “belirgin korku ve yalnız kalmaktan, kaçmanın zor olduğu toplu alanlardan veya aniden işlevsiz hale gelip yardım isteyemeyecek durumlardan kaçınma” olarak tanımlanmıştır (5). DSM-III-R (56) ve DSM-IV’te (11) agorafobi PB’nin bir alt tipi olarak tanımlanmıştır. DSM-5’te PB ile agorafobi birbirinden ayrılarak ayrı birer anksiyete bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (6).

Tipik agorafobik durumlar evde yalnız kalmak, açık alanda ya da alışveriş merkezinde bulunmak, asansöre binmek, metro, otobüs ya da diğer toplu taşıma araçlarıyla seyahat etmek, tünel ya da köprüden geçmek ya da kalabalık yerlerde bulunmaktır.

Agorafobinin yaşam boyu yaygınlığı %2-6 oranında değişir (49). Ortalama başlangıç yaşı yirmili yaşlarda olup (57) büyük çoğunluğu 55 yaşından önce başlar (58). Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülür. Agorafobi gelişimi için bilinen risk faktörleri; genç yaş, kadın cinsiyet, PB tanısı varlığı ve diğer fobik bozuklukların tanısının varlığıdır (59).

PB hastalarının %35-75’inde agorafobi de eşlik etmektedir. Agorafobinin PB’ye eşlik ettiği durumlarda, PB’nin tek başına olduğu durumlara göre tedaviye yanıt ve sosyal işlevsellik daha kötü olarak saptanmıştır (60).

Agorafobi ayırıcı tanısında sosyal kaygı bozukluğu, özgül fobi, TSSB, OKB, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, majör depresif bozukluk, genel tıbbi durumlar yer alır.

Agorafobi İçin DSM-IV-TR Tanı Kriterleri: (12)

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren 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 bir takım 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 ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (örn: utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), OKB (örn: bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), TSSB (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.

Agorafobi İçin DSM-V Tanı Kriterleri: (61)

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma

1-Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).

2-Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).

3-Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).

4-Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.

5-Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. inflamatuvar bağırsak hastalığı, Parkinson hastalığı), korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal tür ile sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan

kusurlarla (beden algısı bozukluğunda olduğu gibi), örseleyici olayları anımsatıcılarla (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir.

Not: Agorafobi tanısı panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü hem panik bozukluğu hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır.

Tanı için A kriterlerini (iki veya daha çoğu) karşılamasa da agorafobi belirtisinin varlığı dikkate alınmalıdır. Yaşı 6-18 arasında değişen 151 katılımcının yer aldığı çalışmada, DSM-IV tanı kriterlerine göre katılımcıların dörtte birine agorafobi tanısı konulurken, değişen kriterler sonrası önemli klinik belirtilere ve işlevsellikte kayba yol açmasına rağmen DSM-5'e göre artık bu katılımcılara agorafobi tanısı konulamamaktadır (62).

2.1.6.4. DSM-IV-TR'ye Göre Panik Bozukluğu Tanısı:

DSM-IV-TR'ye göre agorafobi olmadan panik bozukluğu tanısı aşağıdakilerin varlığı ile konulur (12).

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

(1) Yineleyen, beklenmedik panik atakları

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

i. Başka atakların da olacağına dair sürekli bir kaygı

ii. Atığın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örneğin, kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak endişe duyma

iii. Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olmaması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin, hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik atakları, sosyal fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), özgül fobi (örneğin, özgül bir fobik durumla karşılaşma), OKB (örneğin, bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), TSSB (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlara tepki olarak) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. evden

ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.6.5. DSM-V'e Göre Panik Bozukluğu Tanısı: (61)

A. Yinelenen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı durumdur:

- 1-Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
- 2-Terleme
- 3-Titrema ya da sarsılma
- 4-Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma durumu
- 5-Soluğun tıkanması durumu
- 6-Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
- 7-Bulantı ya da karın ağrısı
- 8-Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma durumu
- 9-Terleme, titreme, ürperme ya da ateş basması durumu
- 10-Uyuşmalar
- 11-Gerçekdışılık (kendinden kopma ya da yabancılaşma durumu)
- 12-Denetimi yitirme ya da çıldırma korkusu
- 13-Ölüm korkusu

B. Ataklardan en az birinden sonra, diğerlerinden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir süreyle) olur:

1. Başka panik atakların olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimi yitirme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ile ilgili sürekli bir kaygı duyma, tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğu ile giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) belirtilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk başka bir bozuklukla açıklanamaz.

2.1.7. Ayırıcı Tanı:

Komorbidite çalışmaları incelendiğinde, PB'nin duygudurum bozuklukları başta olmak üzere diğer eksen-I bozukluklarıyla yüksek oranlarda komorbidite gösterdiği görülmektedir (63). Majör depresyon ve PB'nin yaşam boyu birlikteliğinin %50-60 oranında olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (64,65).

PB'nin sosyal fobi, TSSB, OKB ve özgül fobi ile birlikteliği sıktır (66). PB ve anksiyete bozuklukları beraberinde görülen tanı oranları, YAB için %23-35, özgül fobi için %16-33, sosyal anksiyete bozukluğu için %10-40, OKB için %8-28 ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu için %7 olarak bildirilmiştir (67).

Madde kullanım bozukluğu da PB ile sıklıkla birlikte görülebilir (68). Eksen II kişilik bozukluklarının PB ile birlikte görülme oranı %40-50'dir. Özellikle C küme kişilik bozuklukları PB olan bireylerde hastalığa en sık eşlik eden Eksen II bozukluklardır (69,70) PB'ye ayrıca eşlik eden hastalıklar olduğunda intihar girişimi oranları artmaktadır (71). Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (72). PB hastalarının mizaç özelliklerini araştıran birçok çalışmada kontrol grubuna göre yüksek zarardan kaçınma puanları saptanmıştır (73-79). PB tanısı konmadan önce genel tıbbi durumlar da mutlaka sorgulanmalıdır.

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.2.1. Tanım:

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanabilir (2). Dünya Sağlık Örgütü ÇÇT'yi "çocuk istismarı ya da çocuğa kötü muamele, çocukla kurulan sorumluluk, güven ve güç ilişkisi içerisinde çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve onuruna zarar veren veya verme potansiyeli içeren her türlü fiziksel veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranışı veya ticari olan ya da olmayan her türlü sömürüyü içerir" şeklinde tanımlamıştır (80).

2.2.2. Sınıflama:

İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak; ihmal ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır. Normal yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal en yüksek oranlarda birlikte görülen çocukluk çağı ihmal ve istismar türleridir (81).

Fiziksel İstismar:

Fiziksel istismar çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda sosyal işlevsellikte birçok eksiklik fark edilmekte olup bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir. Saldırgan ve suça yönelik davranışlar fiziksel istismar ile en sık birliktelik gösteren sorunlardır. Fiziksel istismara uğramış kişilerde intihar düşünceleri ve girişimlerine daha yüksek oranda rastlanılmaktadır (82).

Cinsel İstismar:

Cinsel istismar kavramı henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanma, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması olarak tanımlanır (83). Çocukluk çağında cinsel istismar bildirilen örneklerde depresyon, fobi, OKB, PB, TSSB ve cinsel işlev bozukluklarının normal popülasyondan daha yüksek olduğu saptanmıştır (84).

Duygusal İstismar:

Duygusal istismar, çocukların ihtiyaç duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılma durumudur. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gerginlik, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlarda bulunma sıktır (85).

Fiziksel İhmal:

18 yaşından küçük olanların yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğramasıdır (82). Fiziksel ihmal çocuğun sosyal, bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişiminde ağır ve uzun dönemli sonuçlar doğurabilmektedir. İhmal edilmiş çocuklarda fiziksel istismara uğramış çocuklara göre daha ağır bilişsel ve akademik

bozukluklar, daha fazla sosyal içe çekilme, daha kısıtlı arkadaş ilişkileri ve daha yoğun içeatım sorunları görülmektedir (86).

Duygusal İhmal:

Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, yeterli sevgi ve şefkat göstermeme, sosyal gelişimi için yeterli desteği sağlamama, sosyal kuralları öğretmeme olarak tanımlanır (87).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji:

ÇÇT ile yetişkin dönemde TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları (PB, agorafobi, sosyal fobi), OKB, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları (özellikle sınır kişilik bozukluğu), yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, BPB, psikotik bozukluklar gibi çeşitli ruhsal sorunlar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (88,89). Erken çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşantıların erişkin dönemde intihar eğilimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (90).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Panik Bozukluğu:

PB'nin ÇÇT ile birlikteliği, yetişkinlik çağı travmalarına göre daha çoktur (91). Yapılan bir çalışmada ÇÇT erişkinlikteki travmalara oranla PB ile daha fazla bağlantılı bulunmuştur (92). Başka bir çalışmada ÇÇT'nin PB'nin tekrarlamasında bir prediktör olduğu bulunmuştur (93).

2.3. ŞİZOTİPİ VE ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.3.1. Tanım ve Tarihçe:

Şizotipi terimi ilk olarak Sandor Rado (94) tarafından şizofreninin fenotipik olmayan biçimi ve genetik bir yatkınlık zemininde ortaya çıkan kişilik örgütlenmesi olarak tanımlanmıştır. Paul Meehl (95) şizotipinin şizotaksi olarak tanımladığı nöronal entegrasyonda bir bozukluk nedeniyle ortaya çıktığını öne sürerek şizotipinin tanımlanmasına katkı sağlamıştır. Faraone ve arkadaşları (96) ise şizotaksinın çoğu zaman şizotipal kişilik bozukluğu veya şizofreniye ilerlemediğini öne sürmüşlerdir. Lewandowski ve arkadaşları (97), şizotipik bireylerin çoğunda silik düşünce bozukluğu belirtileri ve bilişsel bozukluklar görüldüğünü ileri sürmüşlerdir. İlk olarak Kety ve arkadaşları (98) tarafından şizofreni

spektrumu kavramı tanımlanmıştır ve günümüzde şizotipi, şizofreni spektrum bozuklukları içerisinde yer almaktadır. Şizotipi, şizofreni spektrum bozukluklarının prototipi olarak kabul edilmiştir (99). Şizotaksi, şizotipi, şizoaffektif bozukluk, şizotipal kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğu da bu spektrumdaki bozukluklardır (100). Şizotipal kişilik bozukluğu DSM-IV-TR (12) eksen II bozuklukları sınıflamasında yer almıştır. DSM V’te şizotipal kişilik bozukluğu “Şizofreni ve ilişkili diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında yer almıştır (61).

2.3.2. Epidemiyoloji:

Şizotipal kişilik bozukluğunun toplumda yaşam boyu yaygınlığı %0.7-5 arasında değişmektedir (101,102). Şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında şizotipal kişilik özellikleri daha sık görülmektedir. Bir çalışmada adolesan dönemde şizotipi belirtileri olanların şizofreniye dönme oranının %20-40 arasında olduğu bildirilmiştir (103). Negatif şizotipinin erkeklerde, pozitif şizotipinin ise kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (104). Etiyolojide çok genli/çok etmenli etiyoloji modelleri üzerinde durulmaktadır (96). Yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında şizofreni spektrum bozukluklarında şizofreniye benzer olarak frontal lob, pariyetal lob, amigdala ve hipokampusu da içeren medial temporal lob striatum, kaudat nukleus ve talamus pulvinar nukleusunda hacim azalması ve limbik sistemde değişiklikler olduğu bildirilmiştir (105).

2.3.3. Sınıflama:

Şizotipi için üç faktörlü model öne sürülmüştür ve araştırmalarda en çok kullanılan bu modeldir (106-108). Pozitif şizotipide; şüphecilik, alınganlık, olağandışı algısal yaşantı ve deneyimler, bedensel illüzyonlar, batıl inançlar, gaipten haber verme, altıncı his, saçma düşlemlerle uğraşıp durma, büyüsel düşünceler görülür. Negatif şizotipide; ilişki kurmada isteksizlik ve yetersizlik, arkadaş sayısının azlığı, yetersiz uyum, tuhaf iletişim şekli ve sosyal izolasyon görülür. Dezorganize şizotipide ise; tuhaf davranış veya konuşmalar, acayip alışılmışın dışında giyim tarzı şeklinde belirtiler gözlenmektedir. Bir çalışmada negatif şizotipi, pozitif şizotipi, kişilerarası duyarlılık ve sosyal izolasyon/içe dönüklük boyutlarından oluşan 4 faktörlü modelin yapısı iyi açıkladığı bulunmuştur (109).

