

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA BAĞLANMA
BİÇİMİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE SEMPATİK
DERİ YANITI İLİŞKİSİ**

Dr. Cem ÖZDAĞ

UZMANLIK TEZİ

ARALIK 2015

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA BAĞLANMA BİÇİMİ,
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE SEMPATİK DERİ
YANITI İLİŞKİSİ**

Dr. Cem ÖZDAĞ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. M. Hamid BOZTAŞ

Aralık 2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama sürecinde büyük emeği olan, mesleki bilgi ve tecrübesinden yararlanma fırsatı bulduğum değerli hocam Doç. Dr. M. Hamid BOZTAŞ'a, akademik eğitim sürecimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yetişme ve gelişme fırsatı veren Prof. Dr. Mustafa SERCAN'a, Doç. Dr. Osman YILDIRIM'a, Doç. Dr. Özden ARISOY'a, Yrd. Doç. Dr. Uğur ÇAKIR'a,

1 yıl boyunca Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum rotasyon sırasında kendilerinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Ferdi KÖŞGER'e,

Nöroloji rotasyonu eğitimimde emeği geçen ve tez hazırlama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Serpil YILDIZ'a ve Yrd. Doç. Dr. Şule AYDIN TÜRKOĞLU'na ve nöroloji rotasyonu eğitimimde emeği geçen diğer öğretim üyesi Prof. Dr. Nebil YILDIZ'a,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda eğitimlerinden çok fayda gördüğüm Doç. Dr. Ali Evren TUFAN'a,

Sempatik deri yanıtı ölçümlerinde yardımlarını esirgemeyen AİBÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı ENMG laboratuvarı hemşirelerine,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, servis hemşireleri ve personellerine, poliklinik sekreterine,

Hayatım boyunca her türlü fedakarlığı göstererek beni destekleyen sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
SUMMARY	vi
GİRİŞ ve AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
Panik Bozukluğu	3
Epidemiyoloji	6
Etiyoloji	7
Biyolojik Faktörler	7
Nöral Devreler	7
Nörotransmitter Sistemleri	8
Gabaerjik Sistem	8
Noradrenerjik Sistem	9
Serotoninerjik Sistem	10
Karbondiyoksit Aşırı Duyarlılığı	10
Genetik	11
Beyin görüntüleme bulguları	12
Psikososyal Etmenler	13
Psikolojik Kuramlar	13
Bilişsel Hipotezler	13
Psikodinamik hipotezler	15
Stresli Yaşam Olayları	17
Bağlanma Kuramı	18
Erişkinlikte bağlanma	20
Bağlanma ve Psikopatoloji	22
Bağlanma ve Panik Bozukluğu	24
Sempatik Deri Yanıtı	25
Sempatik Deri Yanıtı ve Panik Bozukluğu	26
Bağlanma ve sempatik deri yanıtı	27
Çocukluk Çağı Travmaları	28
Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji	29

Çocukluk Çağı Travmaları ve Panik Bozukluğu	32
Çocukluk Çağı Travmaları ve Sempatik Deri Yanıtı	32
GEREÇ VE YÖNTEM	34
Araştırmanın Yeri	34
Araştırmanın Zamanı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış. 34
Araştırmanın Evreni	34
Örneklem ve katılımcıların seçimi	35
Veri Toplama Araçları	35
Sosyodemografik Veri Formu	35
DSM–IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesi (SCID–I)	35
Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM–D)	36
Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM–A)	36
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)	37
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)	37
Panik-Agorafobi Ölçeği	37
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	38
Yöntem	38
Uygulama	38
İstatistiksel Analizler	39
BULGULAR	41
Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması	41
Örneklemin Fiziksel Özellikler ve Tıbbi Hastalıklar Açısından Durumu ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması	44
Örneklemin Psikiyatrik Ölçeklerle Değerlendirilmesi ve Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	46
Örneklemin Sempatik Deri Yanıtı Açısından Değerlendirilmesi ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması	48
Korelasyon Analizleri	49
Panik Bozukluğu Grubunda Yapılan Korelasyon Analizleri	49
Tüm Örneklemde Yapılan Korelasyon Analizleri	53
TARTIŞMA	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

SONUÇ	70
KAYNAKLAR	72
EKLER	84
TABLolar DİZİNİ	98
ŞEKİLLER DİZİNİ	100
SİMGELER VE KISALTMALAR	101

ÖZET

Panik bozukluğu olan bireylerde bağlanma biçimi, çocukluk çağı travmaları ve sempatik deri yanıtı ilişkisi

Çocukluk çağında istismar ve/veya ihmal öyküsü, yaşamın erken dönemlerinde oluşan bağlama biçimi içlerinde panik bozukluğun da bulunduğu bir çok ruhsal rahatsızlıkla ilişkili bulunmuştur. Panik Bozuklukta, sempatik deri yanıtı, diğer bazı aday kalıcı/durumsal belirteçlerle beraber adı geçen yaşam olayları ve yaşantılarla ilişkili olarak bize oldukça değerli bilgiler verebilir. Araştırmamızın hedefi, erişkinlerde panik bozukluğu ile yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak farksız sağlıklı kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri ve sempatik deri yanıtı özelliklerinin karşılaştırılmasıdır. Ayrıca panik bozukluğu olan kimselerde sağlıklı kontrollerden farklı aday kalıcı/durumsal belirteçlerle, bu belirteçlerin hangi değişkenler tarafından yordandığı gösterilmeye çalışılmıştır.

Çalışmamıza psikiyatri polikliniğinde DSM 5 tanı kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı konulmuş 39 hasta ve 39 sağlıklı kontrol alınmıştır. Hastalara Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID 1), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) uygulanmıştır ve sempatik deri yanıtı amplitüt ve latans ölçümü yapılmıştır. Kontrol grubuna ise SCID 1, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği uygulanmıştır ve sempatik deri yanıtı amplitüt ve latans ölçümü yapılmıştır.

Çalışmamızda panik bozukluğu hastaları ile kontrol grubu arasında çocukluk çağı travmaları alt tiplerinden fiziksel ihmal ve duygusal ihmal açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal istismar açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Gruplar arasında bağlanma biçimi ve sempatik deri yanıtı sonuçları açısından anlamlı fark bulunamamıştır ancak hem panik bozukluğu grubunda hem de kontrol grubunda anksiyete ve depresyon ölçek puanları

(HAD A, HAD D), güvenli bağlanma ile negatif, kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma ile orta düzeyde pozitif korelasyona sahiptir. Sempatik deri yanıtı panik bozukluğu grubunda güvenli bağlanma ile negatif, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma ile pozitif korele bulunmuştur. Hem panik bozukluk hem de kontrol grubu beraber değerlendirildiğinde, sempatik deri yanıtı kaçınan bağlanma biçimi ile pozitif korele bulunmuştur. Panik bozukluğuyla sempatik deri yanıtını yordayıcı faktörler lineer regresyon analizi ile değerlendirildiğinde anlamlı bir model kurulmuş ve kaçınan bağlanmanın sempatik deri yanıtı amplitüdündeki yüksekliği yordadığı gösterilmiştir.

Sonuç olarak, bilgimize göre bu çalışma Türk toplumunda panik bozukluğunda, sempatik deri yanıtı, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmalarının birlikte ele alındığı ilk çalışmadır. Anksiyete ve depresyon puanları ile çocukluk çağı travmalarının yakın ilişkisi, bağlanma paternlerinin klinik fenomenolojiyle karşılıklı etkileşimi, bizim çalışmamızda önceki çalışmalara benzer biçimde ortaya konmuştur. Ancak, bizim çalışmamızda ek olarak, olası bir durumsal belirteç olarak sempatik deri yanıtı amplitüdü ile kaçınan bağlanma biçimi arasındaki orta düzeyde ilişki dikkat çekici bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır. Otonomlaşmış yanıtların erken dönem yaşantılarıyla ilişkili olabileceğini gösteren bu bulgu, klinik fenomenoloji oturmadan hastalıkları önceden öngörme ve tedavi izlemi açısından önemli sonuçlara yol açabilecektir. Bu konuda daha büyük örneklemelerde ve farklı desenlerde çalışmalar faydalı olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Panik bozukluğu, Sempatik deri yanıtı, Bağlanma, Çocukluk çağı travmaları

SUMMARY

Attachment Styles, Childhood Trauma and Sympathetic Skin Responses Relations with Panic Disorder

Childhood trauma and/or neglect history and attachment styles are found to be related to many psychiatric disorders including panic disorder. Sympathetic skin response may give very important knowledges about possible state/trait markers in panic disorder. The main target of our research is to compare adult panic disorder patients and healthy controls who are matched by gender and age in terms of childhood trauma, attachment styles and sympathetic skin responses. Additionally, if any state/trait marker is found different in panic disorder group, we tried to elaborate which factors predicted this possible marker.

We included 39 panic disorder patients according to DSM V diagnosis criteria and compared them with 39 healthy controls matched for age and sex. The researchers performed semi structured clinical interview with SCID-1, measured sympathetic skin responses (amplitude and latency) and applied Hospital Anxiety and depression scale (HADS), Childhood Trauma Scale (CTS), Attachment Styles Scale for Adult (ASS) in both groups. Researchers also applied Hamilton Depression Scale (HAMD) , Hamilton Anxiety Scale (HAS) and Panic Agoraphobia Scale (PAS) only to panic disorder group.

We found no difference in terms of physical and emotional abuse between the groups. However we found difference in physical and emotional neglect childhood in panic disorder patients compared to healthy controls. Also, there were no difference in terms of attachment styles and sympathetic skin responses between the two groups. But there were statistically significant negative correlations between anxiety, depression scale scores (HAD A, HAD D) and secure attachment styles and moderate positive correlations between avoidant and anxious attachment styles. There were positive correlations between sympathetic skin responses and anxious

and avoidant attachment styles and negative correlations with secure attachment styles in the panic group. When both groups were included into the analysis, positive correlations between avoidant attachment styles and sympathetic skin responses was found. A meaningful linear regression model was established to analyze for predictors of sympathetic skin responses in panic disorder. The main predictor was found to be the avoidant attachment style for sympathetic skin response amplitude.

As a result, this is the first study in Turkish population comparing childhood trauma, attachment styles and sympathetic skin response relationships together in panic disorder. The close relationship between anxiety and depression scale score and childhood trauma and the relation between clinical phenomenology and attachment styles which have been shown in the literature has been highlighted in our study too. But in our study, additionally, as a possible state marker, sympathetic skin response, was found to be moderately correlated with avoidant attachment style. These results may show that autonomic behaviors like sympathetic skin responses could be established via childhood experiences in early time of life, and this might give an important opportunity to predict the development of these disorders before clinical phenomenology sets in and give another way of framework for the therapeutic follow up of these disorders. But these results should be confirmed with larger sample sizes with different designs.

Key words: Panic disorder, Sympathetic skin response, Attachment, Childhood trauma

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Panik bozukluğu genç yaşlarda başlayan ve en sık görülen anksiyete bozukluklarından biridir. Hızlı otonom sinir sistemi yanıtları dikkati çekecek şekilde ön plandadır. Ruhsal sıkıntılarla fiziksel belirtilerin hızla etkileştiği bu önemli kaygı bozukluğunun etiyojisi merak konusu olmaya devam etmektedir. Panik bozukluğu etiyojisinde, çocukluk çağı yaşantıları, cinsiyet ve eğitim gibi sosyodemografik etmenler, bağlanma biçimi, komorbid depresyon ve kaygı bozuklukları, fiziksel hastalıklar ve başka birçok etmen araştırılmıştır. Ancak, fenomenolojik olarak karmaşık bir desen gösteren bu belirtiler, geçerli ve güvenilir endojen bir fenotipik belirteç arama çabasının önüne geçmemiştir. Yaptığımız bu araştırmanın konusu panik bozukluğu gibi sık görülen bir ruhsal bozuklukla, çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların ve bakım veren ile olan bağlanma çeşidinin ilişkisi ve bir biyolojik belirteç olarak sempatik deri yanıtının panik bozukluğu ile birlikteliğidir.