2.3.4. DSM-IV’e Göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanısı: (12)

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik dönemimde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, bilişsel veya algısal

çarpıklıkların ve alışılmışın dışında davranışların yanı sıra yakın ilişkilerde birdenbire rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme becerisinde azalma ile kendini gösteren, toplumsal ve kişilerarası yetersizliklerin olduğu sürekli bir örüntüdür:

1. Referans fikirler.

2. Davranışları etkileyen ve kültürel değerlerle uyumlu olmayan acayip inanışlar ya da büyüsel düşünceler. (örn.batıl inanç, “gaipten haber verme”ye inanma, telapati ya da “altıncı his”, çocuklarda ve ergenlerde saçma sapan düşlemler ya da bunların üzerine düşünüp durmalar)

3. Olağandışı algısal yaşantılar, bedensel yanılsamalar.

4. Acayip düşünüş biçimi ve konuşma. (belirsiz, mecazi, çevresel, aşırı ayrıntılı ya da basmakalıp)

5. Kuşkuculuk ya da paranoid düşünce.

6. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım.

7. Acayip, alışlagelmişin dışında ya da çok kendine özel davranış veya görünüm.

8. Birinci derece akrabalar dışında yakın arkadaş ve sırdaşların olmaması.

9.Yakından tanımakla azalmayan aşırı toplumsal anksiyete, kendisi hakkında olumsuz yargılardan çok paranoid korkular bu bozukluğa eşlik etme eğilimi taşır.

B. Şizofreninin, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğunun veya başka bir psikotik bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.3.5. DSM-V’e Göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanısı: (61)

A. Aşağıdakilerden en az beşi ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamda ortaya çıkan, yakın ilişkilerde birden rahatsızlık duyma, toplumsal ve kişilerarası eksikliklerin yanı sıra bilişsel ve algısal çarpıtmalar ve sıradışı davranışlarla giden yaygın bir örüntü;

1- Alınma düşünceleri

2-Davranışları etkileyen alışlagelmişin dışında inançlar ya da büyüsel düşünme

3- Olağandışı algısal yaşantı, bedensel yanılsamalar

4- Olağana aykırı düşünce ya da konuşma

5- Kuşkuculuk ya da kuşkucu düşünceler

6-Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım

7- Sıra dışı davranış ya da görünüm

8- Birinci derece akrabalarının dışında yakın arkadaşlarının olmaması

9- Yakınlaşmayla azalmayan toplumsal kaygıya kuşkucu korkular eşlik eder.

B. Yalnızca şizofreni, iki uçlu bir bozukluk, psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Şizofreninin başlangıcı öncesinde tanı ölçütleri karşılanıyorsa ‘hastalık öncesi’ deyişini ekleyin (hastalık öncesi şizotipal kişilik bozukluğu)

2.3.6. Şizotipi ve Psikopatoloji:

Şizotipiye depresyon ve anksiyete belirtileri eşlik edebilmektedir. Yapılan bir çalışmada pozitif şizotipinin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu, negatif şizotipinin daha çok şizofreni spektrum bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (97). Şizotipal kişilik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu (%36.7), paranoid kişilik bozukluğu (%20.2), şizoid kişilik bozukluğu (%20), BPB tip 1 ve 2 (%22.1; %14.2), OKB (%13.5) ve major depresif bozukluk (%6.6) en sık komorbid durumlardır (110).

2.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZİ:

- 1- ÇÇT ve şizotipal kişilik özellikleri PB’nin klinik yönden şiddetini artırabilir.
- 2- ÇÇT ve şizotipal kişilik özellikleri agorafobisi olan PB hastalarında daha sık görülür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Hasta Seçimi:

Çalışmanın başlangıcında öncelikle Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır. Aydın Adnan Menderes

Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran, yaşam boyu PB tanısı alan tüm hastaların gönüllük esasına göre çalışmaya alınması planlanmıştır. Bu nedenle güç analizi yapılmamıştır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran 18-65 yaş arası, DSM IV'e göre PB tanısı alan 75 hasta sözlü ve yazılı onam formu alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- 1-18-65 yaş arası olmak
- 2-Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine başvuruda bulunup PB tanısı almak
- 3-Okur-yazar olmak
- 4-Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

3.3.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- 1-Şizofreni/BPB ve ilişkili bozuklukların bulunması
- 2-Mental retardasyon ve/veya nörolojik bir bozukluğun olması
- 3-Alkol/madde bağımlılığının bulunması
- 4-Fizyolojik etkileriyle PB'yi oluşturacak genel tıbbi bir durumun bulunması
- 5-Başvuru yakınmalarının asıl olarak DSM-IV'e göre OKB, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, TSSB tanılarını karşılaması
- 6-Yaşam boyu diğer anksiyete bozukluğu ve depresyon eş tanısı olanların ölçek puanlarının HDDÖ >25, Y-BOCS >16, LSAÖ >50 olması
- 7-İlk travmatik yaşantısı 18 yaşından sonra gerçekleşen kişiler arasında agorafobisi bu travmadan sonra başlayan olgular

3.4. Uygulanan Formlar ve Ölçekler:

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini ayrıntılı olarak kaydetmek için cinsiyet, yaş, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, evlilik ve eğitim durumları gibi sosyodemografik özellikleri ayrıntılı olarak kaydedilmiştir.

3.4.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir (11). SCID-I' in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (111).

3.4.3. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II):

Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olup (112), dilimize çevirisi Soriaş ve arkadaşları (1990), güvenilirlik çalışması ise Coşkunol ve arkadaşları (113) tarafından yapılmıştır. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermekte ve görüşme sırasında özellikle formda “evet” olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durularak hangi ölçütlerin karşılandığı değerlendirilmektedir. Çalışmada sadece A küme kişilik bozukluklarını test eden sorular kullanılmıştır.

3.4.4. Panik Agorafobi Ölçeği Hasta Ve Gözleme Anketi:

Hem gözlemci hem hastanın yapabileceği ayrı ayrı formlar geliştirilmiştir. PB tanısı almış bireylerde PA'yı, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddet derecelendirir. Her alt bölüm puanı kendi şiddetini, toplam puan ise PB şiddetini gösterir. Her iki ölçekte de beşer başlıkta toplam 14 soru bulunmaktadır. Kesme noktası hasta ölçeği için 11, gözlemci ölçeği için 12 olarak alındığında en yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir (114). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (115).

3.4.5. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği:

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır (116). Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan, ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılan bu ölçek İngilizce özgün biçiminden konu üzerinde uzun yıllar deneyimi bulunan Vedat Şar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, her iki dile hakim bir uzman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiş, iki versiyon arasında tutarlılık sağlanmıştır (117).

3.4.6. Şizotipal Kişilik Ölçeği:

Ölçeğin toplam puanı 0-74 arasında değişir (118). Sorular evet ya da hayır diye yanıtlanır. Bilişsel algısal şizotipi puanı referans fikirleri, garip inanış-büyüsel düşünce, sıradışı algısal yaşantı ve şüphecilik alt ölçeklerinin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır. Kişilerarası şizotipi puanı, aşırı sosyal anksiyete, yakın arkadaş yokluğu, kısıtlı duygulanım ve şüphecilik puanlarının toplanmasıyla elde edilirken; dezorganize şizotipi puanını hesaplamak için garip davranış ve garip konuşma puanları toplanır. Ölçeğin 22 sorudan oluşan kısa formunun da Türkçe güvenilirliği Ayçiçeği ve ark. tarafından yapılmıştır (119). Bu çalışmada ölçeğin 22 soruluk kısa formu kullanılmıştır.

3.4.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

Hamilton ve ark. tarafından geliştirilen ölçek depresif belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır (120). Hekim tarafından uygulanan ölçekte 17 depresif belirtinin her biri için belirlenmiş 0 ve 4 arasında değişen puanlama dizgesi kullanılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır (121).

3.4.8. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ):

Anksiyete düzeyi ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır (122). Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır (123). Uygulayıcı 14 maddeden oluşan ölçekte her belirti için ayrıca belirlenmiş 0 ile 4 arasında puanlama yapar. Puan aralığı 0-56 arasındadır. 1,2,3,5 ve 6. maddeler psişik alt puan ve 4,7,8,9,10,11,12,13. maddeler somatik alt puanlar olarak hesaplanır.

3.4.9. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSAÖ):

Sosyal ortamlarda ve performans gerektiren durumlarda yaşanan korku ve kaçınmanın şiddetini değerlendirmek amacıyla Liebowitz tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (124). Sosyal durumları değerlendiren 11, performans gerektiren durumları değerlendiren 13 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşan ölçek klinisyen tarafından uygulanır. LSAÖ Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik testi yapılmıştır (125).

3.4.10. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS):

OKB tanılı hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla, psikopatoloji bilen görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir (126). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (127). Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, ancak belirti şiddetini ölçmek amacıyla yalnızca ilk 10 madde kullanılmaktadır. Ölçeğin yanında, geçmişteki ve şu andaki belirtilerin tanınmasına yardımcı olan Y-BOCS Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Y-BOCS'nün puanlanmasında obsesyon ve kompulsiyonlar beşer madde ile ve her bir madde dört puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlanmakta, obsesyon ve kompulsiyon alt toplam puanları ve sonunda en fazla 40 puan üzerinden toplam bir puan elde edilmektedir.

3.5. İstatistiksel Yöntemler:

Araştırma verileri “Statistical Package for Social Sciences for Windows” version 22 (SPSS Inc; Chicago, IL, USA) istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Araştırmada kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare Testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının karşılaştırılmasında Student-t Testi, bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki normal dağılıma uygunluk gösteriyorsa Pearson Korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermiyorsa Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0.05'ten küçük saptanması koşulu aranmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Agorafobili Ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

Çalışmamızda 75 kişiden oluşan örneklem agorafobili PB (s=32) ve agorafobisiz PB (s=43) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Her iki grupta cinsiyet, meslek, yetiştiği çevre, yaşam boyu ek psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı, intihar öyküsü bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Agorafobili PB hastalarının %43.8'i, agorafobisiz PB hastalarının %76.7'si evliydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.010$). (Tablo I).

4.2. Agorafobili Ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması

Gruplar normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Her iki grupta yaş, toplam öğrenim yılı ve PB süresi bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. PB başlangıç yaşı agorafobili grupta agorafobisiz gruba göre daha erken yaşıyordu ($p=0.036$). Panik agorafobi ölçeği toplam puanları agorafobili grupta daha yüksek bulundu ($p<0.0001$). B bölümü hariç panik agorafobi ölçeği skoru agorafobili grupta daha yüksek saptandı ($p=0.006$). HAÖ puanları agorafobili grupta daha yüksekti ($p=0.014$). Şizotipal kişilik ölçeği puanları agorafobili grupta daha yüksekti ($p<0.0001$). ÇÇT ölçeği ($p<0.0001$), bu ölçekteki istismar alt ölçeği ($p<0.0001$) ve ihmal alt ölçeği ($p<0.0001$) puanları agorafobili grupta daha yüksekti (Tablo II).

Tablo I: Agorafobili Ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

	AGORAFO BI (+) (s=32)		AGORAFO BI (-) (s=43)				
	S	%	s	%	x2	D F	P
<u>CINSİYET</u>					0.028	1	0.866
ERKEK	15	46.9	21	48.8			
KADIN	17	53.1	22	51.2			
<u>MEDENİ DURUM</u>					9.151	2	0.010
BEKAR	14	43.8	9	20.9			
EVLİ	14	43.8	33	76.7			
DİĞER	4	12.5	1	2.3			
<u>MESLEK</u>					2.668	4	0.615
ÇALIŞIYOR	13	40.6	20	46.5			
İŞSİZ	3	9.4	4	9.3			
EVHANIMI	5	15.6	10	23.3			
EMEKLİ	4	12.5	5	11.6			
ÖĞRENCİ	7	21.9	4	9.3			
<u>YETİŞTİĞİ ÇEVRE</u>					2.172	1	0.141
ŞEHİR	15	46.9	13	30.2			
KIRSAL	17	53.1	30	69.8			
<u>YAŞAM BOYU EK PSIKİYATRİK HASTALIK</u>					2.412	1	0.120
YOK	21	65.6	35	81.4			
VAR	11	34.4	8	18.6			
<u>AİLEDE PSIKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ</u>					0.187	1	0.665
YOK	17	53.1	25	58.1			
VAR	15	46.9	18	41.9			
<u>SİGAR</u>					3.989	2	0.136
A							
YOK	15	46.9	28	65.1			
VAR	17	53.1	15	34.9			
<u>ALKOL/MADDE</u>							
YOK	32	100.0	43	100			
VAR	0	0.0	0	0.0			
<u>İNTİHAR ÖYKÜSÜ</u>					1.536	1	0.215
YOK	28	87.5	41	95.3			
VAR	4	12.5	2	4.7			

Tablo

II:

Agorafobili Ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Hastalarının Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması

	AGORAFOBİ (+) (s=32)		AGORAFOBİ (-) (s=43)		STATISTICAL ANALYSIS		
	MEAN	SD	MEAN	SD	U	Z	P
YAŞ	37.81	14.707	40.33	12.396	605.000	-0.890	0.374
TOPLAM ÖĞRENİM YILI	11.59	4.435	10.63	4.203	596.500	-0.993	0.321
PANİK BOZUKLUK BAŞLANGIÇ YAŞI	27.66	11.702	32.86	11.403	492.000	-2.102	0.036
PANİK BOZUKLUK SÜRESİ (AY)	122.19	137.035	90.49	137.05	598.000	-0.966	0.334
AGORAFOBİ BAŞLANGIÇ YAŞI	29.09	13.707					
PANİK AGORAFOBİ HASTA ÖLÇEĞİ	19.53	10.176	7.35	8.815	237.500	-4.844	<0.0001
B BÖLÜMÜ HARİÇ PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	12.44	9.023	7.35	8.815	431.000	-2.768	0.006
AGORAFOBİ SKOR	7.09	2.570	0.00	0.000	0.000	-8.190	<0.0001
HAÖ	8.22	6.052	5.35	5.916	460.500	-2.454	0.014
ÇÇT	40.91	10.397	30.19	6.299	210.500	-5.178	<0.0001
İSTİSMAR ALT ÖLÇEĞİ	21.06	7.089	16.21	3.420	309.500	-4.503	<0.0001
İHMAL ALT ÖLÇEĞİ	19.22	5.667	12.37	4.047	230.000	-5.093	<0.0001
ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ	7.25	5.124	2.47	3.788	307.000	-4.153	<0.0001

PB-Agorafobi birlikteliği ile bağımsız değişkenler olan PB başlangıç yaşı, panik agorafobi hasta ölçeği, HAÖ, istismar alt ölçeği, ihmal alt ölçeği ve şizotipal kişilik ölçeği puanlarının her biri ile olan ilişkisi lojistic regresyon analizi ile incelendi (Tablo III).

Panik agorafobi hasta ölçeği (**p=0.001**), HAÖ (**p=0.008**) ve ihmal alt ölçeği skoru (**p=0.002**) agorafobili PB ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

Tablo III: Lojistic Regresyon Analizi Sonuçları

BAĞIMLI DEĞİŞKEN	BAĞIMSIZ SÜREKLİ DEĞİŞKENLER	B	S.E	DF	P	Exp(B)
PANİK BOZUKLUK+ AGORAFOBİ	PANİK BOZUKLUK BAŞLANGIÇ YAŞI	-0.013	0.032	1	0.687	0.987
	PANİK AGORAFOBİ HASTA ÖLÇEĞİ	-0.264	0.072	1	<0.0001	0.768
	HAÖ	0.228	0.091	1	0.012	1.257
	İSTİSMAR ALT ÖLÇEĞİ	-0.091	0.071	1	0.200	0.913
	İHMAL ALT ÖLÇEĞİ	-0.297	0.079	1	<0.0001	0.743
	ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ	-0.050	0.101	1	0.623	0.952

4.3. Panik Bozukluk Şiddetini Belirleyen Değişkenler:

Tablo IV: Agorafobili Ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Gruplarında Sosyodemografik Ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon (n=75)

	B Bölümü Hariç Panik Agorafobi Ölçeği Puanı		İhmal		İstismar		Şizotipal Kişilik Ölçeği		Panik Bozukluk Başlangıç Yaşı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
İhmal	0.196	0.093								
İstismar	0.248	0.032	0.687	<0.0001						
Şizotipal Kişilik Ölçeği	0.401	<0.0001	0.533	<0.0001	0.446	<0.0001				
Panik Bozukluk Başlangıç Yaşı	-0.180	0.122	-0.209	0.072	-0.240	0.038	-0.303	0.008		
HAÖ	0.768	<0.0001	0.233	0.044	0.292	0.011	0.356	0.002	-0.029	0.802

B bölümü hariç panik agorafobi hasta ölçeği ile istismar alt ölçeği skoru ($p=0.032$), şizotipal kişilik ölçeği puanı ($p<0.0001$) ve HAÖ puanları ($p<0.0001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. İhmal alt ölçeği skoru ile istismar alt ölçeği skoru ($p<0.0001$), şizotipal kişilik ölçeği puanı ($p<0.0001$) ve HAÖ puanları ($p=0.044$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. İstismar alt ölçek skoru ile şizotipal kişilik ölçeği puanı ($p<0.0001$) ve HAÖ puanları ($p=0.011$) pozitif yönde anlamlı ilişkiliyken, PB başlangıç yaşının ($p=0.038$) negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Şizotipal kişilik ölçeği puanı, PB başlangıç yaşı ($p=0.008$) ile negatif yönde ilişkiliyken, HAÖ puanları ($p=0.002$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo IV).

Tablo V: B Bölümü Hariç Panik Agorafobi Ölçeğini Yordayıcı Faktörler Açısından Lineer Regresyon Analizi Sonuçları (n=75)

	B	S.E	BETA	T	P
HAÖ	1.012	0.123	0.671	8.230	<0.0001
İSTİSMAR ALT ÖLÇEĞİ	0.087	0.137	0.055	0.632	0.529
ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ	0.355	0.151	0.192	2.356	0.021

HAÖ ($p<0.0001$) ve şizotipal kişilik ölçeği ($p=0.021$) B bölümü hariç panik agorafobi ölçek skoru ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (Tablo V).

4.4. Agorafobi Şiddetini Belirleyen Değişkenler:

Tablo VI: Agorafobi Skoru İle Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon (n=75)

	Agorafobi Skoru		B Bölümü Hariç Panik Agorafobi Ölçeği Puanı		Panik Bozukluk Başlangıç Yaşı		HAÖ		Şizotipal Kişilik Ölçeği		İstismar Alt Ölçeği	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
B Bölümü Hariç Panik Agorafobi Ölçeği Puanı	0.363	0.001										
Panik Bozukluk Başlangıç Yaşı	-0.222	0.055	-0.180	0.122								
HAÖ	0.315	0.006	0.766	<0.0001	-0.029	0.802						
Şizotipal Kişilik Ölçeği	0.446	<0.0001	0.401	<0.0001	-0.303	0.008	0.356	0.002				
İstismar Alt Ölçeği	0.528	<0.0001	0.248	0.032	-0.240	0.038	0.292	0.011	0.446	<0.0001		
İhmal Alt Ölçeği	0.566	<0.0001	0.196	0.093	-0.209	0.072	0.233	0.044	0.533	<0.0001	0.687	<0.0001

Panik agorafobi hasta ölçeği agorafobi puanları ile B bölümü hariç panik agorafobi ölçeği puanı ($p=0.001$), şizotipal kişilik ölçeği puanı ($p<0.0001$), istismar alt ölçeği ($p<0.0001$) ve ihmal alt ölçeği skorları ($p<0.0001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. B bölümü hariç panik agorafobi ölçeği puanı ile HAÖ ($p<0.0001$), şizotipal kişilik ölçeği puanı ($p<0.0001$) ve istismar alt ölçeği skorları ($p=0.032$) arasında

pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. PB başlangıç yaşı ile şizotipal kişilik ölçeği (**p=0.008**) ve istismar alt ölçek skorları (**p=0.038**) negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. HAÖ ile şizotipal kişilik ölçeği puanı (**p=0.002**), istismar alt ölçeği (**p=0.011**) ve ihmal alt ölçeği skorları (**p=0.044**) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Şizotipal kişilik ölçeği ile istismar alt ölçeği (**p<0.0001**) ve ihmal alt ölçeği skorları (**p<0.0001**) arasında ve istismar alt ölçeği ile ihmal alt ölçeği skorları (**p<0.0001**) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. (Tablo VI)

Tablo VII: Agorafobi Skorunu Yordayıcı Faktörler Açısından Lineer Regresyon Analizi

	B	S.E	BETA	T	P
--	---	-----	------	---	---

Sonuçları (n=75)

B BÖLÜMÜ HARİÇ PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ PUANI	0.100	0.041	0.235	2.427	0.018
İSTİSMAR ALT ÖLÇEĞİ	0.119	0.081	0.177	1.478	0.144
İHMAL ALT ÖLÇEĞİ	0.334	0.064	0.501	5.177	<0.0001
ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ	0.070	0.092	0.089	0.755	0.453
PANİK BOZUKLUK BAŞLANGIÇ YAŞI	0.003	0.035	0.009	0.090	0.929
HAÖ	-0.009	0.089	-0.015	-0.105	0.917

Agorafobi skorunu yordayıcı faktörler incelendiğinde B bölümü hariç panik agorafobi ölçek puanı (**p=0.018**) ve ihmal alt ölçek skorunun (**p<0.0001**) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

ÇÇT çocuğa bakım veren kişiler tarafından ya da yabancı kimseler tarafından, çocuğun fiziksel ve psikolojik durumuna zarar getirecek, sosyal gelişimini olumsuz etkileyecek şekilde çocuğa uygulanan duygusal, cinsel ve fiziksel davranış, ihmal ve ticari amaçlarla sömürmeyi kapsamaktadır (128). ÇÇT ile yetişkin dönemde TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları (PB, agorafobi, sosyal fobi), OKB, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları (özellikle sınır kişilik bozukluğu), yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, BPB, psikotik bozukluklar gibi çeşitli ruhsal sorunlar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (129-135) Çalışmamızda agorafobili PB hastalarında çocukluk çağı travma ölçeğinin toplam, istismar ve ihmal alt ölçeklerinin daha şiddetli olduğu, iki grubun farklı olmasında özellikle ihmal skorlarının önemli ölçüde belirleyici olduğu düşünülmüştür.

Şizotipal kişilik bozukluğu referans düşünceleri, büyüsel düşünceler, acayip inanışlar, tuhaf algısal yaşantılar gibi bilişsel veya algısal çarpıklıkların ve alışılmışın dışında

davranışların yanı sıra, yakın ilişkilerden rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme yetisinde bozulmayla giden sürekli bir örüntü olarak tanımlanmaktadır (136). Şizotipi daha önce şizofreni (137), BPB (138), OKB (139) gibi rahatsızlıklarda ele alınmış olup PB’de çok fazla incelenmemiştir. Agorafobide yer alan kaçınma ve davranışsal inhibisyonun şizotipi ile bağlantılı olabileceği düşünüldü. Çalışmamızda şizotipal kişilik özelliklerinin agorafobili PB hastalarında daha fazla olduğu, ancak iki grup arasındaki farklılıkların belirlenmesinde anlamlı bir gücünün olmadığı bulunmuştur.

5.1. Sosyodemografik Değişkenler Ve Panik Bozukluk Kliniği İle Agorafobili Panik Bozukluk Ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Arasındaki İlişki:

Bu çalışmada, örneklemin %42.7’sinin (n=32) agorafobili PB tanısı olduğu bulunmuştur. Agorafobi olan ve olmayan PB hastalarının karşılaştırılması sonucu cinsiyet açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmış olup bu durum örneklem grubunun sayıca azlığından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde PB kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat fazladır (49). Yapılan çalışmalarda agorafobinin eşlik ettiği PB’da artan oranlarda daha fazla sayıda kadın bulunduğu bildirilmiş (140,141); kimi araştırmacılar, aşırı kaçınmanın olduğu PB hastalarının dörtte üçünden fazlasını kadınların oluşturduğuna dikkati çekmiştir (50,51). Turgeon ve arkadaşlarının PB’da cinsiyet ile klinik özelliklerin şiddetini karşılaştıran çalışmalarında, PB ve agorafobinin kadınlarda daha ciddi bir tablo olduğu; kadınların panik oluşturan durumlar ve yerlerle yüz yüze kaldıklarında daha fazla agorafobik kaçınma gösterdikleri; daha fazla katastrofik düşünce, daha fazla vücut duyumsaması bildirdikleri ve korku skalasında daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır (142). Çalışmamızda agorafobisiz PB hastalarının medeni durumlarının daha çok evli olduğu ve medeni durum açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu bulgu PB’nin bekar ve yalnız yaşayanlarda 2 kat fazla görüldüğü (7) bilgisi ile ters düşüyor görünse de, bu sonucun evli olmanın polikliniğe başvurmayı kolaylaştıran faktörlerden olabileceğini düşündürebilir. Agorafobili PB’nin daha çok bekarlarda saptanması agorafobili bireylerin kaçınma davranışlarının belirgin, sosyal ilişkilerinin kısıtlı olması nedenli evlenme konusunda sıkıntı yaşamaları ile açıklanabilir.