Çocukluk çağı travmaları, kişinin çocukluk döneminde fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal yaşantılarını içermektedir. Çocukluk çağı istismarı ve çocukluk çağındaki diğer olumsuz yaşantıları erişkinlerdeki depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere sonradan ortaya çıkan psikopatoloji ile bağlantılı bulunmuştur (1-5).

Bireyin gelişimi sırasında meydana gelen travmatik yaşantılar nörobiyolojik ve nöroendokrin hasarlara yol açabilmektedir. Erken yaşam stresi çocuğun gelişimini davranışsal, duygusal, sosyal, fiziksel ve bilişsel açıdan etkilemektedir ve çocukta yaşam boyu psikopatoloji gelişimi açısından ciddi bir yatkınlık oluşturmaktadır (1-5).

Bağlanma kuramı John Bowlby tarafından geliştirilen bir kuramdır. Bowlby'e göre bebeğin bakımveren ile arasındaki ilişkiyle bağlantılı olarak sahip olduğu bağlanma çeşidi daha sonra gelişebilecek ruhsal sorunlar ve normal kişilik gelişimi için önemli bir zemin oluşturmaktadır (6). Bağlanma kuramına göre, bir kişinin erişkinlikte başka insanlarla kuracağı ilişkinin niteliği ve insanlardan beklentileri, bu kişinin küçüklüğünde bakımvereniyle kurduğu bağlanma ilişkisi ile belirlenir.

Bağlanma tarzı ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda güvensiz bağlanma tarzının major depresyon, panik bozukluğu, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, vajinismus, yeme bozuklukları ve kronik ağrı bozukluğu gibi bir çok psikiyatrik bozukluk ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (7-13).

Sempatik deri yanıtları kimi anksiyete bozukluklarında otonom hiperaktivite göstergesi olarak kullanılmıştır. Anksiyete bozukluklarında görülen sempatik deri yanıtı amplitütündeki artış ve latanstaki azalmanın tedavi sonucunda normale yaklaştığı bildirilmiştir (14). Panik bozukluğuyla ilgili olarak da bir otonom hiperaktivite bulgusu olarak deri iletkenliğinde artış olduğu ve bu artışın hem panik atak öncesinde hem de panik atak sırasında olduğu gösterilmiştir (15, 16).

Bağlanma ve kaygının ifadesinde kültürel farklılıklar mevcuttur. Erken dönemdeki travmatik yaşantılar sonrasında kişide kimi kalıcı değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişikliklerle birlikte kişinin başka travmalara ve kaygılı uyaranlara karşı yanıtlarında kimi farklılıklar oluşmaktadır. Bu kalıcı farklılıkların gösteriminde kortizol yanıtı, kortizol baskılanması, %5'lik karbondioksit solunmasına karşı oluşan solunumsal anormallikler, kalp hızı ve kalp kızı değişkenliği gibi değişkenler depresyon ve anksiyete bozukluklarında çalışılmıştır (17, 18, 19). Ancak sempatik sistem aktivitesinin fenomenolojik görüntüsünün en belirgin olduğu panik bozukluğunda sempatik deri yanıtlarının erken dönem bağlanma biçimleri ile ilişkisine bakan çalışmalar sınırlıdır. Türkiye'de çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimi ve hastalık semptomlarının fenomenolojisine bir arada bakılan bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Sempatik deri yanıtı gibi otonom aktivitelerle ilişkili değişkenin anksiyete bozukluklarında erken dönem yaşantıları sonucu kalıcı bir farklılık gösterip göstermediği daha sonra yapılacak çalışmalar açısından yol gösterici olabilir.

Araştırma, panik bozukluğu gibi sık görülen bir ruhsal bozuklukla, çocuklukta yaşanan bazı travmatik yaşantıların ve bakım veren ile olan bağlanma çeşidinin ilişkisini ortaya koymak ve bir biyolojik belirteç olarak sempatik deri yanıtının panik bozukluğu ile birlikteliğini göstermek amacı taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu, aniden bir periyod halinde yoğun kaygı yaşantısının ortaya çıkmasıyla karakterize bir bozukluktur (20). DSM 5 ise panik atağı çarpıntı, titreme, nefes darlığı, terleme, üşüme, denetimi yitirme korkusu, ölüm korkusu gibi en az 4 somatik veya kognitif semptomun eşlik ettiği, dakikalar içinde doruğa ulaşan, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durum olarak tanımlamaktadır (21).

Tekrarlayıcı panik ataklar, anksiyete bozukluğu spektrumu içinde, panik bozukluğu için önemli bir özellik olsa da, travma sonrası stres bozukluğu ve fobi gibi diğer şiddetli anksiyete bozuklukları ve daha az sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ya da tek başına major depresif bozuklukta da görülebilmektedir. Panik atakların sıklığı ve şiddeti, kişiler arasında ve aynı kişide zamanla birlikte büyük değişkenlik gösterir.

“Panik” kelimesi yunan mitolojisinde yalnız yaşayan, üzgün olduğu dönemlerde bir mağaraya kapanan, rahatsız edildiğinde çığlık atarak sürüleri ve perileri korkutan sürüler tanrısı “Pan” dan gelmektedir (22 23). Bu bozukluk ilk kez 1871 yılında, Amerikan iç savaşında Da Costa tarafından askerlerde sık görülen ve yoğun bir göğüs ağrısı, şiddetli çarpıntı, yapısal bozukluğun olmadığı bazı kardiyak belirtilerle giden işlevsel bir sendrom olarak “irritabl kalp” adıyla tanımlanmıştır (20, 24). Freud, 1895 yılındaki bir makalesinde irritabilite, baş dönmesi, paresteziler, kalp spazmları, terleme ve solunum güçlüğü gibi belirtilerle karakterize tanımladığı “anksiyete nevrozu” adını verdiği bir sendrom tanımlamıştır (23, 25). Anksiyete nevrozunda anksiyetenin kronik şekilde devam edebileceğinin yanı sıra ani şiddetli anksiyete atakları olarak da kendini gösterebileceğine dikkati çekmiştir. Günümüzdeki psikiyatrik tanımlar açısından bakacak olursak Freud’un yaygın anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğunu tek bir hastalığın gösterimleri olarak kavramlaştırdığı görülmektedir (24). Melanie Klein ise panik bozukluğunu anksiyete nevrozundan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlamıştır. Klein, daha sonra

panik bozukluğunda meydana gelen beklenti anksiyetesinin panik atakların ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiğini ortaya koymuştur ve panik atakları agorafobi ile aynı tanı kategorisi içinde ele almıştır (25). Panik bozukluğun tanı sınıflamalarına girmesi 1980 yılında DSM-3 tanı ölçütleriyle olmuştur. DSM-5 tanı ölçütlerine kadar panik bozukluğu tanı kriterleri çeşitli değişiklikler göstermiştir. DSM-3 (1980)'de, panik bozukluğu tanısı için 3 haftada en az 3 panik atak varlığı şartı istenirken, DSM-3R (1987)'de bu şart ya dört haftada en az 4 panik atağın bulunması veya bir ya da birkaç panik atağını izleyen ve en az bir ay süren bir beklenti anksiyetesinin gerekliliği şeklinde değiştirilmiştir. DSM-3'te panik atağı listesinde 12 adet semptom bulunurken, bulantı ve gastrointestinal rahatsızlığın eklenmesiyle DSM-3R'de semptom sayısı 13'e çıkarılmıştır. Bu sayı DSM-4'de de aynı kalmıştır. Panik bozukluğu tanısı koyabilmek için, DSM-3'teki 3 haftalık bir süre içinde en az 3 atak geçirme şeklindeki kriter DSM IV' te yer almamaktadır. Buna karşılık bir tek nöbet geçirilse bile, muhtemel bir panik atak ya da atağın sonuçlarıyla ilgili sürekli bir kaygı duyma ya da ataklarla ilişkili belirgin davranış değişikliğinin olması kriteri yeterli bulunmuştur. DSM-4 (1994)'te panik atağı ayrı bir sendrom olarak ele almış, panik atağın bir bozukluk olmadığı ve panik bozukluğu dışında birçok bozuklukta da görülebileceği özellikle belirtilmiştir. (26)

DSM-5'te ise panik bozukluğu ile agorafobi arasındaki bağlantı kaldırılmıştır. Böylece DSM-4'te yer alan panik bozukluğu, agorafobi olmayan, panik bozukluk, agorafobi olan ve agorafobi, panik bozukluğu öyküsü olmayan tanıları DSM-5'te panik bozukluğu ve agorafobi diye iki ayrı bozukluk olarak tanımlanmıştır. Her ne kadar Klein ve arkadaşları 1981 yılında agorafobinin yineleyen beklenmedik panik ataklara karşı sekonder geliştiğini ileri sürseler de birçok avrupalı yazar, panik atakların yalnızca panik bozukluğunun değil birçok bozukluğun değişebilen bir özelliği olduğunu savunmaktadır. Agorafobik hastaların birçoğu beklenmedik panik atak geçirdiklerini bildirirler, ancak %10'luk bir kısım panik atak bildirmez (27).

DSM V'e göre Panik Bozukluğu tanı ölçütleri:

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

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıklandığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

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

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimimi yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla 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 kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlanti bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır) (21).

2.1.1. Epidemiyoloji

Çeşitli çalışmalarda panik bozukluğun genel toplumdaki yaygınlığı 0.4 ile 3.8 arasında değişmekle birlikte ortalama 2.1’dir. Kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha sık görülmektedir (28). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre genel toplumda panik bozukluğu kadınlarda %0.5, erkeklerde %0.2’dir (29). Ülkemizde ise Avcılarda 413 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada panik bozukluğu prevalansı % 1,2 olarak bulunmuştur (30). Panik bozukluğu çoğunlukla ergenlik ile

30 yaş arasında başlamaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 25'tir ve tedavi için başvuranların çoğu 25-45 yaş arasında olmaktadır (24). Yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalır. 65 yaş üzerinde görülmesi çok nadirdir (31).

Panik bozukluğunda agorafobinin bulunup bulunmamasına göre de panik bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık olarak yirmili yaşların başında, agorafobisiz panik bozukluğunun ise sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir (32).

Epidemiyolojik çalışmalar izole panik atak sendromları ve subklinik panik ataklar gibi panik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan durumların panik bozukluğundan en az iki kat daha sık olduğunu ve bu durumların ABD'deki epidemiyolojik saha çalışmasında bahsedildiği üzere panik bozukluğu gelişiminin öngörücüsü olabileceğini göstermektedir.

Panik bozukluğunda özellikle agorafobi ile birlikte görüldüğünde remisyona girdikten sonra yüksek nüks etme oranları ve uzun hastalık epizodları bildirilmiştir (33). 12 yıllık bir takip çalışmasında agorafobi olmadan panik bozukluğu olanlarda %56, agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olanlarda ise %58 oranında rekürrens gözlenmiştir (34).

2.1.2. Etiyoloji

2.1.2.1. Biyolojik faktörler

Panik bozukluğun biyolojik temeli, fenomenolojisine benzer şekilde geniş bir aralıkta farklı bulguları içermektedir (35). Birçok çalışma paniği tetiklemeye yönelik olarak ortaya çıkmıştır. Bazı çalışmalar ise beyindeki özellikle noradrenerjik sisteme odaklanmıştır. Diğer çalışmalar panik bozuklukta periferik ve santral kontrol bozukluğuna odaklanmıştır (35).

2.1.2.1.1. Nöral devreler

Panik bozukluğunda nöral devrelerle ilgili olarak amigdala merkezli model öne çıkmaktadır. Kortikal işleme yollarındaki nörobilişsel bir eksiklik, panik bozukluğu için ayırt edici bir özellik olan duyuşsal bilginin yanlış yorumlanmasıyla

sonuçlanmaktadır. Bu da yanlış yönlendirilmiş uyarıcı girdi aracılığıyla korku ağının uygunsuz olarak etkinleştirilmesine neden olur (36).

Hayvan çalışmalarına göre amigdala artmış etkinlik sırasında; parabrankial çekirdek üzerinden solunum hızının artmasına, hipotalamus lateral çekirdeği üzerinden otonomik uyarılmaya, lokus seruleus üzerinden noradrenalin salınımına ve dolayısıyla kan basıncı, kalp hızı ve korku yanıtında artışa, hipotalamusun paraventriküler çekirdeği üzerinden adrenokortikoidlerin salınımına, periakuaduktal gri bölge üzerinden ise fobik kaçınmaya neden olmaktadır (36). Sonuç olarak, panik bozukluğunda korteks ve beyin sapı arasında iki yönlü olarak duyuşal bilginin yer değıştirmesinde eksiklik olabileceğı ve bunun da amigdalanın aktivasyonu sonucunda davranışsal, nöroendokrin ve otonomik aktivasyona neden olabileceğı düşünölmüştür (36).

2.1.2.1.2. Nörotransmitter Sistemleri

Nörotransmitter sistemleri ve otonom sinir sistemi ilişkisi birkaç farklı mekanizmayla açıklanmaya çalışılmaktadır. Bazı panik bozukluğı hastalarında sempatik tonusta artış ve tekrarlayan uyarılara adaptasyonda yavaşlama tanımlanmıştır. Serotonin, GABA ve norepinefrin etiyolojide etkili olduğı düşünölen üç ana nörotransmitterdir. Serotoninerjik işlev bozukluğunun birçok kaygı bozukluğunda rol oynadığı ileri sürölmüştür. Panik bozukluğunda ise postsinaptik serotonin hipersensitivitesi sorumlu tutulmaktadır. Bazolateral amigdala, orta beyin ve hipotalamusta lokal GABAerjik transmisyonun azaltılması anksiyeteye benzer yanıtlar ortaya koymaktadır. Biyolojik veriler beyin sapı (özellikle noradrenerjik reseptörler lokus seruleus ve orta raphe çekirdeklerindeki serotoninerjik sistem), limbik sistem (özellikle beklenti anksiyetesinin oluşumunda) ve prefrontal korteks (özellikle fobik kaçınmanın üretilmesinde) ile ilişkili kanıtlar ortaya koymaktadır.

2.1.2.1.2.1. Gabaerjik Sistem:

GABA, beyin içerisinde sentezlenen ve salgılanan önemli bir inhibitör nörotransmitter olmakla birlikte Perifornikal Hipotalamus (PeF) ve Dorsal Periakuaduktal Gri Bölge (DPAG) gibi panik ile ilişkili beyin bölgelerini inhibe eder.

Bu nedenle GABA işlev bozukluğunun birçok anksiyete bozukluğunda ortak mekanizmanın bir parçası olduğu düşünülmektedir. Anksiyolitik etkileri iyi bilinen benzodiazepinler bu reseptörler üzerinden etki etmektedirler. Benzodiazepinler, GABA varlığında reseptöre bağlandığında hücredeki klor kanallarını açarak hücre membranının aktifleşmesini zorlaştırırlar. Bu mekanizmanın anksiyolitik etkiden sorumlu olduğu düşünülmektedir (28). Panik bozukluğunda yapılan PET, SPECT ve nörokimyasal görüntüleme çalışmalarında frontal, temporal ve oksipital kortekste GABA-A reseptörüne bağlanmada düşüklük ve GABA konsantrasyonlarında azalma gibi GABAerjik uyarımın azaldığına dair birçok kanıt bulunmaktadır (37-39). GABA sentezi için gerekli enzimi üreten glutamik asit dekarboksilaz 1 (GAD1) geni ile panik bozukluğu arasında ilişki bulunmuştur. Benzodiazepinin ters agonisti olan flumazenil ilacının panik bozukluğu hastalarında şiddetli bir anksiyeteye neden olduğu, fakat sağlıklı bireylerde bu tür bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (40). Bu bilgiler, GABA aktivitesini artırarak etki gösteren benzodiazepinlerin panik semptomlarını düzeltmesini açıklamaktadır.

2.1.2.1.2.2. Noradrenerjik Sistem:

Hayvan çalışmalarında noradrenalin oluşturan nöronlardan oluşan beyin bölgesi olan Lokus seruleus'un uyarılmasının korku benzeri tepkilere yol açtığı gösterilmiştir. Bu bölge çıkarıldığında ise korkutucu durumlara karşı korku yanıtının azaldığı gözlemlenmiştir. α -2 noradrenerjik antagonist etkisiyle Yohimbin gibi ilaçlar lokus seruleusun ateşleme yanıtını arttırarak insanlarda anksiyete oluştururken, locus ceruleus ateşleme eşiğini yükselten ilaçlar anksiyolitik etki göstermektedir (41). Bir çalışmada 20 mg yohimbin verilen 68 panik bozukluğu hastasından 37'sinde panik atak olduğu, buna karşılık 20 sağlıklı kontrolden sadece 1'inde panik atak olduğu görülmüştür (41).

Klonidinin anksiyete ve panik bozukluğu üzerinde tedavi edici bazı etkileri olduğu; ancak bu etkilerin alfa-2 reseptörünün, muhtemelen bir agonist tarafından sürekli uyarılmaya bağlı olarak duyarsızlaşmasıyla zamanla azaldığı gözlemlenmiştir (42).

Presinaptik alfa-2 agonisti olan Klonidin'in anksiyolitik etkisi ve bu reseptörün antagonisti olup Locus ceruleus'u aktive ettiği düşünülen Yohimbin'in paniğe benzer şekilde anksiyete oluşturmaları, kan basıncı ve plazma noradrenalinin metaboliti olan 3-Metoksi-4-hidroksifenilglükol (MHPG) seviyesini panik bozukluğu olan hastalarda, sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla yükseltmesi de bu sistemin patogeneizde rol oynadığını düşündürmektedir.

2.1.2.1.2.3. Serotoninerjik Sistem:

Panik bozukluğu tedavisi için Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onaylı olan fluoksetin, paroksetin, sertralin gibi selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanıldığı bilinmektedir (28). Bu tür serotoninerjik ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkin olması serotoninerjik sistemin patogeneizde rolü olabileceğini düşündürmüştür. Laboratuvar ortamında serotoninerjik ajanların panik atakları tetiklediği gösterilmiştir. Bir trazodon metaboliti olan meta-klorofenilpiperazinin serotonin agonizması, serotonin geri alım inhibisyonu ve serotonin salınımının artırılması yoluyla serotonerjik etki göstererek panik bozukluğu hastalarında sağlıklı kontrollere göre panik atakları daha yüksek oranda tetiklediği bulunmuştur (43). Dolaylı bir serotonin agonisti olan fenfluramin ile yapılmış başka bir çalışmada ise 60 mg fenfluramin verildikten sonra panik bozukluğu hastalarında anksiyete semptomlarının arttığı, sağlıklı kontrollerde anksiyete semptomlarında anlamlı artış olmadığı gözlemlenmiştir (44).

Serotoninerjik ve noradrenerjik sistem ile yapılmış çalışmalar genel olarak bu iki sistemin hiperaktivasyonunun panik atakları tetikleyebileceğine ve tedavisi için de bu iki sistemi ayrı ayrı ya da ikisini birlikte hedef alan tedavilerin etkili olabileceğine dair kanıtlar sunmaktadır.

2.1.2.1.3. Karbondioksit Aşırı Duyarlılığı:

Panik bozukluğu hastalarında sağlıklı bireyler ve başka psikiyatrik bozukluklara göre yüksek konsantrasyonda (%5-%35) CO₂'e maruz kalmanın şiddetli bedensel belirtiler, anksiyete, panik atakları ve bir "solunumsal yanıt" oluşturduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (45-48). Klein, panik bozukluğu

hastalarının beyin sapı kemoreseptörlerinde CO₂'e karşı aşırı duyarlılık olması nedeniyle “yanlış boğulma alarmı” yaşadıklarını iddia etmiştir. Panik bozukluğu hastalarında beyin sapı kemoreseptörlerinin alarm eşiği düşük olduğundan, normal parsiyel CO₂ basıncı düzeylerinde de aktive olarak panik atağın ortaya çıkabileceğini ileri sürülmüştür (49).

Panik bozukluğu hastalarında hiperventilasyon, sodyum laktat, doksapram, kafein, yohimbin, izopreterenol, norepinefrin/epinefrin, m-klorpfenilpiperazin (m-CPP), fenfluramin, flumazenil, kolesistokinin tetrapeptid (CCK-4), pentagastrin gibi maddelerle yapılan uyarımlar da panik atakları ortaya çıkarabilmektedir (50).

2.1.2.1.4. Genetik:

Panik bozukluğu ile ilgili yapılan aile araştırmaları panik bozukluğu teşhisi konan kişilerin akrabalarında, ruhsal hastalığı olmayanların akrabalarına göre panik bozukluğu görülme oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Panik bozukluğu olan probandların birinci derecede akrabalarında morbidite riski, eş yaşlardaki kontrol probandlarının akrabalarına göre yaklaşık 2-4 kat daha yüksek olup, %7-20'dir (51).

Hastalığın başlangıç yaşına odaklanan çalışmalar ise daha erken başlangıçlı panik bozukluğu olan probandların akrabalarının daha yüksek oranda panik bozukluğuna sahip olma eğilime dikkat çekmiştir. Ayrıca panik bozukluğu tanısı almış en az bir yakın akrabası olan probandlar, bu hastalıktan etkilenmemiş akrabaları olan probandlara göre daha erken başlangıç yaşına sahip olma eğilimindedir (51).

Panik bozukluğu ile ilgili yapılan çoğu genetik çalışma çok etkenli ve çok genli geçişten bahsetmektedir. Bazı araştırmalar, panik bozukluğu olan probandların akrabalarının karbondioksit solumasına veya intravenöz laktat verilmesine artmış duyarlılık gösterdiğini bulmuşlardır. Bu, ailevi kalıtsal duyarlılık göstergesi olarak panik bozukluğunda karbondioksit ya da laktat duyarlılığının alternatif bir bulgu olabileceğini göstermektedir (51).

Panik bozukluğu üzerine yapılmış ikiz çalışmaları, konkordans oranlarının tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre en az 3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Virginia ikiz kaydı araştırmalarında panik bozukluğunda konkordans oranları çift yumurta ikizlerinde %11, tek yumurta ikizlerinde ise %24 bulunmuştur (51).

2.1.2.1.5. Beyin görüntüleme bulguları:

Panik bozukluğunun biyolojik temelleri tam olarak bilinmese de çok sayıda hipotez ortaya atılmıştır. Panik bozukluğunda nörogörüntüleme ile ilgili önemli noktalar vardır.