PB başlangıç yaşı agorafobili grupta (ort. 27.66) agorafobisiz gruba (ort. 32.86) göre daha erken yaşıydı. Literatürde agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de PB’nin başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte PB’nin daha sık olarak yirmili

yaşların başında, agorafobisiz PB'nin ise daha fazla sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir (48). Noyes ve arkadaşları yaptıkları çalışmada agorafobisi olan hastalarda hastalığın daha erken başlangıçlı olduğunu ve daha ağır seyrettiğini bulmuşlardır. (143).

5.2. Çocukluk Çağı Travması İle Agorafobisi Olan Ve Olmayan Panik Bozukluğu Arasındaki İlişki:

Çalışmamızda ÇÇT ölçeği, bu ölçekteki istismar ve ihmal alt ölçek puanları agorafobili grupta daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda agorafobili PB hastalarının çocukluk ve ergenlikte ana-baba ölümü, aileden uzamış ayrılık, ana-babanın boşanması gibi travmatik yaşam olaylarını daha fazla yaşadıkları bildirilmiştir (144-146). ÇÇT, PB gelişimi için bir risk etmeni olarak gösterilmiştir ve PB hastalarında %13-54 arasında ÇÇT öyküsü bildirilmiştir (147-150). Başka bir çalışmada yetişkin PB ve/veya agorafobik hastaların %40–60'ında çocukluğun erken dönemlerinde cinsel veya fiziksel istismar öyküsü bulunmuştur (71). Bir çalışmada da PB hastalarında ÇÇT öyküsü varlığının sağlıklı kontrollerden 8.7 kat; YAB, sosyal fobi ve agorafobide ise 3.7 kat daha fazla bulunduğu bildirilmiştir (151). Başka bir çalışmada PB'ye agorafobinin eşlik etmesi çocukluk ve ergenlik dönemi cinsel-fiziksel kötüye kullanımla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada çocukluk-ergenlik çağı travmatik olayları komorbiditeden daha çok agorafobi ve suisid düşüncesiyle ilişkili olarak saptanmıştır (152). Yine bir çalışmada 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismara uğrayan çocukların yarısına yakınında agorafobinin geliştiği belirlenmiştir (76). ÇÇT'nin kişilerde güvensizlik, çaresizlik, korkular, kaçınma davranışı ve bağlanma sorunlarına yol açması nedeni agorafobiye yatkınlık yaratacağı düşünülebilir.

Panik agorafobi ölçeği toplam puanları (ort. 19.53), B bölümü hariç panik agorafobi ölçek puanı (ort. 12.44) ve HAÖ puanları (ort. 8.22) agorafobili grupta daha yüksekti, bu bulgu agorafobi eşlik ettiğinde daha düşük işlevsellik düzeyi, belirti şiddetinin daha yüksek olması ve daha sık eş tanı varlığı gibi klinik verilerdeki kötüleşme ile uyumlu olarak değerlendirilebilir. Yapılan bir çalışmada da agorafobili PB hastalarında HAÖ puanları daha yüksek saptanmıştır (153).

Çalışmamızda panik agorafobi ölçeği agorafobi soruları ile ilgili kısım olan B bölümü ve B bölümü hariç diğer bölümler olarak değerlendirilmiştir. Korelasyon analizi ile incelendiğinde agorafobili ve agorafobisiz PB ile istismar alt ölçeği skoru, şizotipal kişilik ölçeği puanı ve HAÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu bulduk. HAÖ kontrol edildiğinde ise PB'yi istismarın yordamadığını, HAÖ puanına rağmen şizotipal kişilik özellikleri ile ilişkili olduğunu saptadık.

Agorafobi ile şizotipal kişilik ölçeği puanı, istismar alt ölçeği ve ihmal alt ölçeği skorları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu bulduk. Agorafobi ile istismar ve ihmalin kuvvetli ilişkide olduğunu, şizotipal kişilik ve istismar kontrol edildiğinde ihmalin agorafobi için yordayıcı olduğunu saptadık. Bu durum ihmale uğrayanlarda güvenli bağlanma olmadığından ihmalin agorafobik davranışlara yol açabileceği ile açıklanabilir. Şizotipinin ihmal alt ölçeği ile ilişkili olması ihmalin agorafobi ile olan ilişkisinin şizotipal kişilik üzerinden olacağı şeklinde öngörülebilir ve bu durum mediyasyon yöntemleriyle kontrol edilebilir.

5.3. Şizotipal Kişilik Özellikleri İle Agorafobisi Olan Ve Olmayan Panik Bozukluğu Arasındaki İlişki:

Şizotipal kişilik bozukluğu yüksek komorbidite göstermektedir. Yaşam boyu prevalans değerlendirildiğinde borderline kişilik bozukluğu (%36,7), paranoid kişilik bozukluğu (%20,2), şizoid kişilik bozukluğu (%20), BPB tip 1 ve tip 2 (%22,1; %14,2), OKB (%13,5) ve major depresif bozukluk (%6,6) en sık komorbid durumlardır (110). Çalışmamızda şizotipal kişilik ölçeği puanları agorafobili grupta daha yüksekti. Şizotipal kişilik bozukluğunun komorbiditesini araştıran bir çalışmada (110) şizotipal kişilik bozukluğu agorafobisiz PB'da (%8.0) agorafobili PB'dan (%6.7) daha fazla saptanmış olup bizim çalışmamızda tersine agorafobili PB'da daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada şizotipal kişilik bozukluğunun komorbiditeleri incelenmiş olup bizim çalışmamız PB hastalarında şizotipal kişilik özelliklerini incelemektedir. Kişilik bozukluklarının

komorbiditesi PB olan hastalarda araştırılmıştır, ancak agorafobi olan ve olmayan PB hastaları arasındaki kişilik bozuklukları komorbiditesini karşılaştıran nispeten az sayıda çalışma vardır. Bir çalışmada agorafobili PB grubu, agorafobisiz PB grubuna göre daha yüksek kişilik bozukluğu prevalansı göstermiştir (154). Başka bir çalışmada PB başlangıcından bir yıl sonra hastalarda şizoid, şizotipal, sınır, fobik ve bağımlı kişilik özellikleri izlenmiştir (155). Çalışmamızda şizotipal kişilik özelliklerinin PB şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde PB ile birebir şizotipal kişilik özelliklerini inceleyen çalışma bulunmamakta olup, bu durum şizotipal hastaların da korkuya eğiliminin olabileceği, yabancılik duygularının ve katastrofiye eğilimlerinin olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Şizotipal özelliklerin pozitif, negatif ve dezorganizasyon boyutlarını içerdiği düşünülmektedir (156). Pozitif şizotipi bilişsel-algisal boyutu, negatif şizotipi kişilerarası boyutu, dezorganize şizotipi dezorganize boyutu kapsamaktadır (136). Yapılan bir çalışmada pozitif şizotipinin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu, negatif şizotipinin daha çok şizofreni spektrum bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (97). PB belirtilerinden olan derealizasyon, depersonalizasyon şizotipal kişilik ile ilişkili olabilir ve bu nedenle PB hastalarında pozitif şizotipi daha sık görülüyor olabilir.

PB-Agorafobi birlikteliği ile bağımsız değişkenler olan PB başlangıç yaşı, panik agorafobi hasta ölçeği, HAÖ, istismar alt ölçeği, ihmal alt ölçeği ve şizotipal kişilik ölçeği puanlarının her biri ile olan ilişkisi lojistik regresyon analizi ile incelendi. Lojistik regresyon analizleri, panik agorafobi hasta ölçeği, HAÖ ve ihmal alt ölçeği skorlarının agorafobi ve PB komorbiditesini kuvvetle öngördüğünü göstermiştir. Çalışmamızda HAÖ karıştırıcı değişken olarak kullanılmıştır. PB başlangıç yaşı, şizotipal kişilik ölçeği ve istismar alt ölçeği skorlarının, agorafobi ve PB arasındaki komorbidite ile ilişkili olmadığını göstermiştir. İstismarın saptanmama nedeni çalışmaya katılanlarda ciddi istismarın az olması, hastaların istismarı saklama eğiliminde olmaları nedenli testlerin güvenilir olamayabileceği ile açıklanabilir.

Hipotezimizin aksine şizotipal kişilik özelliklerinin agorafobi üzerinde değil, PB şiddeti üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu bulunmuştur. ÇÇT, özellikle ihmal agorafobi şiddeti üzerinde etkili bulunmuştur.

6. SONUÇLAR:

Bu çalışmada, örneklemin %42.7'sinin (n=32) agorafobili PB tanısı olduğu bulunmuştur.

Agorafobi olan ve olmayan PB hastalarının karşılaştırılması sonucu cinsiyet, yaş, toplam öğrenim yılı ve PB süresi açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Agorafobili PB grubunun medeni durumları, agorafobisiz PB'ye kıyasla daha çok bekarlı.

PB başlangıç yaşı agorafobili grupta (ort. 27.66) agorafobisiz gruba (ort. 32.86) göre daha erken yaşta idi.

Panik agorafobi ölçeği toplam puanları (ort. 19.53), B bölümü hariç panik agorafobi ölçek puanı (ort. 12.44) ve HAÖ puanları (ort. 8.22) agorafobili grupta daha yüksekti.

Agorafobili PB grubundaki hastalar, agorafobisiz PB grubundakileri göre daha çok yaşam boyu travma öyküsü ve ÇÇT'ye sahipti.

Korelasyon analizleri agorafobili ve agorafobisiz PB ile istismar alt ölçeği skoru, şizotipal kişilik ölçeği puanı ve HAÖ puanlarının anlamlı korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Şizotipal kişilik ölçeği ve HAÖ kontrol edildiğinde ise PB'yi istismarın yordamadığı saptanmıştır.

Agorafobi ile şizotipal kişilik ölçeği puanı, istismar alt ölçeği ve ihmal alt ölçeği skorlarının anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Agorafobi ile istismar ve ihmalin kuvvetli ilişkide olduğu, şizotipal kişilik ve istismar kontrol edildiğinde ihmalin agorafobi için yordayıcı olduğu saptanmıştır.

Agorafobili PB hastalarının şizotipal kişilik ölçek puanları daha yüksekti.

Lojistik regresyon analizleri, panik agorafobi hasta ölçeği, HAÖ ve ihmal alt ölçeği skorlarının agorafobi ve PB komorbiditesini kuvvetle öngördüğünü göstermiştir. PB başlangıç yaşı, şizotipal kişilik ölçeği ve istismar alt ölçeği skorlarının, agorafobi ve PB arasındaki komorbidite ile ilişkili olmadığını göstermiştir.

Hipotezimizin aksine şizotipal özelliklerin agorafobi üzerinde yordayıcı etkisi olmadığı, şizotipal kişilik özelliklerinin PB şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur.



ÖZET

AGORAFOBİSİ OLAN VE OLMAYAN PANİK BOZUKLUK

HASTALARININ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç ve hipotez: Biz bu çalışmada agorafobisi olan ve olmayan PB hastalarında ÇÇT ve şizotipal kişilik özelliklerinin karşılaştırmasını yapmanın yanı sıra agorafobi ve PB şiddetiyle olan ilişkisini de incelemeyi amaçladık. Çalışmanın hipotezi; ÇÇT ve şizotipal kişilik özellikleri PB'nin klinik yönden şiddetini arttırabilir ve ÇÇT ve şizotipal kişilik özellikleri agorafobisi olan PB hastalarında daha sık görülür şeklindedir.

Yöntem: Araştırma, kesitsel-analitik bir çalışmadır. Araştırma verilerinin toplanması Ekim 2019- Temmuz 2020 tarihleri arasında, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılımcı alma döneminde polikliniğe başvuran tüm PB hastalarıdır. Araştırmaya 32 agorafobili PB, 43 agorafobisiz PB olmak üzere toplam 75 hasta alınmıştır. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)'nin A küme modülü, Panik Agorafobi Ölçeği Hasta ve Gözleme Anketi, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Şizotipal Kişilik Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği uygulanmıştır. Tip-1 hata düzeyi %5 alınmıştır.