Panik bozukluğunun çekirdek semptomu olan anksiyete ile bağlantılı olduğu bilinen amigdala, panik bozukluğu hastalarında, sağlıklı kontrollere göre daha düşük hacimlidir (52, 53). Hipokampus ve özellikle sol parahipokampal girusun panik bozukluğu hastalarında daha düşük hacimde oldukları bulunmuştur (54). Otonomik aktivasyonda görev alan beyin sapı çekirdeklerinin hacimlerinin özellikle rostral ponsta artmış olabileceği gösterilmiştir. Panik bozukluk patofizyolojisiyle ilişkilendirilen önemli kortikal değişiklikler ise anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks, temporal ve frontal korteksteki hacim düşüklükleridir (55).

Panik bozukluğu hastalarında, karbon 11 ile işaretlenen benzodiazepin reseptör ligandı flumazenil kullanılarak yapılan bir PET çalışmasında, iki taraflı olarak insular kortekste GABA- benzodiazepin bağlanma bölgelerinde düşüklük saptanmıştır (56).

Panik bozukluğunda serebral metabolizmayı araştıran SPECT çalışmalarında ise hipokampus, parahipokampus ve amigdalada değişiklikler tespit edilmiştir (57, 58).

2.1.2.2. Psikososyal Etmenler

2.1.2.2.1. Psikolojik Kuramlar

2.1.2.2.1.1. Bilişsel Hipotezler

Panik bozukluğunun etyolojisine yönelik çeşitli bilişsel hipotezler bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar olumsuz bilişlerin tanımlanması ve sonradan olan değişikliklere odaklanmıştır (59, 60). Diğer bazı araştırmacılar ise panik bozukluğu ile başa çıkma becerisiyle ilgili olarak olumlu bilişlerle olumsuz bilişlerden daha çok ilgilenmişlerdir (61).

Clark'ın modeline göre geniş bir uyarıcı yelpazesi panik ataklara neden olabilmektedir. Bu uyarıcılar dışsal (daha önce süpermarkette panik atak geçirmiş agorafobik bir kişi için bir süpermarket) olabileceği gibi, çoğunlukla içsel (beden duyuları, düşünce ya da görüntü) olmaktadır. Eğer bu uyarıcılar tehdit olarak algılanırsa hafif bir endişe durumu söz konusu olur. Bu duruma geniş bir yelpazede bedensel duyum eşlik eder. Eğer anksiyetenin ürettiği duyumlar bir felaket olarak yorumlanırsa endişede daha da bir artış meydana gelir. Bu da beden duyularında artışa neden olur ve panik atakla sonuçlanan kısır bir döngüye girilmiş olur (Şekil 2.1) (62).



Şekil 2.1. Panik için Clark'ın önerdiği kısır döngü (Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. Behavior Research and Therapy, 24, 461–470).

Clark ayrıca panik atakların tekrarlayıcı doğasına da odaklanmıştır. Sağlıklı kişilerde nadir gelişen ve panik atak olarak kabul edilen otonomik olaylarla panik bozukluğu tanısı konulabilecek tekrarlayan panik ataklar arasında ayırım yapmıştır. Çarpıntı, baş dönmesi gibi bedensel duyular, egzersiz, yürüyüş ya da araba sürmek gibi günlük aktiviteler ve heyecan, öfke, mutluluk gibi anksiyeteye ilişkisiz duygusal durumlar sırasında da gerçekleşebilmektedir. Panik bozukluğunda bireyler bedensel duyularını yanlış olarak yaklaşan bir tehlike şeklinde yorumlamaktadır. Böylece, çarpıntı kalp krizi olarak, baş dönmesi ise kontrolün kaybedileceği şeklinde yorumlanabilmektedir. Bu düşük seviyedeki bedensel duylumlara Clark içsel tetikleyici uyaran adını vermiştir. İlk tetikleyiciden sonra bu beden duyuları kısır döngünün bir parçası haline gelmektedir (63).

Clark'ın aksine Bandura, öz-yeterlik kavramının merkezi rol aldığını belirtmiştir. Bandura, öz-yeterlik kavramıyla bireyin tehdit (panik ile ilişkili duyum) ile başa çıkma becerisiyle ilgili kendilik algısını kastetmektedir. Öz-yeterlik için, öngörülemeyen ve stresli durumların yönetimini yapabilmek ile ilgili birden çok becerinin kesintisiz olarak bulunması gerekmektedir. Bu nedenle, aynı becerilere sahip bireyler kendi yeterlikleri ile ilgili inançlarına bağlı olarak zayıf, yeterli ya da olağanüstü performans gösterebilirler.

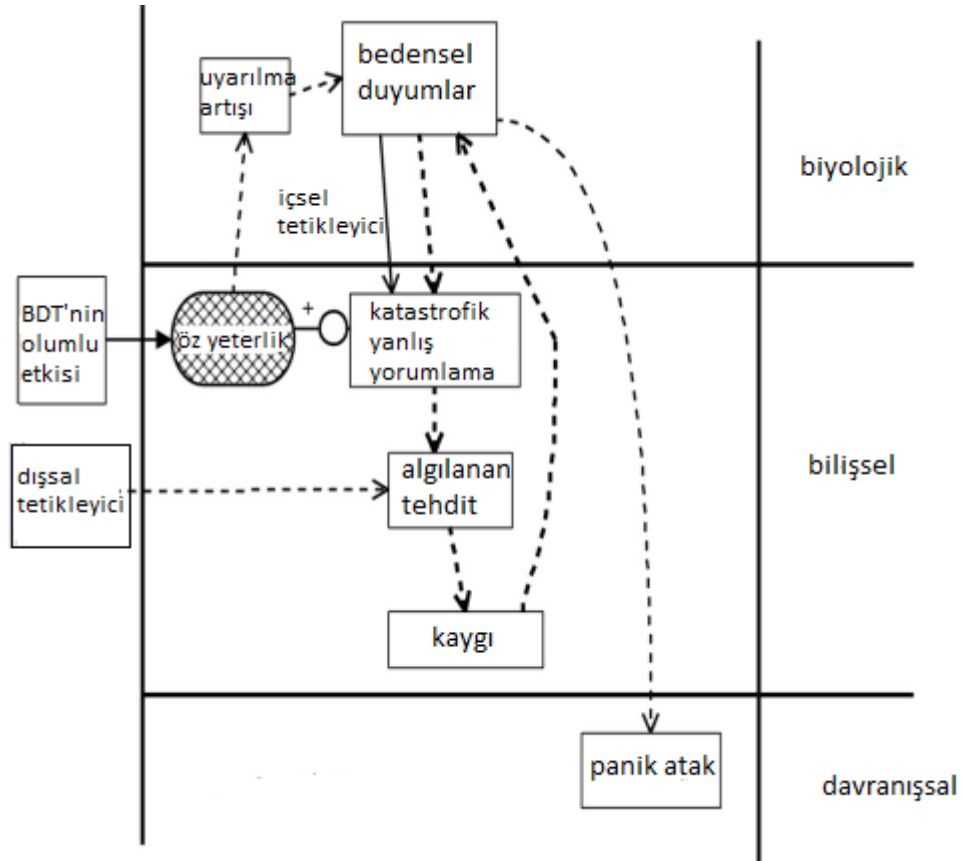
Bandura bireyin algıladığı çevresel tehlikenin değerlendirmesinin ve baş etme becerileri ile ilgili inancının tehdit algısına sebep olabileceğini düşünüyordu. Fakat, öz-yeterlik kavramının algılanan tehditin rolünden daha merkezi olduğunu belirtmiştir. Buna göre, panik bozukluğunda öz-yeterlikteki düşmelerin, bedensel duyuların katastrofik şekilde yanlış yorumlanmasından daha belirleyici olduğu söylenebilir.

Beck'in modeli ise Clark ve Bandura'nın teorilerinin arasında yer almaktadır. Beck, bedensel duyuların katastrofik şekilde yanlış yorumlanmasının önemine odaklansa da, Bandura'nın öz-yeterlik kavramına denk düşen, incinebilirlik kavramından bahsetmiştir (64).

Son olarak Casey ve arkadaşları Clark, Bandura ve Beck'in teorilerinden yola çıkarak panik bozukluğun tekrarlayan doğasının devamlılığı ile ilgili bilişlerin

oluşumu ve düzenlenmesinde bedensel duyuların katastrofik şekilde yanlış yorumlanması ve öz-yeterlik faktörlerinin ikisini de içeren yeni bir bütünleştirici kognitif model geliştirmişlerdir. Bu modelde öz-yeterlik seviyesinin fizyolojik uyarılmayı etkileyebileceği, düşük seviyede öz-yeterliğin panik atakla sonuçlanacak uyarılmayı sağlayabileceği belirtilmiştir (65).

Birçok kuramcının panik atak oluşumunda önemli yeri olduğunu belirttiği öz-yeterlik kavramının panik ataktaki rolü Şekil 2.2’de gösterilmiştir.



Şekil 2.2. Öğrenilmiş tehdit panik atak oluşumu için bir ön koşuldur. (Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. Behavior Research and Therapy, 24, 461–470).

2.1.2.2.1.2. Psikodinamik hipotezler:

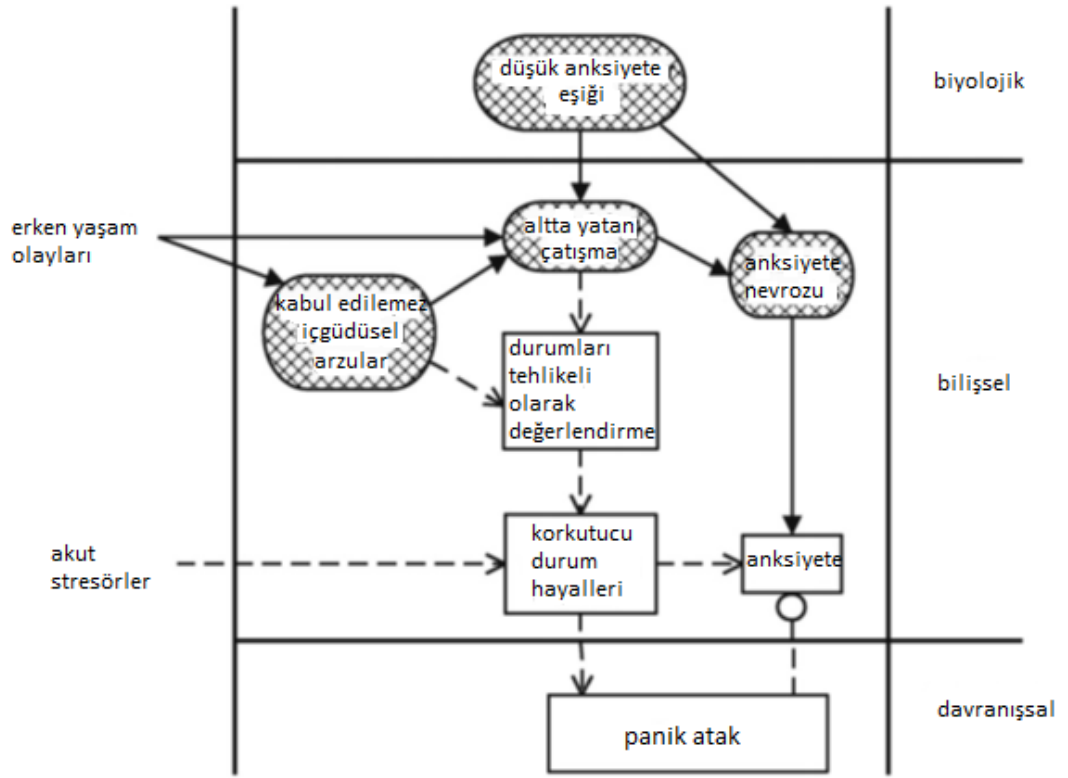
Anksiyete bozuklukları ile ilgili çoğu psikodinamik teori tüm anksiyete bozukluğu spektrumu için geçerlidir. DSM tanı sisteminin aksine psikodinamik

teoriler panik bozukluğu ile yaygın anksiyete bozukluğu arasında ayrım yapmamaktadır. Panik bozukluğu ile diğer anksiyete bozuklukları arasında şiddet açısından bir fark olduğu, fakat niteliksel bir fark olmadığı ileri sürülmüştür. Anksiyete şiddetinin de kişilik tipi ve savunma mekanizmalarıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir (66).