Bulgular: Agorafobili ve agorafobisiz PB hastalarının sosyodemografik karşılaştırmasında; medeni durum ve yaşamboyu travma öyküsü dışında anlamlı fark tespit edilememiştir. Agorafobili grup daha çok bekar (p=0.010) ve bu grupta yaşamboyu travma öyküsü daha fazlaydı (p<0.0001). Klinik özelliklerin karşılaştırılmasında; PB başlangıç yaşı agorafobili grupta agorafobisiz gruba göre daha erken yaşta (p=0.036). Panik agorafobi ölçeği toplam puanları (p<0.0001), B bölümü hariç panik agorafobi ölçeği skoru (p=0.006), HAÖ puanları (p=0.014), şizotipal kişilik ölçeği puanları (p<0.0001), ÇÇT ölçeği (p<0.0001), bu ölçekteki istismar alt ölçeği (p<0.0001) ve ihmal alt ölçeği (p<0.0001) puanları agorafobili grupta daha yüksekti. B bölümü hariç panik agorafobi hasta ölçeği ile istismar alt ölçeği skoru (p=0.032), şizotipal kişilik ölçeği puanı (p<0.0001) ve HAÖ puanları (p<0.0001) arasında

pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Panik agorafobi hasta ölçeği agorafobi puanları ile B bölümü hariç panik agorafobi ölçeği puanı ($p=0.001$), şizotipal kişilik ölçeği puanı ($p<0.0001$), istismar alt ölçeği ($p<0.0001$) ve ihmal alt ölçeği skorları ($p<0.0001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda agorafobili PB hastalarında çocukluk çağı travma ölçeğinin toplam, istismar ve ihmal alt ölçeklerinin daha şiddetli olduğu, iki grubun farklı olmasında özellikle ihmal skorlarının önemli ölçüde belirleyici olduğu bulunmuştur. Ayrıca şizotipal kişilik özelliklerinin agorafobili PB hastalarında daha fazla olduğu, ancak iki grup arasındaki farklılıkların belirlenmesinde anlamlı bir gücünün olmadığı bulunmuştur. Hipotezimizin aksine şizotipal özelliklerin agorafobi üzerinde yordayıcı etkisi olmadığı, şizotipal kişilik özelliklerinin PB şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Panik Bozukluk, Agorafobi, Çocukluk Çağı Travması, Şizotipal Kişilik Bozukluğu.

İletişim adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Merkez/Aydın, Tel: 0256 444 12 56- 3512.

SUMMARY

COMPARISON CHILDHOOD TRAUMA AND SCHIZOTYPAL PERSONALITY TRAITS OF THE PATIENTS DIAGNOSED WITH PANIC DISORDER WITH OR WITHOUT AGORAPHOBIA

Aim and Hypothesis: We aimed to compare childhood trauma (CT) and schizotypal personality traits (SPT) of the patients diagnosed with panic disorder (PD) with or without agoraphobia, and also to show the correlation with agoraphobia and PD severity. The hypotheses of this study are CT and SPT could increase PD severity clinically and, the SPT is more common in the patients diagnosed with PD with agoraphobia.

Method: This design of the research is cross-sectional-analytical. The data collected between October 2019 and July 2020 in the psychiatry outpatient clinic of Aydın Adnan Menderes University Research Hospital. The sample of this research is the patients diagnosed with PD who applied outpatients clinic between October 2019 and July 2020. A total of 75 patients (panic disorder with agoraphobia (n=32) and, panic disorder without agoraphobia (n=43)) were included in the study. Sociodemographic Data Form, Structured Clinical Interview for DSM-IV-Patient Edition (SCID-I), A Cluster Module of Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders, Panic and Agoraphobia Scale, Childhood Trauma Questionnaire, Schizotypal Personality Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Scale, Liebowitz Social Anxiety Scale, and Yale-Brown Obsession Compulsion Scale were applied to all participants. Type-1 error level was taken 5%.

Results: Comparison of sociodemographic variables between PD with or without agoraphobia groups; there were no statistical differences except marital status and lifetime trauma history. Singles were common in the agoraphobia group ($p=0.010$), and in this group life-time trauma history was more common ($p<0.0001$). Comparison of clinical variables between groups; the onset age of PD was earlier in the agoraphobia group ($p=0.036$). Total scores of panic agoraphobia scale ($p<0.0001$), panic agoraphobia score excluding section B ($p=0.006$), HAS scores ($p=0.014$), schizotypal personality scales score ($p<0.0001$), CTQ score ($p<0.0001$), neglect subscale of CTQ ($p<0.0001$), and abuse subscale of CTQ ($p<0.0001$) were higher in the agoraphobia group. There was a positive correlation between the panic agoraphobia score excluding section B with abuse subscale of CTQ ($p=0.032$), the score of schizotypal personality scale ($p<0.0001$), and HAS scores. ($p<0.0001$). Also, there was a positive correlation between panic agoraphobia patient scale agoraphobia score with panic

agoraphobia score excluding section B ($p=0.001$), the score of schizotypal personality scale ($p<0.0001$), abuse subscale of CTQ ($p<0.0001$), and neglect subscale of CTQ ($p<0.0001$).

Conclusion: In our study, abuse, neglect and total scores of CTQ were more severe in patients diagnosed with PD with agoraphobia. and the main predictive factor of why two groups score were different was neglect scores. Additionally, SPT more common in patients diagnosed with PD with agoraphobia, however, it was found to have no statistical significant in determining the differences between the two groups. Contrary to our hypothesis, we found that SPT can't predict on agoraphobia, but it is correlated with PD severity.

Keywords: Agoraphobia, Childhood Trauma, Panic Disorder, Schizotypal Personality Disorder

Address: Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Merkez/Aydın, phone: 0256 444 12 56- 3512.

9. KAYNAKLAR

1. Tükel R (1997). Panik Bozukluğu; Psikiyatri Dünyası; 1: 12-17.
2. Herman JL. Travma ve iyileşme. Tosun T, ç.editör. 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık; 2011.
3. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali:Psikiyatrik yönleri. Acta Medica 2004; 35:82-86.
4. Rossi A, Daneluzzo E. Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. Schizophr Res 2002; 54:67-75.
5. Amerikan Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington, DC, 1980.
6. Köroğlu E, DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Beşinci baskı, Ankara:HYB, 2013.
7. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry. 1994; 151:413-20.
8. Da Cost JM: On irritable heart: A functional form of cardiac disorder and its consequences. Am. J Med Sci 1871; 61:14-52.
9. Klein DF (1964) Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacology, 5: 397-408.
10. Spitzer RL EJ, Williams JB (1979). Research diagnostic criteria. Arch Gen Psychiatry 36: 1381–1383.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü baskı DSM-IV, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, 1995, Ankara.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and satistical manual of mental disorders. Fourt ed. Text revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association.
13. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. 1993.

14. Ceylan M.E, Yazan B (2000). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Birinci Baskı, 3. cilt, 77-112.
15. Lepine J, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms London: Martin Dunitz. 1999. 65.
16. De Jonge P, Roest AM, Lim CC, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. Depression and anxiety. 2016;33(12):1155-77.
17. Eaton WW, Dryman A, Weismann MM: Panic and Phobia. In Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study eds. Robins LN, Reiger DA. 1991.pp: 155-179. The Free Press, New York.
18. Knowlws JA, Fyer AJ, Vieland VJ, Weissman MM. Results of a genome-wide genetic screen for panic disorder. American Journal of Medical Genetic, 1998; 81:139-147.
19. Schumacher, J. Ve ark., The genetics of panic disorder. J Med Genet, 2011.48: s.361-8.
20. Logue MW, Vieland VJ, Goedken RJ, CroweRR. Bayesian analysis of a previously published genome screen for panic disorder reveals new and compelling evidence for linkage to chromosome 7. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2003; 121: 95-99.
21. Thorgeirsson ve ark.; Anxiety with panic disorder linked to chromosome 9q in Iceland.Am J Hum Genet. 2003 May;72(5):1221-30. Epub 2003 Apr 4.
22. Further genetic evidence for a panic disorder syndrome mapping to chromosome 13q Steven P. Hamilton, Abby J. Fyer, Martina Durner, Gary A. Heiman, Ada Baisre de Leon, Susan E. Hodge, James A. Knowles, and Myrna M. Weissman PNAS March 4, 2003 100 (5) 2550-2555.
23. Fyer AJ, Hamilton SP, Durner M, Haghighi F, Heiman GA, Costa R et al. A third-pass genome scan in panic disorder: evidence for multiple susceptibility loci. Biol Psychiatry 2006; 60: 388-401.
24. Morris-Rosendahl DJ, 2002, Are there anxious genes?, Dialogues Clin Neurosci, Vol: 4, Pages: 251-260, ISSN: 1294-8322.

25. Hoppe LJ, Ipser J, Gorman JM, Stein D. Panic disorder. *Handb Clin Neurol*. 2012; 106: 363-374.
26. Konishi Y, Tanii H, Otowa T, Sasaki T, Motomura E, Fujita A, et al. Gender-Specific Association between the COMT Val158Met Polymorphism and Openness to Experience in Panic Disorder Patients. *Neuropsychobiology*. 2014;69(3):165-74).
27. A. Tadic, D. Rujescu, A. Szegedi, I. Giegling, P. Singer, H.-J. Möller and N. Dahmen ; *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)* 117B:1–6 (2003).
28. Stein J, Hollender E (2002) *Textbook of Anxiety Disorders*. USA: The American Psychiatric Publishing.
29. Charney DS, Woods S, Krystal JH, Nagy L, Heninger G. Noradrenergic neuronal dysregulation in panic disorder: the effects of intravenous yohimbine and clonidine in panic disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;86(4):273-82.
30. Ninan PT (1999) The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 22):12-17.
31. Yocca FD (1990) Novel Anxiolytic Agents: Actions on Specific Subtypes of Central 5-HT Receptors, Current and Future Trends in Anticonvulsant, Anxiety and Stroke Therapy, BS Meldrum, M Williams (Eds.), New York, Wiley-Liss, s. 145-167.
32. Mann JJ (1999) Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behaviour. *Neuropsychopharmacology*, 21:99-105.
33. Rang H P, Dale M and Ritter J M (1999) *Pharmacology*, 4th edition. pp.657. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
34. Oliver S. et al., 2000, *MNRAS*, 316, 749 (Paper I, this issue).
35. Oliver, E. C., J. A. Benthuisen, N. L. Bindoff, A. J. Hobday, N. J. Holbrook, C. N. Mundy, and S. E. Perkins-Kirkpatrick, 2017: The unprecedented 2015/16 Tasman Sea marine heatwave. *Nat. Commun.*, 8, 16101.

36. Nutt D, Glue P, Lawson C, Wilson S. Evidence for altered benzodiazepine receptor sensitivity in panic disorder: effects of the benzodiazepine receptor antagonist flumazenil. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47:917-25.
37. Shekhar A, Johnson PL, Sajdyk TJ ve ark. (2006) AngiotensinII Is a Putative Neurotransmitter in Lactate-Induced Panic-Like Responses in Rats with Disruption of GABAergic Inhibition in the Dorsomedial Hypothalamus. *J Neurosci*, 26(36): 9205–9215.
38. Antonio D. C., Daniele S., Chiara R., Georgios D. K., Gloria A., Roberto T., Stefano F., Paolo G., Srructural Neurimaging in Patients with Panic Disorder and Limitations of Recent Studies, *Psichiatria Danubina*, 2013; Vol. 25, No. 2, pp 108-114.
39. Fyer AJ MS, Coplan JD. Anxiety Disorders. In:Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1995. p.1191-203.
40. Atalay, D. N., ve Bayraktar, E. (1992). *Panik Bozukluk*. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları.
41. Andrews G, Pollock C, Stewart G (1989) The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*. 46: 455-460.
42. Clark DM. Anxiety states:panic and generalized anxiety. In: Hawton K SP, Kirk J, Clark Dm, eds. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems- A Practical Guide*. New York: Oxford Medical Publications; 1990. p.52-96.
43. Türkçapar MH, Sargın AE. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012; 1:7-14.
44. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical psychology review*. 2009;29(7):623-37.
45. Horwath, E. Ve ark., *Epidemiology of anxiety disorders*, *Testbook of Psychiatric Epidemiology*, M.T. Tsuang, M. Tohen ve P.B. Jones, Ed.2011 s. 311-28.
46. Corna LM, Cairney J, Herrmann N, Veldhuizen S, McCabe L, Streiner D. Panic disorder in later life: results from a national survey of Canadians. *International psychogeriatrics*. 2007;19(6):1084-96.