Panik bozukluğu ile ilgili bazı psikodinamik teoriler Freud'un fikirlerine dayanmaktadır. Freud, aşırı ve uygunsuz anksiyeteye duyarlılık ile ilişki kurduğu kişilik örüntüsünü ifade etmek için 'kaygı nevrozu (anxiety neurosis)' terimini kullanmıştır. Freud, anksiyeteyi altta yatan bir cinsel çatışmanın sonucu olarak kabul etmiştir (66). Fakat güncel psikodinamik yayınlar anksiyetenin mutlaka bir cinsel çatışmanın ürünü olmayabileceğini, altta yatan herhangi bir çatışma sonucu oluşabileceğini belirtmiştir (67, 68).

Bazı psikodinamik yayınlarda ise anksiyetenin nedeni olarak, altta yatan çatışmadan kaynaklanan korkutucu durum ile ilişkili bilinçdışı zihinsel imgeler göz önünde bulundurulmuştur (69).

Bowlby, panik durumunu anksiyetenin doruk noktası olarak tanımlamıştır. Ona göre, erken dönemde ebeveyn bakımında meydana gelen eksiklik daha sonraki yaşamda tehdit algısının tetiklenmesine yol açmaktadır (70).



Şekil 2.3. Genel psikodinamik teori temelinde nedensel bir model. Kalın oklarla birbirine bağlı oval kutular bireyin nedensel öyküsünü, kesikli oklarla bağlantılı diğer elemanlar ise panik atak sürecini temsil etmektedir. (L. Fava, J. Morton / Clinical Psychology Review 29 (2009) 623–637).

2.1.2.2.2. Stresli Yaşam Olayları

Panik bozukluğu üzerine yapılan retrospektif çalışmalarda, hastaların %80’inde tanıdan önceki bir yıl içinde stresli yaşam olayı rapor edilmiştir. Bu hastaların büyük kısmı hastalığının başlamasında yaşadığı stresli yaşam olayının etkisinin bulunduğu inanmaktadır. Faravelli, panik bozukluğu başlangıcından önceki iki ay içinde hastaların büyük bir oranında ölüm, ciddi bir hastalık gibi major bir yaşam olayı bulmuştur (71). Ayrıca, semptom şiddetinin kişilerarası çatışmalar, sağlıkla ilgili problemler ve iş yaşamındaki sorunlar gibi negatif yaşam olayları ile arttığı belirtilmiştir. Kronik stresör varlığının panik bozukluğunu kötüleştirdiği, yakın zamanda yaşanan bir kayıp ya da ayrılığın da panik bozuklukta depresyon komorbiditesini artırdığı öne sürülmüştür (72,73).

2.2. Bağlanma Kuramı:

Bağlanma, ocuk ile bakım veren kişi arasında gelişen ilişkide, çocuğun bakım veren kişiyle yakınlık arayışı ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (74). Bowlby'ye göre bağlanma davranışı, stres durumlarında belirginleşen, bir figürle ilişi kurmak ya da yakınlık sağlamak için duyulan istektir.

John Bowlby'nin kurucusu olduğu bağlanma kuramının temel noktası, bakımverenin bebeğine dış dünyayı inceleyebileceği ve istediğinde emniyet duyguları içinde geri dönebileceği güvenilir bir ortam sağlamasıdır (6). Bowlby, sağlıklı bir bağlanma ilişkisinin gelecek dönemlerde bireyi anksiyeteyi azaltarak sıkıntılara karşı koruyucu bir özellik haline gelmesinde etkili olduğunu belirtmiştir (75). Bazı araştırmacılar ise doğumdan hemen sonra anne ocuk arasındaki deri temasının çok daha güçlü bir bağlılığa yol açtığını belirtmişleridir (75).

1958 yılında Harlow anne yoksunluğunu incelediği bir deneyinde, maymunlardaki temel güdüyü anlamak için onlara birisi kumaş kaplı diğeri ise süt iebilecekleri daha rahatsız yer olan düzenek hazırlanmıştır. Bu deneyde maymunların demir çubuğa tırmanıp süt içtikten sonra hızla kumaş kaplı yerlerine döndüğü görülmüştür (76). Bu sonuç, bakımverenin beslenme kaynağı olmasının yanı sıra rahatlık ve emniyet açısından da önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Maymunlarda yapılan bir başka araştırmada ise, maymunların önceden ısıtılmış demirleri, kumaş kaplı soğuk yere tercih ettikleri gözlenmiştir. Bu deneyde ise sıcaklık faktörü önem kazanmıştır ve Harlow'un bakımverenin fiziksel gereksinimler dışında sıcaklık ve rahatlık gibi ihtiyaçları da karşıladığı yönündeki görüşleri desteklenmiştir. Harlow, anneden uzak ve sosyal yoksunluk içinde büyütülen rhesus maymunlarını incelediği bir çalışmada maymunların daha sonra ie kapanma, çocuklarına karşı ilgisizlik, ilişi kurmada beceriksizlik ve cinsel donukluk gibi belirtiler geliştirdiğini gözlemlemiştir (76). Sonuç olarak Harlow'a göre bakımveren ile ocuk arasında oluşan karşılıklı sevgi bağının ileriki yaşantıya olan en büyük yansıması, çocuğun daha sonra kuracağı ilişkilerdeki oluşan güven duygusudur (77, 78).

Ainsworth, annenin çocuğun ihtiyaçlarına olan yanıtlarını beslenme, ağlama, göz teması, gülümseme gibi alanlarda incelemiştir. Ainsworth'un "Yabancı Durum (strange situation)" olarak adlandırdığı deneyde on iki haftalık bebek ve anne laboratuvar ortamına alınmıştır. Bu deneyde, bebek sekiz dakika boyunca bir yabancıyla birlikte annesinden ayrı bırakılarak anneden ayrılma anı ve anneye tekrar buluşma anı gözlemlenmiştir. Bu iki anda bebeğin verdiği tepki ile güvenli, kararsız (ambivalent/iki değerli) ya da kaçınan gibi bağlanma çeşitleri arasında ilişki kurulmuştur. Güvenli bağlanmaya sahip bebeklerin anneden ayrıldıkları anda normal düzeyde bir gerilim yaşadıkları, annenin geri dönüşünü ise sevinçle karşıladıkları görülmüştür. Kararsız bağlanmaya sahip bebeklerin ise annenin gidişine yüksek düzeyde gerilim ve üzüntü ile tepki verirken, anne geri döndüğünde anneye karşı öfkeli ve reddedici oldukları; kaçınan bebeklerde ise, ayrılış anı sakin ve neredeyse tepkisizken, buluşma anı anneyi reddedici ve uzaklaştırıcı özellikte olduğu gözlemlenmiştir (79).

Güvenli bağlanma, duygusal sağlığın bir kaynağı olarak görülür, çocuğa "ötekinin" onun için orada olacağı ile ilgili güven verir ki, bu da onun ilerleyen yaşamında tatmin edici ilişkiler kurma kapasitesine zemin oluşturmaz (78).

Bağlanma çeşidinin oluşumunda doğuştan gelen bazı yatkınlıkların yanında özellikle bakımveren ile ilişkisi olmak üzere çevresel faktörlerin de önemi vardır. Güvenli bağlanma geliştiren çocukların annelerinin çocuğun ihtiyaçlarına daha duyarlı oldukları ve bu ihtiyaçlara uygun tepkiler verdikleri, kararsız bağlanan çocukların annelerinin genellikle tepkilerinde tutarsız oldukları, kaçınan bağlanma tarzına sahip çocukların ise mesafeli, ihmalkar annelere sahip oldukları bulunmuştur (80, 81).

Bağlanma çeşidine bağlı olarak ortaya çıkan davranış, yaşam boyunca kurulan ilişkilerde tekrarlama eğilimindedir. Güvenli bağlanmada bakımveren ile olan olumlu ilişki paterni, kararsız bağlanmada tutarsız ilişki kurma tarzı, kaçınan bağlanmada ise çocuklukta kullandıkları reddetme ve kaçma yöntemleri daha sonraki ilişkilerde kendini göstermektedir. Çünkü Horney'in söz ettiğı temel endişe ile baş etme metodu olarak bu davranışları seçmişlerdir ya da seçmek zorunda kalmışlardır (82).

2.2.1. Erişkinlikte bağlanma:

Bağlanma kuramı, önceden bebeklik ve çocukluk dönemlerine ve bu dönemdeki temel bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkiye odaklanırken, günümüzde erişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak amacıyla da kullanılmaktadır (83).

Waters ve arkadaşlarının yaptığı 20 yıllık izlem çalışmaları sonrasında 12 aylıkken güvenli bağlanan bebeklerin ebeveyn kaybı, boşanma, istismar gibi travmatik bir olayla karşılaşmadıkları sürece erken erişkinlikte bağlanma biçimlerinin değişmediği görülmüştür (84).

Hazan ve arkadaşları, yetişkinlerdeki yakın ilişkilerle ilgili yaptıkları araştırmalar sonrasında Ainsworth'un tanımladığı üç bağlanma türünün yetişkin yaşamdaki karşılıkları olarak güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaygılı-kaçınan bağlanma biçimlerini tanımlamışlardır (Tablo 2.1) (85). Bu sınıflamaya göre, güvenli bağlanmaya sahip yetişkinlerin özgüvenlerinin yüksek olduğu ve sosyal ilişkilerinde girişken oldukları; kaygılı-ikircikli yetişkinlerin reddedilmek ve terk edilmekten korkan kişiler olduğu; kaygılı-kaçınan yetişkinlerin ise yakın ilişkilerden rahatsız olan ve kendilerini açmak istemeyen kişiler olduğu belirtilmiştir (86).

Tablo 2.1. Hazan ve Arkadaşlarının Tanımladığı Üçlü Bağlanma Modeli

Bağlanma		
Güvenli	Kaçınan	Kaygılı/İkircikli

Bartholomew ve arkadaşları, Bowlby'nin orijinal teorisinde öne sürülen kendilik ve ötekiler içsel çalışan modellerini kullanarak dörtlü kategori modeli adını verdikleri bir yetişkin bağlanma biçimi modeli tanımlamışlardır (Tablo 2.2) (87). Kendilik ve ötekiler modelinin olumlu ya da olumsuz olarak algılanmasına göre

güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma olmak üzere dört farklı bağlanma çeşidinden bahsedilmiştir.