47. Lenze EJ, Wetherell JL. A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2011;13(4):381.
48. Faravelli C, Paionni A (1999). Panic disorder: Clinical course, etiology and prognosis. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, DJ Nett, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz.
49. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Türkçe Çevirisi; Bozkurt A. (çev. ed) Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (11. baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016.
50. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, Orvaschel H, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41(10):959-67.
51. Thyer BA, Parrish RT, Curtis GC, Nesse RM, Cameron OG. Ages of onset of DSM-III anxiety disorders. 1985.
52. Asselmann E, Wittchen H-U, Lieb R, Beesdo-Baum K. Risk factors for fearful spells, panic attacks and panic disorder in a community cohort of adolescents and young adults. *Journal of affective disorders*. 2016; 193:305-8.
53. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, García-Campayo J, et al. Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: a systematic review of cohort studies. *Journal of affective disorders*. 2014; 168:337-48.
54. Işık E. Panik Bozukluk: Nevrozlar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 1996; 69- 119.
55. Carl Westphal, 1872. Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 3, 138–161.
56. American Psychiatric Association. 1987 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed., rev. Washington, DC: Author.
57. Kessler RC, Berglund P, Domler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593.

58. McCabe L, Cairney J, Veldhuizen S, et al. Prevalence and correlates of agoraphobia in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:515.
59. Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB, Chen LS, Samuels J, Nestadt G, Eaton WW. (2006). Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. *The British Journal of Psychiatry*, 2006; 188(5): 432-8.
60. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(4):415-424.
61. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
62. Cornacchio D, Chou T, Sacks H, et al. Clinical consequences of the revised DSM-5 definition of agoraphobia in treatment-seeking anxious youth. *Depress Anxiety* 2015; 32: 502.
63. Özkan, M., Özen, Ş., Ertunç, N. (2005) Panik Bozukluğunda Komorbid Eksen 1 Bozuklukların Oluşumunda Travmatik Yaşam Olaylarının Rolü. *Klinik Psikiyatri*, 8: 53-58.
64. Noyes R Jr, Hoehn-Saric R (editors). Panic disorder and agoraphobia: In: *The Anxiety Disorders*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1998; 86-157.
65. King-Kallimanis B, Gum AM, Kohn R. Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17:782-792.
66. Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2009; 21:95-102.
67. Onur, E., Alkın, T., Monkul, S., Fidaner, H. (2004) Panik-Agorafobi Spektrumu Kavramı, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 15(3); s: 215-223.
68. Sareen J, Chartier M, Paulus MP, Stein M. Illicit drug use and anxiety disorders: findings from two community surveys. *Psychiatry Res* 2006; 142:11-17.

69. Noyes R Jr, Reich JH, Suelzer M. Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment. *Compr Psychiatry* 1991; 32:283-294.
70. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord* 2013; 145:143-155.
71. Sevinçok, L., Akoğlu, A. (2001) Panik ve Depresyon: Etiyoloji, Tanı ve Eştanı Sorunları. *Duygudurum Dizisi*, 5: 215-227.
72. Cloninger CR (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 3: 167–226.
73. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark. (1997) Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 95(5):420–423.
74. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R ve ark. (1999) Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord*, 52(1-3): 203-207.
75. Battaglia M, Bertella S, Bajo S ve ark. (1998) An investigation of the co-occurrence of panic and somatization disorders through temperamental variables. *Psychosom Med*, 60(6):726–729.
76. Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA (2001) Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q*, 72(3): 251–262.
77. Saviotti FM, Grandi S, Savron G ve ark. (1991) Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord*, 23(3):113–117.
78. Wachleski C, Salum GA, Blaya C ve ark. (2008) Harm avoidance and selfdirectedness as essential features of panic disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 49: 476–481.
79. Wiborg IM, Falkum E, Dahl AA ve ark. (2005) Is harm avoidance an essential feature of patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 46(4): 311–314.
80. Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi* 32:423-33, 2010.

81. Glaser D. Child Sexual Abuse. In: Rutter M, Taylor T, eds. Child and Adolescent Psychiatry. 4 nd ed., Massachusetts: Blackwell Publishing Company; 2002. p.340-358.
82. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:1214-1222.
83. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1:95-119.
84. Saunders BE, Villepontoux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. J Interpers Violence 1992; 7:189-204.
85. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3:76-80.
86. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. Bull Menninger Clin 2002; 66:241-258.
87. Şar V. Kötüye Kullanım ve İhmalle ilişkili Sorunlar. E.Köroğlu, C.Güleç,editörler. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt.2, Ankara:Hekimler Yayın Birliği; 1998.s:823-833.
88. Diaz A, Simantov E, Rickert VI. Effect of abuse on health: results of a national survey. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 156(8):811-7, 2002.
89. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. Psychological bulletin 128(4):539, 2002.
90. Yargıç İ, Ersoy E, Oflaz SB. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 13: 277-84, 2012.
91. Bouton, M., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A contemporary learning theory perspective on the etiology of panic disorder. Psychological Review, 108, 4–32.

92. Caron Zlotnick, Jennifer Johnson, Robert Kohn, Benjamin Vicente, Pedro Rioseco, Sandra Saldivia; Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample; *Comprehensive Psychiatry* 49 (2008) 163–169.
93. Yan Liu, Jitender Sareen, James Bolton, JianLi Wang; Development and Validation of a Risk-prediction Algorithm For The Recurrence of Panic Disorder; Depression and Anxiety, 2015; 32:341–348.
94. Rado S (1953) Dynamics And Classification Of Disordered Behaviour, *Am J Psychiatry*, 110, 406-416 (Rado S (1956) *Psychoanalysis Of Behavior*, Grune & Stratton, New York.
95. Meehl Pe (1962) Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia, *American Psychologist*, 17, 827-838.
96. Faraone Sv, Green Aj, Seidman Lj, Tsuang Mt (2001) “Schizotaxia”: Clinical Implications And New Directions For Research.”, *Schizophr Bull*, 27 (1), 1-18.
97. Lewandowski Ke, Barrentes-Vidal N, Nelson-Gray Ro, Clancy C, Kepley Ho, Kwapił Tr (2006) Anxiety And Depression Symptoms In Psychometrically Identified Schizotypy, *Schizophr Res*, 83, 225-235.
98. Kety S, Rosenthal D, Wender Ph, Schulsinger F (1968) The Types And Prevalence Of Mental Illness In The Biological And Adoptive Families Of Adopted Schizophrenics, *J Psychiatr Res*, 6(1), 345-362.
99. Siever Lj, Koenigsberg Hw, Reynolds D (2003) Neurobiology Of Personality Disorders: Implications For A Neurodevelopmental Model. In: *Neurodevelopmental Mechanisms In Psychopathology*. Ed. Cicchetti D, Walker E, Cambridge University Press, New York, P: 405–427.
100. Tsuang Mt, Stone Ws, Tarbox S1 (2002) An Integration Of Schizophrenia With Schizotypy: Identification Of Schizotaxia And Implications For Research On Treatment And Prevention, *Schizophr Res*, 54, 169-175.
101. Weissman Mm (1993) The Epidemiology Of Personality Disorders: A 1990 Update, *J Personal Disord*, 7, 44-62.

102. Kotsaftis A, Neale Jm (1993) Schizotypal Personality Disorder 1: The Clinical Syndrome, *Clin Psychol Rev*, 13(5), 451-72.
103. Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman Km (2004) Schizophrenia: Etiology And Course, *Annual Review Of Psychology*, 55, 401-430.
104. Fossati A, Raine A, Carretta H, Leonardi B, Maffei C (2003) The Three- Factor Model Of Schizotypal Personality: İnvariance Across Age And Gender, *Personal Individ Differ*, 35(5), 1007-19.
105. Siever Lj, Davis Kl (2004) The Pathophysiology Of Schizophrenia Disorders; Perspectives From The Spectrum, *Am J Psychiatry*, 161, 398-41.
106. Vollema Mg, Hoijtink H (2000) The Multidimensionality Of Self-Report Schizotypy İn A Psychiatric Population: An Analysis Using Multidimensional Rasch-Models, *Schizophr Bull*, 26(3),565-75.
107. Vollema Mg, Postma B (2002) Neurocognitive Correlates Of Schizotypy İn First Degree Relatives Pf Schizophrenia Patients, *Schizophr Bull*, 28,3.
108. Vidal Nb, Fananas L, Rosa A, Caparros B, Riba Md, Obiols Je (2002) Neurocognitive, Behavioural And Neurodevelopmental Correlates Of Schizotypy Clusters İn Adolescents From The General Population, *Schizophr Res*, 61, 293– 302.
109. Bedwell JS, Compton MT, Jentsch FG, Deptula AE, Goulding SM, Tone EB. Latent factor modeling of four schizotypy dimensions with theory of mind and empathy. *PloS One*. 2014;9(11): e113853.
110. Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B. Prevalence, correlates, disability,and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; 11:53–67.
111. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) İçin Klinik Görüşme, Klinik Versiyon, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

112. Spitzer RL, Williams MW, Gibbon M ve ark. (1990) Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington DC, American Psychiatric Press.
113. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. (1994) SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 9: 26-29.
114. Bandelow B (1995) Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia II: The Panic and Agoraphobia Scale. Int Clin Psychopharmacol, 10: 73-81.
115. Tural Ü, Fidaner H, Aklın T ve ark. (2000) Panik ve Agorofobi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 11: 29-39.
116. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry 1994; 151: 1132-1136.
117. Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri, 32(4), 1054-1063.
118. Raine A (1991) The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. Schizophr. Bull, 17:556-564.
119. Ayçiçeği A, Dinn VM, Harris CL ve ark. (2005) Validation of Turkish and English versions of the schizotypal personality questionnaire-B. Eur. J. Psychol. Assess, 21:34-43.
120. Hamilton M.A. rating scale for depression. J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62.
121. Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H. M., İşcan, N. ve Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4(4), 251-259.
122. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating .Br J Med Psychol 1959;32:50-55.

123. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998;9:114-117.
124. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, Liebowitz MR. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Psychol Med 1999; 29:199-212.
125. Dilbaz N. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul 2001, s.132.
126. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I: Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry , 46: 1006-11.
127. Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. (1993) Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa. Savaş Ofset, s:86.
128. Şahin. F. (2008). Fiziksel İstismar. F.Ç. Çetin, A. Coşkun, E. İşeri, S. Miral, N. Motavallı, B. Pehlivan Türk, T. Türkbay, R. Uslu, F. Ünal (Ed.), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı İçinde. Ankara: HYB Basım Yayın.
129. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child Abuse Negl 2002; 26:715-729.
130. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. Child Abuse Negl 2005; 29:269-284.
131. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 49-56.
132. Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HG. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. Child Abuse Negl 2012; 36:32-39.

133. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychol and Psychother* 2011; 84:367-388.
134. Sar V, Islam S, Öztürk E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63:670-677.
135. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med* 2006; 68:129-135)
(Whiffen VE, MacIntosh HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse* 2005; 6:24-39.
136. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2014; 16:452.
137. Cadenhead KS, Braff DL. Endophenotyping schizotypy: a prelude to genetic studies within the schizophrenia spectrum. *Schizophr Res* 2002; 54:47-57.
138. Mahon K, Perez-Rodriguez MM, Gunawardane N, Burdick KE. Dimensional endophenotypes in bipolar disorder: Affective dysregulation and psychosis proneness. *J Affect Disord* 2013; 151:695-701.
139. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, Heidrach L, Fuchs C, Weizman R et al. Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2008; 159:254-258.
140. Reich J, Noyes R, Troughton E (1987) Dependent personality associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 144: 323-326.
141. Rapee RM, Murrell E (1988) Predictors of agoraphobic avoidance. *J Anxiety Disord*, 2: 203-217.
142. Turgeon L, Marchand A, Dupuis G: 1998. Clinical features in panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *J Anxiety Disord*; 12(6): 539-53.
143. Noyes R, Clancy J, Garvey M, et al.: Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *J Anx Dis* 1987;1: 3-13.