Tablo 2.2. Bartholomew'un Dörtlü Kategori Modeli

Ötekiler Modeli	Kendilik Modeli	
	Olumlu (Düşük Kaygı)	Olumsuz (Yüksek Kaygı)
Olumlu (Düşük Kaçınma)	Güvenli	Saplantılı
Olumsuz (Yüksek Kaçınma)	Kayıtsız	Korkulu

Dörtlü Bağlanma Modeli'ne göre güvenli bağlanan yetişkinler kendilerini değerli ve sevilebilir olarak algırlarken ötekileri de ulaşılabilir ve duyarlı görürler. Güvenli bağlanan kişilerin benlik saygıları yüksektir, yakınlık kurmaktan rahatsız olmazlar ve tek başına karar vermekte güçlük yaşamazlar.

Geriye kalan üç bağlanma biçimi güvensiz bağlanmanın alt tipleri olmakla beraber bu bağlanma türlerinde kendilik ve/veya ötekilerle ilgili olarak olumsuz bir algılayış bulunmaktadır.

Saplantılı bağlanan yetişkinler kendilerini değersiz bulurken ötekileri olumlu olarak değerlendirmektedirler ve bu yüzden ötekilerin onayını ve kabulünü kazanmaya çabalarlar. Bu insanlar sosyal ilişkilerinde aşırı yakın ilişkiler kurmak istediklerinden ilişki kurduğu kişileri rahatsız edip kendisinden uzaklaştırabilmektedirler.

Kayıtsız bağlanan yetişkinler kendilerini değerli ve sevilmeye değer olarak görürler ve ötekilere karşı olumsuz değerlendirmeler yaparlar. Kayıtsız bağlanma biçimine sahip bireyler hayal kırıklığına uğrama ve reddedilme korkuları nedeniyle yakın ilişkilerden kaçınıp bağımsız ve güçlü olmaya çalışarak olumlu benlik algılarını devam ettirmeye çaba gösterirler.

Korkulu bağlanma biçiminde ise hem kendilik hem de ötekiler olumsuz olarak değerlendirilir. Korkulu bağlanmaya sahip birey, kendisinin sevilmeye layık olmadığının yanı sıra başkalarının da reddedici olduğu ile ilgili inançlara sahiptir. Bu nedenle korkulu bağlanan bireyler yakın ilişkiler kurmaktan kaçınırlar.

Kaçıngan bağlanan erişkinler kurdukları ilişkilerde uzaklık, kontrol ve kendine yetebilmeyi hedeflerler. Bu kişiler bağlanma davranışlarını etkinleştirebilecek duygusal gereksinimlerini inkar veya ihmal etme eğilimindedirler (88).

Ayrıca, bazı araştırmacılar dezorganize bağlanma ile korkulu bağlanmanın denkleştirilebilir özellikler içerdiklerini ileri sürmüşlerdir (89).

2.2.2. Bağlanma ve Psikopatoloji

Bağlanma süreciyle ilgilenen pek çok kuramcı, bebeğin bakım vereniyle kurduğu ilişkinin daha sonraki hayatında kuracağı ilişkilerin niteliğini belirlediğini öne sürmektedir. Bowlby, ruhsal açıdan sağlıklı süreçleri güvenli bağlanma ile ilişkilendirmiştir (90). Bowlby, güvensiz bağlanmaya sahip çocukların daha sonra ortaya çıkan psikopatolojik durumlara daha yatkın olduğunu belirtmekle birlikte, psikopatolojinin gelişiminde kendilik ve ötekiler ile ilgili olumsuz temsillerin önemine dikkat çekmiştir (6). Bowlby' nin bağlanma kuramı formülasyonuna göre, bireyin sahip olduğu güvensiz bağlanma tarzıyla bağlantılı olarak sosyal etkileşim örüntüleri ve duygusal düzenleme (affect regulation) becerisi ile ilgili problemler psikopatoloji gelişimine zemin hazırlamaktadır (91).

Bu noktada bağlanma kuramı, hem duygu düzenlemesinin anlaşılmasında hem de kişiler arası ilişkilerin anlaşılmasında kullanışlı bir çerçeve sunmakla beraber bu konuda birçok ampirik çalışma yapılmaktadır (92).

Yapılan bu çalışmalarda, Bowlby'nin bağlanma kuramına paralel olarak birçok psikiyatrik bozukluğun bebek ile bakımveren arasındaki bağlanmada yaşanan problemlerle ilişkili olduğu görülmüştür.

Yardıma ihtiyaç duyduğu sırada ebeveynin tutarsız ve dengesiz davranmasıyla ilişkili olarak bağlanma kaygısı geliştiren kişiler bu kaygıyla baş etmek için strese karşı aşırı duyarlılık ile karakterize hiperaktivasyon stratejilerini kullanırlar. Bu strateji sonucunda kişi yakın ilişki içinde oldukları kişilerin davranışlarına ve ulaşılabilirliğine yönelik aşırı dikkatlidirler. Bağlanma kaygısının dinamiğini yansıtan hiperaktivasyon stratejisi, kurulan ilişkilerde “yapışma”, sürekli yakınlık ve onay arama gibi davranışlarla kendini göstermektedir ve depresyon için ciddi bir risk faktörüdür (93, 94). Ebeveyninin destek ve korunma ihtiyaçlarına karşı soğuk, mesafeli ve kızgın davranışlarıyla ilişkili olarak kaçınma davranışı geliştiren kişiler ise tehdit ya da stres durumunda duyguların ortaya çıkmasını engellemek amacıyla deaktivasyon davranış stratejisini geliştirirler (93).

Brown ve Wright'ın ergenlerde yaptığı bir araştırmada kararsız bağlanma tarzına sahip ergenlerin problemlerini abartarak ilgi çekmeye çalıştıkları, kaçınan ergenlerin ise, problemlerini ihmal etmeye meyilli oldukları belirtilmiştir. Bu durumla ilişkili olarak kararsız bağlanmış ergenlerde, anksiyete, depresyon, düşünce bozuklukları ve sosyal kabul görme gereksinimi diğer gruplara göre daha sık görülmektedir. Kararsız bağlanma tarzı borderline kişilik bozukluğuna sahip ergenlerde daha sık görülmektedir. Öte yandan, davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu da kaçınan bağlanma tarzına sahip ergenlerde daha sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır (82).

Bağlanma çeşidi ve psikiyatrik hastalıkları ilişkilendiren diğer bazı yazarlar da kaygılı/ikircikli bağlanmanın depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi içe vuruk patolojilerle; kaçınan bağlanmanın ise davranım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi dışa vuruk patolojilerle birliktelik gösterdiğini belirtmişlerdir (95, 96).

Yetersiz bakım, ebeveyn boşanması ya da erken ebeveyn kaybı gibi bağlanma ilişkisini bozabilecek yaşantılar anksiyete bozukluğu ve depresyonun altında yatan bilişsel, duygusal ve uyarılma süreçleri için de bir zemin oluşturmaktadır (97).

Güvensiz bağlanma ile yetişkin psikopatolojisinin ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada güvenli bağlanmaya sahip kişilerin %32'sinin, kayıtsız bağlanmaya sahip kişilerin %63'ünün, saplantılı bağlanmaya sahip kişilerin %100'ünün ve dezorganize bağlanmaya sahip kişilerin ise %65'inin psikiyatrik tanı aldıkları görülmüştür (91).

Tanı sistemlerince tanımlanmış ilk bağlanma bozukluğu tepkisel bağlanma bozukluğudur (98). Tepkisel bağlanma bozukluğu ketlenmiş ve ketlenmemiş tip olarak ikiye ayrılmaktadır. Belirtileri beş yaşından önce başlayan bağlanma bozukluğunun ketlenmemiş tipinde çocuğun sosyal etkileşiminde sınırları kolay aşabildiği görülse de, seçilmiş bir bağlanma nesnesi bulunmamaktadır. Ketlenmiş tipte ise çocuk etkileşimi başlatmada, sürdürmede ya da herhangi bir etkileşime yanıt vermede güçlük yaşamaktadır (98). DSM-4'teki tepkisel bağlanma bozukluğunun ketlenmiş ve ketlenmemiş subtipleri DSM-5'te tepkisel bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğu şeklinde 2 ayrı bozukluk şeklinde tanımlanmıştır.

Bağlanma tarzı ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisini araştıran diğer birçok çalışmada ise güvensiz bağlanma tarzı major depresyon, panik bozukluğu, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, vajinismus, yeme bozuklukları ve kronik ağrı bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (7-13).

2.2.3. Bağlanma ve Panik Bozukluğu

Panik bozukluğunun gelişiminde aile faktörü başta olmak üzere çevresel faktörlerle genetik faktörlerin etkileşiminin önemli olduğu gösterilmiştir (99). Panik bozukluğu hastaları ile yapılan bir çalışmada panik bozukluğun gelişiminde %25-35 oranda genetik faktörlerin, %70 oranında ise çevresel faktörlerin payı olduğu belirtilmiştir (100). Hayvanlarda yapılmış deneysel çalışmalarda ebeveynlik tarzının yavrularda anksiyöz davranışlara yol açtığını gösteren bir çalışmada yüksek duyarlılıktaki rhesus maymunlarının ve sıçanların, besleyici anneler tarafından

beslenmesinden sonra anksiyete davranışlarında azalma olduğu belirtilmiştir (101, 102). Bu sonuç, çocuklukta yaşanan olumsuz yaşantıların ve çocuğun sahip olduğu bağlanma tarzının daha sonra panik bozukluğu gelişmesinde katkısı olabileceğini düşündürmektedir.

Bakımda eksiklik ve aşırı korumacılık ile karakterize ebeveynlik tarzı, panik bozukluğu gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, bu gelişimin bilişsel süreçler ve nöral sistemlerin şekillendirilmesi yoluyla olabileceği belirtilmiştir (99). Klinik ve toplum örneklemindeki erişkin panik bozukluğu olan hastalar çocukluk dönemleriyle ilgili aşırı korumacı, eksik bakım veren ya da her ikisini de yapan ebeveyn tariflemişlerdir (103-105). Gözlemsel çalışmalarda da anksiyete bozukluğu olan çocuklarda benzer olumsuz ebeveynlik tarzları gözlemlenmiştir (106, 107).

2.3. Sempatik Deri Yanıtı

Elektrodermal aktivite otonom sinir sisteminin sempatik dalının kontrolü altındadır. Tehdit karşısında gösterilen tepkide sempatik aktivitenin rolü konusunda elektrodermal aktivite önemli bir odak noktasıdır. Korku ve anksiyete gibi duygular sırasında ter bezleri aktive olur ve deri nemli bir hale gelir. Derinin nemli hale gelmesiyle deri direncinde azalma, bir başka deyişle deri iletkenliğinde artış olur. Elektrodermal aktivite, dışarıdan verilen düşük şiddette akımın ardından elektrik direncinde meydana gelen değişiklik olarak kayıt cihazlarıyla kolaylıkla ölçülebilmektedir. Kayıtlar genellikle elin iç yüzüne yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla yapılmaktadır. Sempatik deri yanıtının ölçümünde latans süresi, maksimum amplitüt, geçen süre (Elapsed Time) gibi parametreler kullanılmaktadır.

Latans süresi: Uyarı verildikten ilk sapmaya kadar geçen süreyi ifade eder. Sempatik deri yanıtı (SSR) dalga analizi ve yorumlaması için çok önemli bilgiler içerir.

Maksimum amplitüt: Uyarı sonrasında sematik deri yanıtında oluşan maksimum potansiyel değişiklik anlamına gelmektedir.

Geçen süre (Elapsed Time): SSR ölçümü için verilen iki ardışık uyarı arasındaki süreyi tanımlamaktadır.