144. Faravelli C, Pallanti S, Frassine R ve ark. (1988) Panic attacks with and without agorafobia: A comparison. *Psycopathology*, 21: 51-56.
145. Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK et al. The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, 1989; 154: 823-828.
146. Harris EL, Noyes R, Crowe RR et al. Family study group of agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry*, 1983; 40: 1061-1064.
147. Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AL. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 275.
148. Mancini C, Van Ameringen M, MacMillan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 309-314.
149. De Venter M, Van Den Eede F, Pattyn T, et al. Impact of childhood trauma on course of panic disorder: contribution of clinical and personality characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 135: 554-563.
150. Cortes AM, Saltzman KM, Weems CF, et al. Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: A preliminary longitudinal evaluation. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 905-914.
151. Brown GW, Harris TO. Etiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population early adversity. *Psychol Med* 1993; 23: 143-154.
152. Özkan Mustafa, Özen Şakir Ve Ertunç Nermin, Panik Bozukluğuna Komorbid Eksen-1 Bozukluklarının Oluşumunda Travmatik Yaşam Olaylarının Rolü, *Klinik Psikiyatri* 8, 2005.
153. Altıntaş, E., Uğuz, Ş., & Levent, B. A. (2015), Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi; 3 aylık izlem çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 288,297.
154. Iketani T, Kiriike N, Stein MB, Nagao K, Nagata T, Minamikawa N, Shidao A, Fukuhara H. Relationship between perfectionism, personality disorders, and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 171–178.

155. Navarro B, Sanchez M, Herran A, Sierra-Biddle D (2013) Relationship between personality traits and panic disorder. *Acta Esp Psquiatr*, 41(1); 27-32.
156. Mason OJ. The Assessment of Schizotypy and Its Clinical Relevance. *Schizophr Bull*. 2015; 41: S374–85.



10. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAY FORMU:

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 11/10/2019-E.62997



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Levent SEVİNÇOK
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.10.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 3 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR 3

Protokol No : 2019/165
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr.Levent SEVİNÇOK
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Levent SEVİNÇOK'un "**Agorafobisi olan- olmayan panik bozukluk hastalarının çocukluk çağı travması ile şizotipal kişilik özellikleri yönünden karşılaştırılması**", konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

1) Adı-soyadı:

2) Cinsiyeti: 1.Erkek 2.Kadın

3) Yaşı:

4) Medeni Durum: 1. Bekar 2.Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı yaşıyor

5) Çocuk sayısı:

6) Toplam öğrenim yılı:

7) Çalışma durumu: 1. Çalışıyor 2. İşsiz 3. Evhanımı 4. Emekli 5. Öğrenci

8) Ailenin gelir düzeyi (tl):

9) Yetiştği çevre: 1. Şehir 2. Kırsal

10) Yaşadığı kişiler:(son 10 yıl ve çoğunlukla): 1. Eş/çocuklar 2. Anne/baba/kardeşler

3. Arkadaşlar 4. Yalnız 5. Yurt/kurum

11) Nikotin kullanım öyküsü:

a) Yaşam boyu: 1.Şu anda ve daha önce sigara içmedim

2. Şu anda sigara içmiyorum ama daha önce içiyordum

3. Şu anda sigara içiyorum

b) Şu anda var: Sigara..... (paket/yıl)

12) a) Alkol/Madde kullanımı: 1. Var 2. Yok

b) Var ise açıklayınız:

13) a) Yaşam boyu eşanı: 1. Var 2. Yok

b) Var ise açıklayınız:.....

14) a) Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü: 1. Var 2. Yok

b) Varsa kimde ve hastalığın adı:

15) a) Panik bozukluk başlangıç yaşı:

b) Panik bozukluk süresi (yıl):

c) Panik bozukluk atak sayısı ve sıklığı:

16) a) Panik bozukluk ilk tedavi yaşı:

b) Panik bozukluk tedavi süresi (yıl) :

c) Hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay):

17) a) Agorafobi öyküsü: 1. Var 2. Yok

b) Agorafobi eşlik ediyorsa başlangıç yaşı:

c) Panik bozukluk ve agorafobi başlangıçları arasındaki süre:

18) a) İntihar girişimi: 1. Var 2. Yok

b) Sayısı:

c) Yaşı:.....

d) Türü:

19) Hastaneye yatış sayısı:

20) a) Yaşamboyu travma öyküsü: 1. Var 2. Yok

b) Varsa ilk başlangıç yaşı:.....

21) a) Şu anda tedavi alıyor: 1. Evet 2. Hayır

b) Tedavi alıyorsa ne kadar süredir tedavi almakta:

c) İlaçlar:

EK-3: PANİK AGORAFOBİ HASTA ÖLÇEĞİ:

Hasta Anketi

Adı-soyadı:

Tarih:

Vizit:

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız.

Panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bunaltı (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

- ◆ Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- ◆ Terleme
- ◆ Titreme, sarsılma
- ◆ Ağız kuruluğu
- ◆ Nefes almada güçlük
- ◆ Boğulma duygusu
- ◆ Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- ◆ Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örneğin midenin alt üst olması)
- ◆ Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- ◆ Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da "tam olarak burada değilim" duyguları
- ◆ Denetim kaybı, "delirme" ya da bayılma korkusu
- ◆ Ölüm korkusu
- ◆ Ateş basması ya da ürperme
- ◆ Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1.Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

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

0. Panik atağı olmadı.
1. Ataklar çok az şiddetteydi.
2. Ataklar orta derecede şiddetliydi.
3. Ataklar epeyce şiddetliydi.
4. Ataklar çok şiddetliydi.

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

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

U. Ataklardan çoğu beklenen atak mıydı (yani korkulan durumlarda ortaya çıkan) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mi ortaya çıkıyordu?

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

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

0. Kaçınma yok (veya panik ataklarımın nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor)
1. Oldukça nadir kaçındım.
2. Bazen kaçındım.
3. Sık sık kaçındım.
4. Her zaman kaçındım.

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

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 01. Uçaklar | 09. Parti ya da sosyal toplantılar | 17. Geniş salonlar (lobiler) |
| 02. Metro (yeraltında) | 10. Kalabalıklar | 18. Sokakta yürümek |
| 03. Otobüsler, trenler | 11. Lokantalar | 19. Tarlalar, geniş caddeler, avlular |
| 04. Gemiler | 12. Müzeler | 20. Yüksek yerler |
| 05. Tiyatrolar, sinemalar | 13. Asansörler | 21. Köprülerden geçmek |
| 06. Süpermarketler | 14. Kapalı yerler (tünelti gibi) | 22. Evden uzaklara gitmek |
| 07. Kuyrukta beklemek | 15. Sınıflar, konferans salonları | 23. Evde tek başına kalmak |
| 08. Konser salonları,
stadyumlar | 16. Otomobile binmek veya
sürmek (örn. Trafik sıkışırken) | |

Diğer durumlar:

24. 25. 26.

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

- 0. Önemli değil (veya kaçınma yok)
- 1. Çok az önemli
- 2. Orta derecede önemli
- 3. Epeyce önemli
- 4. Çok önemli

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

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

C. 2. Bu " korkudan korkmak" ne kadar şiddetliydi?

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

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

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

D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlanmaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

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

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

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

E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?

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

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

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

PUANLAMA

B.2. Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin.

Korkulan durum yok	= 0 puan,
Korkulan 1 durum var	=1 puan
Korkulan 2-3 durum var	= 2 puan
Korkulan 4-8 durum var	= 3 puan,
Korkulan durum 8'den çok	= 4 puan

TOPLAM PUAN = U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın.

EK-4: PANİK AGORAFOBİ GÖZLEMÇİ ÖLÇEĞİ:

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ

Gözleme anketi

Hasta:	Değerlendiren:
Tarih:	
Vizit:	

Son haftayı değerlendirin

A. Panik atakdan

A.1. Panik atığı sıklığı

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

A.2. Şiddet?

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

A.3. Panik ataklarının her birinin ortalama süresi

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

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

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

B. Agorafobi, kaçınma davranışı:

B.1. Kaçınma davranışı sıklığı

0. Hiç kaçınma yok (veya agorafobi yok)
1. Korku yaratan durumlardan oldukça nadir kaçınma
2. Korku yaratan durumlardan bazen kaçınma
3. Korku yaratan durumlardan sık sık kaçınma
4. Korku yaratan durumlardan her zaman kaçınma

B.2. Kaçınılan durum sayısı

0. Hiç (veya agorafobi yok)
1. 1 durum
2. 2-3 durum
3. 4-8 durum
4. Pek çok farklı durumda ortaya çıkıyor.

B.3. Kaçınılan durumların önemi

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

C. Beklenti anksiyetesi veya korkudan korkmak

C.1. Beklenti anksiyetesinin sıklığı

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

C.2. Bu "korkudan korkmak" ne kadar şiddetliydi?

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

D. Yeti yitimi

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

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

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

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

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

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

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

E. Sağlık konusunda endişe

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

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

E.2. Organik hastalık inancı

Hastanın anksiyete semptomlarının psikolojik değil de somatik nedenli olduğunu düşünmesi.

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

TOPLAM PUAN= U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın.

EK-5: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ:

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kırık giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Seviştiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıynklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailemdelikler bana kınacı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketmişti oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK-6: ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ-KISA FORM:

109

FORM-6 ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ - KISA FORM

Talimat: Lütfen her soruyu EVET veya HAYIR seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız. Bu testte doğru ve yanlış cevap yoktur, şaşırtmacalı soruda bulunmamaktadır. Lütfen her sorunun gerçek anlamının ne olacağını çok fazla düşünmeden çabucak cevap veriniz. Teşekkürler.

- | | |
|---|------------|
| 1. İnsanlar, bazen beni ilgisiz ve mesafeli bulurlar. | Evet Hayır |
| 2. Çevrenizde hiç kimseyi görmemenize rağmen etrafınızda bir kişinin ya da gücün olduğunu hissettiğiniz hiç oldu mu? | Evet Hayır |
| 3. İnsanlar, bazen benim alışılmadık hareketlerimi ve alışkanlıklarımı eleştirirler. | Evet Hayır |
| 4. İnsanların bazen sizin ne düşündüğünüzü bildiklerinden emin olduğunuz anlar var mıdır? | Evet Hayır |
| 5. Hiç şaradan bir olay ya da nesnenin sizin için özel bir işaret olduğunu düşündüğünüz oldu mu? | Evet Hayır |
| 6. Bazı insanlar, benim garip biri olduğumu düşünürler. | Evet Hayır |
| 7. Arkadaşlarımla yanında bile savunmada olmam gerektiğini hissederim. | Evet Hayır |
| 8. Bazı insanlar konuşma esnasında beni, belirsiz ve anlaşılması zor bulurlar. | Evet Hayır |
| 9. İnsanların söylediklerinden ve yaptıklarından gizli bir tehdit veya aşağılama sezdiğiniz oldu mu? | Evet Hayır |
| 10. Alışveriş sırasında, diğer insanların sizi izlediği hissine kapılır mısınız? | Evet Hayır |
| 11. Tanımadığım insanların olduğu sosyal ortamlarda kendimi çok rahatsız hissederim. | Evet Hayır |
| 12. Hiç altıncı his, UFO'lar, geleceği görme, astroloji ile ilgili deneyimleriniz oldu mu? | Evet Hayır |
| 13. Bazen kelimeleri alışılmadık şekillerde kullanırım. | Evet Hayır |
| 14. Diğerlerinin, kendinizle ilgili çok fazla şey bilmemesinin daha iyi olduğunu düşünür müydünüz? | Evet Hayır |
| 15. Sosyal olaylarda arka planda kalmayı tercih ederim. | Evet Hayır |
| 16. Normalde farkında olmadığınız uzaktan gelen seslerin birden bire dikkatinizi dağıttığı oldu mu? | Evet Hayır |
| 17. Sık sık diğer insanların sizi kendi çıkarları doğrultusunda kullanmalarını önlemek için dikkatli olmak zorunda mısınız? | Evet Hayır |
| 18. İnsanlara yakınlaşmakta güçlük çektiğinizi hisseder misiniz? | Evet Hayır |
| 19. Ben garip ve alışılmadık biriyim | Evet Hayır |
| 20. İnsanlara söylemek istediklerimi açıkça iletmede zorlanırım. | Evet Hayır |
| 21. Fazla tanımadığım insanlarla konuşurken huzursuzluk hissederim. | Evet Hayır |
| 22. Hislerimi kendime saklama eğilimindeyim. | Evet Hayır |

EK-7: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getiren)