Yaygın anksiyete bozukluğu ve major depresif bozukluk hastaları ile yapılmış bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu olan grupta tedavi öncesinde sempatik deri yanıtı latansı sağlıklı kontrollere göre daha kısa, amplitütü ise daha uzun bulunmuştur. Major depresif bozukluk hastalarında ise sempatik deri yanıtı latansı sağlıklı kontrollere göre daha uzun, amplitütü ise daha kısa bulunmuştur. Tedavi sonrasında tüm bu değerlerin sağlıklı kontrol grubunun değerlerine yaklaştığı görülmüştür (14).

2.3.1. Sempatik Deri Yanıtı ve Panik Bozukluğu

Temel olarak sempatik sinir sistemi tarafından kontrol edilen elektrodermal sistem ile ilgili olarak, yüksek elektrodermal taban değerleri ve artmış tepkiler panik bozukluğu hastalarında bildirilmiştir (16, 108). Bu durum, panik bozukluğunun sağlıklı kontrol grubundan psikofizyolojik ayrımında umut verici bir parametre olarak elektrodermal sistemi öne çıkarmaktadır. Panik bozukluğunda anksiyete sadece panik ataklar ile sınırlı değildir. Atak öncesinde ve sonrasında daha düşük yoğunluklu anksiyete mevcuttur. Bu tür anksiyete sıklıkla beklenti anksiyetesi olarak bilinmektedir ve panik atakla koşullanmış içsel ve dışsal tetikleyiciler tarafından oluşmaktadır (109). Fowles, elektrodermal aktivitenin, panik atak olacağıyla ilgili beklenti anksiyetesini yansıttığını ileri sürmüştür (110).

Panik bozukluğu hastalarında deri iletkenliğinin 24 saat boyunca ölçüldüğü ambulator bir çalışmada deri iletkenliğinin hem uykuda hem de uyanıklık döneminde artmış olduğu gösterilmiştir (111). Bir diğer çalışmada ise deri iletkenliğinin hem panik ataktan önce hem de panik atak sırasında artmış olduğu gösterilmiştir (15).

Öte yandan bazı çalışmalarda panik bozukluğu hastalarında deri iletkenliğinin sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek olmadığı bulunmuştur. Bunun yerine yazarlar, panik bozukluğu hastalarında düşük deri iletkenliği değişkenliği saptamakla beraber panik bozukluğunun azalmış otonomik esneklik ile karakterize olduğunu ileri sürmüşlerdir (112).

2.4. Bağlanma ve sempatik deri yanıtı:

Kalp hızı ve deri iletkenliği üzerine bebeklerde yapılmış bazı araştırmalarda; güvensiz bağlanan bebeklerin ayrılma ve birleşme sırasında yüksek uyarılma gösterdikleri ileri sürölmüştür (113-116). Bu alışmalarda, Ainsworth'un "Yabancı Durum (strange situation)" diye adlandırdığı ortam içinde bebeğin yalnızken ve başka bir bakımveren ile birlikteyken deri iletkenliğinde ve kalp hızında görölen artış, bebeğin çok büyük bir korku içinde olduğunu göstermektedir. alışmalar güvenli bağlanmaya sahip bireylerin ayrılık, reddedilme ve tehdit deneyimlerini hatırlatan sorulara karşı deri iletkenliğinde diğer gruplara göre daha düşük bir artış saptamışlardır (114, 115). Kaygı temelli hiperaktivasyon ve kaçınma temelli deaktivasyon stratejilerini kullanan bireylerde yapılmış bazı çalışmalarda da ayrılık, reddedilme ve tehdit deneyimlerini hatırlatan sorulara karşı deri iletkenliğinde belirgin artış tespit edilmiştir (117-119). Stanley'nin 2006 yılında deri iletkenliğini öltüğü bir incelemesinde kararsız bağlanan erişkinlerin ayrılık ve birleşme sahneleri izlerken güvenli bağlanan ve saplantılı bağlanan erişkinlere göre daha yüksek uyarılma gösterdikleri görölmüştür (120).

Stresli durumlarda, olağan durumlardan farklı olarak bilateral amigdala yanıtında artış gözlenmektedir. Strese yatkınlık yaratan durumlarda olan etkinlik düzeyi güvensiz bağlanma ve strese otonom yanıtla sıkı bir korelasyon gösterir. Bu nedenle güvensiz bağlanmada amigdala, strese yanıtta anahtar bir role sahiptir (121). Sempatik sinir sisteminin etkinliğinin artışı (kalp atım hızı ve kortizol düzeyinin artışı) güvensiz bağlanmanın bir özelliği olarak tanımlanmıştır (122). Oksitosinin amigdala ve ventral striatumdaki etkileri aracılığıyla bağlanmanın etkilerine aracılık ettikleri düşünölmüştür.

Lemche ve arkadaşları (121) 2006 yılında yaptıkları bir araştırmada nötral uyarıcı ve stres yaratan durumlara karşı gelişen nöral ve otonomik cevapları (Deri iletim testi) ölmüşlerdir. Bu çalışmada stres yaratan görev ve nötral görevin fonksiyonel manyetik rezonans görüntöleme (fMRG) ile ölmü sırasında deri iletimine bakılmıştır ve bilateral amigdalanın yalnızca strese yatkınlık yaratan durumlarda aktive olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç stresli durumlarda amigdalanın bilateral olarak otonom yanıtlardan sorumlu olduğunu göstermektedir.

Araştırmalar güvensiz kaygılı bağlanma biçimi gösteren annelerin, bebeklerinin ağlaması sırasında kalp hızında ve elektrodermal aktivitesindeki artışın güvenli bağlanan annelere göre daha fazla olduğunu göstermiştir (123). Güvensiz bağlanma sonucunda gözlemlenen kalp atım hızı artışı ve deri iletimindeki artış, güvensiz bağlanmanın, emosyonel kontrolsüzlüğe yol açabileceği görüşü ile uyumludur (124).

2.5. Çocukluk Çağı Travmaları

Fiziksel İstismar

Dövme, ısırma, yumruklama, tekmeleme, yakma, zehirleme gibi kaza ile olmayan her türlü davranış anlamına gelir. Çocuğun gereksiz yere bedensel olarak cezalandırılması da fiziksel kötüye kullanım sayılır (51).

Duygusal İstismar

Bir kişinin çocuğa, onun değersiz, eksiklikleri olan, seilmeyen, istenmeyen bir çocuk olduğunu söylemesi durumudur. Bu davranışta bulunan kişi, çocuğa hakaret edebilir, terör uygulayabilir, azarlayıp izole edebilir ve çocuğu görmezden gelebilir. Duygusal istismar; küçümseme, bağırma, tehdit etme, kusur bulma ve alaya alma gibi sözel saldırıları ve yapabileceğinin ötesinde beklentiler yükleyerek çocuğu baskı altına almayı içermektedir (51).

Cinsel İstismar

Bir çocuk ve bir erişkin arasında; ya da diğer çocuğun yaşının anlamlı olarak daha büyük olması veya zor kullanması koşuluyla iki çocuk arasında, cinsel davranış olması durumudur (51). Suç davranışında bulunan kişi ve mağdur karşı cinsten veya aynı cinsten olabilir.

Cinsel istismar geniş bir aralıkta çok farklı cinsel aktiviteyi içermektedir. Bunlar fiziksel temas içermeyen, cinsel içerikli seyretme, konuşma, cinsel organları gösterme, pornografik materyalleri seyrettirme gibi eylemlerden, oral-anal-vajinal penetrasyona kadar değişebilmektedir. Cinsel istismar çoğunlukla çocuğun tanıdığı ve güvendiği bir kişi tarafından ve tekrarlayıcı şekilde gerçekleşmektedir (125, 126).

İki çocuk arasında geçen cinsel içerikli gösterme ya da dokunma tarzı eylemler, zorlamanın olmaması koşuluyla cinsel oyun olarak adlandırılabilir. Her iki çocuk da 4 yaşın altındaysa ya da iki çocuk arasındaki yaş farkı 4 yaştan az ise ve çocuklar eylemi tam olarak kavrayacak olgunlukta değil ise eylem cinsel oyun olarak değerlendirilmektedir (127).

Çocukluk çağında ihmal

Çocuğa kötü muamelenin en çok görülen şeklidir. İhmal, çocuğun bakım ve korunmasının sağlanmasındaki yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (51). Fiziksel ihmal; çocuğun terk edilmesi, evden kovulması, yıkıcı gözetim, yetersiz denetleme ve güvenlik ile huzurunun sağlanması konusunda dikkatsiz ve aldırılmaz tutumları kapsamaktadır. Duygusal ihmal ise; çocuğa yeterli sevgi, şefkat, destek ve ilgiyi gösterememek ya da çocuğun aile içi şiddete tanık olmasını engelleyememek şeklinde kendini göstermektedir.

2.5.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji

Aşırı stres, hayatta kalmak için sempatik sistemin aktive olduğu ve parasempatik sistemin bastırıldığı savaş ya da kaç tepkisini oluşturur. Böylece santral sinir sisteminde kortizol seviyesi artar ve hayatta kalabilmek amacıyla harekete geçilir (disosiyasyon, aşırı uyarılma ya da her ikisi). Strese karşı akut dönemde verilen nörofizyolojik tepki genellikle hızlı ve geri dönüşümlüdür. Bununla birlikte, bu yanıt paterni gittikçe daha düşük uyarı eşiği ile tekrarlama eğilimindedir. Bu şekilde strese cevap olarak verilen posttravmatik tepki paterni daha uzun süreli olabilmektedir (128). Yüksek düzeyde stres beyin gelişimini etkileyerek bazı hasarlara yol açabilmektedir (128).

Erken dönemde yaşanan travma, özellikle de bakımvereni tarafından uygulandıysa, çocuğun kendilik algısını, insanlara güvenini ve dünyayı algılayışını değiştirebilmektedir. Erken dönemde travmaya maruz kalmış çocukların gelecekle ilgili düşüncelerinin azaldığına sıkça rastlanmaktadır. Bu çocuklar hayatın tehlikeli olduğu ve bundan kurtulamayacağı düşünceleri sonucunda umutsuzluk duygusuna kapılıp gelecek ile ilgili beklentilerinden vazgeçebilmektedirler (129).

Erken dönemde yaşanan travmanın en yıkıcı etkilerinden biri çocuğun kendini ayrı bir birey olarak hissetmesinin engellenmesidir. Kendiliğin gelişmesindeki parçalanmalar çocuğun kendini düzenleme kapasitesini aşan streslere yanıtında kendini göstermektedir. Hayatta kalmak, çocuğun etkileşimlerinde, aktivitelerinde, çevreden gelen taleplere olan tepkilerinde öncelikli odak noktası haline gelmektedir. Travma yaşamış çocuklar tehditle mücadele ederken hayatta kalmak amacıyla kendilerini kaybederler. Başkalarına güvenmeyi göze alamazlar, rahatlayamazlar ve kendi duygularını, düşüncelerini, ilgilerini keşfedemezler (130, 131).

Erken travma mağdurları sıklıkla kendilerinde doğuştan gelen bir yanlışlık olduğuna, nefret uyandıran, sevimsiz, çaresiz, korunmaya ve sevmeye layık olmayan biri olduklarına inanırlar. Bu tür duygular kötü bir kendilik temsiline ve kendine zarar verici davranışlara neden olmaktadır. Sonuç olarak çocuk sonraki travmalara karşı incinebilir durumu gelmektedir (128).