Birini İşaretleyin

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAC: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu beldeyiş, irritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAC: İlgı yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistolier. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kızama, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4
TOPLAM:	PSİŞİK: (1,2,3,5,6)		SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13)		

Değerlendiren Dr:

EK-8: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

- 1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 - 0- Yok
 - 1- Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.
 - 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 - 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
 - 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.
- 2) Suçluluk duyguları
 - 0- Yok
 - 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
 - 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 - 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hezeyanları.
 - 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
- 3) İntihar
 - 0- Yok
 - 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 - 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
 - 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
 - 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)
- 4) Uykuya dalamamak
 - 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
 - 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
 - 2- Her gece uykuya güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.
- 5) Geceyarısı uyanmak
 - 0- Herhangi bir sorunu yok.
 - 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
 - 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)
- 6) Sabah erken uyanmak
 - 0- Herhangi bir sorunu yok.
 - 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
 - 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
- 7) Çalışma ve aktiviteler
 - 0- Herhangi bir sorunu yok.
 - 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 - 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
 - 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
 - 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)
- 8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
 - 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
 - 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
 - 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
 - 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
 - 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

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

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve iritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
 - 1- Hafif
 - 2- İlmli
 - 3- Şiddetli
 - 4- Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:
Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

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

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Akılını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

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

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

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

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

EK-9: LIEBOWITZ SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ:

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınırım
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınırım
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınırım

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

**EK-10: YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON DERECELENDİRME
ÖLÇEĞİ:**

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

İsim:

Tarih:

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi **Geçmişte**

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer

KİRLENME OBSESYONLARI

_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
_____	_____	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
_____	_____	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____	_____	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
_____	_____	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____	_____	Diğer

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

CİNSEL OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler |
| _____ | _____ | Çocuklar veya inest ilişkisi ile ilgili |
| _____ | _____ | Homoseksüel ilişkisi ile ilgili* |
| _____ | _____ | Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)* |
| _____ | _____ | Diğer |

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

- | | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|

DİNİ OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili |
| _____ | _____ | Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi |
| _____ | _____ | Diğer |

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği) |
| _____ | _____ | Doğaüstü düşünceler olmadan |

DİĞER OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Bilme veya hatırlama ihtiyacı |
| _____ | _____ | Belirli şeyleri söyleme korkusu |
| _____ | _____ | Doğru şeyi söyleyememe korkusu |
| _____ | _____ | Birşeyler kaybetme korkusu |
| _____ | _____ | İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler |
| _____ | _____ | Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma |
| _____ | _____ | Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma* |
| _____ | _____ | Uğurlu veya uğursuz sayılar |
| _____ | _____ | Özel anlamı olan renkler |
| _____ | _____ | Batıl itikatlar |
| _____ | _____ | Diğer |

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

SOMATİK OBSESYONLAR

_____	_____	Hastalık ile ilgili*
_____	_____	Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili (örn. dismorfofobi)
_____	_____	Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

_____	_____	Aşırı veya törensel el yıkama
_____	_____	Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
_____	_____	Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
_____	_____	Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
_____	_____	Diğer

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

_____	_____	Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
_____	_____	Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
_____	_____	Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
_____	_____	Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
_____	_____	Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
_____	_____	Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
_____	_____	Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

_____	_____	Tekrar okuma veya yazma
_____	_____	Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
_____	_____	Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).]

DiĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: _____
PROTOKOL : _____

Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____

TARİH: _____

HEKİM: _____

	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri												
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Semptom yok</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Ortalama uzun</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Uzun</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Çok kısa</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Kısa</td> </tr> <tr> <td>(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>						1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM	Semptom yok	Ortalama uzun	Uzun	Çok kısa	Kısa	(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	0	1	2	3	4
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM	Semptom yok	Ortalama uzun	Uzun	Çok kısa	Kısa												
(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	0	1	2	3	4												
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4												
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4												
	Sürekli direnme				Tam teslimiyet												
4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	0	1	2	3	4												
	Tam kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az kontrol	Kontrol yok												
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4												
OBSESYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____																	
	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri												
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Semptom yok</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Uzun</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Ortalama uzun</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Kısa</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Çok kısa</td> </tr> <tr> <td>(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>						6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM	Semptom yok	Uzun	Ortalama uzun	Kısa	Çok kısa	(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	0	1	2	3	4
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM	Semptom yok	Uzun	Ortalama uzun	Kısa	Çok kısa												
(Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	0	1	2	3	4												
7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4												
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4												
	Sürekli direnme				Tam teslimiyet												
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	0	1	2	3	4												
	Tam kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az kontrol	Kontrol yok												
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4												
KOMPULSİYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____																	
	Mükemmel				Yok												
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	0	1	2	3	4												
	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri												
12. KAÇINMA	0	1	2	3	4												
13. KARARSIZLIK	0	1	2	3	4												
14. PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4												
15. YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4												
16. PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4												
17. GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4												
18. GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4												
19. GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3													

EK-11: SCID KİŞİLİK ENVANTERİ:

LÜTFEN CEVAPLARINIZI CEVAP KAĞIDINA DOLDURUNUZ.

SCID KİŞİLİK ENVANTERİ

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR. AMACIMIZ SİZİN NASIL BİR İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE CEVAP KAĞIDINDAKİ 'Evet' VEYA 'Hayır' YANITLARINDAN SİZE UYAN BİRİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İŞTENLİKLE CEVAPLAMAYA ÇALIŞIN. EĞER ANLAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN.

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?
2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?
4. İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?
6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?
7. Başkalarına kolay gelen birçok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?
8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?
9. Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?
10. Yanıldıklarınızı düşünseniz bile, başkalarının fikrine karşı çıkmaktan çekinir misiniz?
11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?
13. Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?
14. Bir yakınınzdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?
15. Terk edilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?
16. İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)
17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya özen gösterir misiniz? Ayrıntılarında önemli olduğuna inanır mısınız?
18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğini gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?
19. Sizden başka kimsenin doğru yapmayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?
20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?
21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?
22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?
23. Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davrananlara kızar mısınız?
24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?
25. İnsanlara bir şey vermek ya da ayırmak size zor gelir mi?
26. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmaktan zorlanır mısınız?
27. İşlerinizi son ana ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?
28. Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozulur musunuz?
29. Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da işi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı istekte bulunurlar mı?
31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?
32. Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınızı inanır mısınız?
33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?
34. İnsanlar, üzerine düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?
35. Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?
36. Arkadaşlarınız ya da sevdiklerinizin size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?

37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?
38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?
39. Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?
40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?
41. Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırduğunuz ya da bozulduğunuz olur mu?
42. Eğlenmeye pek fırsat bulmadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?
43. Eğlenceli ortamlarda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?
44. Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?
45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?
46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?
47. Kendinizden çok başkalarının yararına olacak şeyleri mi yaparsınız?
48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?
49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?
50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?
51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?
52. Sizi kızdıran ya da kötülük yapan insanları zor mu affedersiniz?
53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?
54. Alıngan bir insan mısınız?
55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?
56. Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız olur mu?
57. Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar diye düşündüğünüz oldu mu?
58. İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?
59. Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması sizi rahatsız eder mi?
60. Hiç olağan dışı (ya da doğaüstü) olaylarla tanık oldunuz mu?
61. Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?
62. Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?
63. Kimseyi göremeseniz bile, etrafınız da bir şeyin ya da bir kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?
64. Hiç, bir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?
65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?
67. Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?
68. Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta ilgisiz misiniz?
69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmanın, önem vermeyen biri misiniz?
70. Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırıp çağırırlar. Siz de böyle biri misiniz?
74. İnsanların size bakması, sizinle hoşlanmaması hoşunuza gider mi?
75. Olaylar ya da insanlar karşısında kolay parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeye başladığınız olur mu?)
77. Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?
78. Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğiniz söylediler mi?
79. Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olmasını için ısrar eder misiniz?
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çabuk bozulur ya da kırılır mısınız? Bunun, uzun süre etkisinde kalır mısınız?
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?
82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?
83. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ve üstünlükleriniz var mı?
84. Zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz? Başkaları, kendini beğenmiş biri olduğunuzu düşünür mü?

85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?
87. Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?
88. İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?
89. İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan yada acılarına katılamadığınız dan şikayet ederler mi?
90. İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?
91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Örneğin çok sevdiğiniz birinden kısa bir süre sonra nefret ettiğiniz oldu mu?
92. Hiç, başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu? Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, taksitle gereksiz şeyler aldığınız oldu mu?
93. Hiç, daha yeni tanıştığınız biriyle yattığınız oldu mu?
94. Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu kullandığınız oldu mu?
95. Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?
96. Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?
97. Hiç marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırduğunuz oldu mu?
98. Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz oldu mu?
99. Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkələndiğiniz oldu mu?
100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız?
101. Hiç, kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?
102. Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?
103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?
104. Geleceğiniz, iş planlarınız, ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz ya da ne istediğiniz bilemediğiniz oldu mu?
105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?
106. Hiç, değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?
107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?
108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?

BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR.

109. 15 yaşından önce okuldan kaçır mıydınız?
110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?
111. Kavgacı bir çocuk muydunuz?
112. 15 yaşından önce kavgada, alet kullanır mıydınız?
113. Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?
114. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?
115. Kavgada dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?
116. Hiç, size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiniz mi?
117. Hiç, yangın çıkardınız mı?
118. Çocukken yalan söyler miydiniz?
119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?
120. 15 yaşından önce yan kesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?

SORULARIMIZ BİTMİŞTİR

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...

SCID-II
HASTA YANIT VE KLİNİSYEN DERECELENDİRME FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

HASTALAR İÇİN YANITLAMA AÇIKLAMASI

E = Evet

H = Hayır

KLİNİSYEN İÇİN DERECELENDİRME AÇIKLAMASI

? = Bilgi Yetersiz, 1 = Yok veya Yanlış

2 = Eşik Altı 3 = Eşik veya Doğru

HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Yanıt	Skor	Ölçüt
01	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
02	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
03	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
04	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
05	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
06	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
07	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
ÇEKB (4)			
08	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
09	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
10	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
11	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
12	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
13	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
14	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
15	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
01	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
BAKB (5)			
16	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
17	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
18	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
19	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
20	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
21	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
22	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
23	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
24	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
OKKB (5)			
27	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
28	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
29	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
30	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
31	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
32	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
33	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
34	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
35	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
PAKB (5)			

HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Yanıt	Skor	Ölçüt
36	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
37	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
38	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
39	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
40	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
41	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
42	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
43	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
44	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
45	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	10 ()
46	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	11 ()
47	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	12 ()
48	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	13 ()
KÇKB (5)			
49	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
50	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
51	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
52	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
53	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
54	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
55	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
56	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
PRKB (4)			
57	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
58	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
59	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
60	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
61	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
62	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
63	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
64	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
Eccentric Behavior		(?) (1) (2) (3)	9 ()
02	Dost/ Sındaş Yokluğu	(?) (1) (2) (3)	10 ()
Eccentric Speech		(?) (1) (2) (3)	11 ()
Inappropriate Affect		(?) (1) (2) (3)	12 ()
49-53	Pam Ideation	(?) (1) (2) (3)	13 ()
STKB (5)			

SCID-II
HASTA YANIT VE KLİNİSYEN DERECELENDİRME FORMU

HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Yanıt	Skor	Ölçüt
65	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
66	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
67	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
68	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
69	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
02	Dest/Sırdas Yokluğu	(?) (1) (2) (3)	6 ()
Constricted Affect		(?) (1) (2) (3)	7 ()
SCFB (4)			
70	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
71	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
72	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
73	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
74	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
75	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
76	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
77	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
78	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
79	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	10 ()
Impressionistic Speech		(?) (1) (2) (3)	11 ()
NSFB (4)			
80	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
81	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
82	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
83	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
84	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
85	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
86	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
87	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
88	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
89	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	10 ()
90	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	11 ()
NSKB (4)			
HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Skor	(?) (1) (2) (3)	Ölçüt
91	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
92	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
93	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
94	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
95	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
96	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
97	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
98	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
99	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
100	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	10 ()
101	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	11 ()
102	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	12 ()
103	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	13 ()
104	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	14 ()
105	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	15 ()
106	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	16 ()
107	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	17 ()
108	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	18 ()
BLKB (5)			
109	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
110	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
111	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
112	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
113	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
114	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
115	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
116	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
117	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
118	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	10 ()
119	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	11 ()
120	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	12 ()
ASKB (5)			



TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Derecelendirmeyi Yapan Klinisyen

Tarih :