Çocukluk çağı istismarı ve çocukluk çağının diğer olumsuz yaşantıları erişkinlerdeki depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere sonradan ortaya çıkan psikopatoloji ile bağlantılı bulunmuştur (132-134). Olumsuz çocukluk çağı yaşantıları çocuğun inanç sistemini değiştirebilir ve öğrenilmiş çaresizlik ve dış kontrol odağı gibi bilişsel incinebilirliğin gelişmesine katkıda bulunabilir (135).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler ebeveyn kaybı, ebevenlerin boşanması, bakımverende psikiyatrik hastalık olması, çocukluk çağı hastalıkları, aile içi şiddet, temel bakımda eksiklik, terk edilme, gıda ve barınmada yetersizlik ya da cesaretlendirme ve desteklemede eksiklik şeklinde görülebilmektedir (136, 137).

Travmatik yaşantıya maruz kalan kişinin nasıl bir olay yaşadığı her zaman açıkça bilinemese de bazı işaretler bu konuda fikir vermektedir (138). Suçluluk, depresyon, düşük benlik saygısı, sosyal becerilerde azalma, öfke, bastırılmış düşmanlık ve işlevsellikte düşme bunlardan bazılarıdır (139). Travmaya maruz kalmış kişilerde anksiyete, depresyon, inhibisyon, somatik şikayetler, fizyolojik uyarılma, korku, kaçınma ve yeniden yaşantılama gibi kendine yönelik belirtilerin yanı sıra saldırganlık, kötüye kullanma, fuhuş, artmış aktivite düzeyi ve cinsel

davranışla ilgili sorunlar şeklinde dışa yönelik belirtiler görülebilmektedir (140). Çocukluk çağında travmaya maruz kalmak, kişinin hayatı boyunca ciddi sorunlarla sonuçlanacak kısa ve uzun vadeli sosyal davranışlara da sebep olabilmektedir (141,142).

Erken yaşam stresörü alttipleri ile bunların olumsuz sonuçlarını inceleyen bazı araştırmacılar farklılıktan çok benzerlik olduğunu bulsalar da, diğer bazı araştırmacılar duygusal istismar ile özeleştiride başarısızlık arasında, fiziksel istismar ile saldırgan davranış arasında ve cinsel istismar ile cinsel sorunlar arasında bağlantı olduğunu göstermişlerdir (143,144).

Van der Kolk ve arkadaşlarına (145) göre travmanın uzun süreli etkileri şu şekildedir:

- Genel olarak artmış uyarılma hali ve uyarılmayı düzenlemede zorluk yaşama
 - Kendine ve başkalarına karşı agresyon
 - Cinsel dürtüleri düzenleyememe
 - Bağımlılık ya da izolasyon tarzında sorunlu sosyal ilişkiler kurma
- Nörobiyolojik süreçlerdeki değişiklikler
 - Dikkat ve konsantrasyon sorunları
 - Disosiyasyon
 - Somatizasyon
- Travmayla ilişkili uyaranlara şartlı korku tepkileri
- Güvensizlik, umutsuzluk, kendilik duygusunda kayıp
- Sosyal kaçınanlık
 - Anlamlı ilişkilerde azalma
- Gelecekle ilgili planlarda azalma

Literatür, istismar ve ihmalin birlikteliğinin oldukça yaygın olduğunu, başka bir deyişle tek bir erken yaşam stresörü alt tipine maruziyetin çok nadir olduğunu göstermektedir (146). Felitti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağında bir olumsuzlukla karşılaşarlarda başka bir olumsuzlukla karşılaşma ihtimalinin %80 olduğu belirtilmiştir (147).

Erken yaşam stresörlerinin uzun vadeli sonuçları arasında çocukluk çağında istismar ve/veya ihmal maruziyeti olan erişkinlerde şiddetin çatışma çözme amacıyla işlevsiz şekilde kullanılması da belirtilmektedir (142, 148, 149, 150).

Bireyin gelişimi sırasında meydana gelen travmatik yaşantılar nörobiyolojik ve nöroendokrin hasarlara yol açabilmektedir. Erken yaşam stresi çocuğun gelişimini davranışsal, duygusal, sosyal, fiziksel ve bilişsel açıdan etkilemektedir ve çocukta yaşam boyu psikopatoloji gelişimi açısından ciddi bir yatkınlık oluşturmaktadır (1-5).

2.5.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu, agorafobi ve herhangi bir tanılı olmak üzere 3 grubun olduğu bir çalışmada çocukluk çağı travmaları erişkinlikteki travmalara oranla bozuklukla daha fazla bağlantılı bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada panik bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklara göre travmatik olayın çocukluk çağında yaşanmış olmasıyla daha çok ilişkili olduğu belirtilmiştir (151).

Panik bozukluğunun tekrarlamasında rol oynayan değişkenleri araştıran bir çalışmada çocukluk çağı travmasının panik bozukluğunun tekrarlamasında bir prediktör olduğu bulunmuştur (152).

2.6. Çocukluk Çağı Travmaları ve Sempatik Deri Yanıtı

Çocukluk çağı travmaları erişkinlikte kortikal uyarılmayı değiştirebilmektedir (153).

Çocukluk çağı travmasına maruz kalan kimselerde yetişkinlik döneminde psikofizyolojik çalışmalara odaklanan az sayıda çalışma vardır. Çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireyler eşik altı tehditlerde uyarılmış deri iletkenliği göstermişlerdir (154).

Sonuç olarak; araştırma panik bozukluğu gibi sık görülen bir ruhsal hastalıkla, çocuklukta yaşanan bazı travmatik yaşantıların ve bakım veren ile olan bağlanma çeşidinin ilişkisini ortaya koymak ve bir biyolojik belirteç olarak sempatik

deri yanıtının panik bozukluğu ile birlikteliğini göstermek amacı taşımaktadır. Bu hedefe ulaşmak için öncelikle;

- 1.Panik bozukluğu olan hastaların yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş kontrollerle sosyodemografik, çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri ve sempatik deri yanıtları açısından karşılaştırılması,
- 2.Sempatik deri yanıtı, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin aralarındaki olası ilişkinin ortaya konması,
- 3.Sempatik deri yanıtını yordayan değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

“Panik Bozukluk, Yaygın anksiyete bozukluğu, Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında, bağlanma biçimi, çocukluk çağı travması ve sempatik deri yanıtları ilişkisi” adlı araştırma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 31.10.2014 tarih ve 2014/58 karar numaralı yazısı ile onay alınmıştır.

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Nöroloji Polikliniklerinde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri, 31.10.2014 ve 14.04.2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Dahil edilme kriterleri:

1. Hastalar için DSM-5’e göre panik bozukluğu tanısı almış olmak,
2. Sağlıklı kontroller için herhangi psikiyatrik bozukluğunun bulunmaması,
3. Araştırmaya katılmayı kabul ederek, bilgilendirilmiş olur vermek,
4. Özbildirimli ölçekleri anlayıp uygun şekilde doldurabilecek ölçüde okur-yazar olmanın ölçütü olarak en az ilkokul mezunu olmak,
5. Hastalar için alkol-madde bağımlılığı, zeka geriliği, psikotik bozukluk ve aktif tıbbi hastalığı bulunmamak.

Dışlama kriterleri:

1. İlkokulu bitirmemiş olmak,
2. Son 2 hafta içerisinde herhangi bir psikiyatrik tedavi almış olmak,
3. Alkol-madde bağımlılığı, zeka geriliği, psikotik bozukluk ve aktif tıbbi hastalığı bulunmak,
4. Çalışmaya katılmayı reddetmek.

3.4. Örneklem ve katılımcıların seçimi

31.10.2014 ve 14.04.2015 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-5'e göre panik bozukluğu tanısı almış hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmaları teklif edilmiştir. Hastalara yapılacak çalışmanın amacı ve çalışmada uygulanacak yöntem sözel olarak anlatılmıştır. Hastaların çalışmaya katılmak ile ilgili gönüllü olması durumunda çalışmayla ilgili aydınlatıldıklarına dair bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmıştır. Çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 39 panik bozukluğu hastası çalışmaya alınmıştır. Hastalara ek olarak; yaş ve cinsiyet açısından eşlenmiş, herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan, çoğunluğunu hastane personelinin oluşturduğu 39 kişilik sağlıklı kontrol grubu oluşturulmuştur. Çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 39 sağlıklı gönüllüye de çalışmayla ilgili aydınlatıldıklarına dair bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmada, katılımcıların çeşitli sosyodemografik özelliklerini saptamak üzere sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, boy, kilo, ilaç kullanımı, bedensel hastalık varlığı değerlendirilmiştir.

3.5.2. DSM-4 eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesi (SCID-1)

SCID-1, karşılıklı görüşme ile DSM-4 tanı ölçütlerine göre birinci eksen tanılarının geçmişte ve/veya son 1 ay içinde olup olmadığının araştırılması için kullanılmaktadır. Sosyodemografik veri kılavuzu ile başlayıp duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol-madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları tanılarını sorgulayan bir sıra izlemektedir. Yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzu olduğundan dolayı görüşmeci ek sorular sorarak görüşmeyi sürdürebilmektedir.

SCID-1 görüşme kılavuzununun türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Çorapçıoğlu ve arkadaşları yapmıştır (155).

3.5.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

Hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla kullanılan, değerlendiricinin derecelendirmesine dayanan, 17 soruluk bir ölçektir. 1960 yılında Max Hamilton tarafından yayınlanmıştır (156). Depresyonun derecesini ölçmek için en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0–2, diğer maddeleri 0–4 arasında derecelendirilmiştir. Her maddedeki belirtinin hastada bulunup bulunmadığının ve ‘hafif’, ‘orta’, ‘ağır’ gibi şiddet derecesinin, o madde için var olan soruların yöneltilmesi ve yanıtlarının esas alınmasıyla uzman tarafından belirlenmesi suretiyle kullanılmaktadır. Yapılan derecelendirmenin toplanmasıyla 0 ila 53 arasında değişen ölçek toplam puanı elde edilmekle birlikte toplam puandaki artış depresyonun şiddetindeki artışa işaret etmektedir. 0–7 puan depresyon olmadığını, 8–15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16–28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (157). Ölçeğin Türkçe geçerlilik–güvenilirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (158).

3.5.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olup, bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ile şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek, anksiyetenin psişik ve fiziksel belirtilerini sorgulayan 14 maddeden oluşmuştur. Ölçekte belirtinin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Anksiyetenin psişik alt itemleri 1, 2, 3, 5 ve 6. maddelerden; somatik alt itemleri ise 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. maddelerden oluşmaktadır. Her bir soru maddesi 0–4 arasında puanlanmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan ise 56’dır. 0–4 puan arası anksiyete yok, 5–17’nin altı hafif derecede, 18–24 orta derecede, 25’in üstü şiddetli ve ağır derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır (159). Türkçe formunun geçerlilik–güvenilirlik çalışması 1988 yılında Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (160).

3.5.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Zigmond ve Snaith (161) tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ); hastada anksiyete ve depresyon riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan, öz bildirimine dayalı, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekle beraber tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar ise depresyonu ölçmektedir. Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (162).

3.5.6. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

Bu çalışmada, 1987 yılında Hazan ve Shaver'ın (85) erişkin bağlanma ölçüm modeli merkezli, Collins ve Read (163) tarafından 1990 yılında geliştirilen, Likert tipi, öz bildirimine dayalı olan erişkin bağlanma biçimi ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma şeklinde üç tip bağlanma biçimini değerlendirir. 3, 4, 7, 12, 13, 16. maddelerin toplamı güvenli bağlanma puanını, 1, 2, 5, 14, 15, 17. maddelerin toplamı kaçınan bağlanma puanını, 6, 8, 9, 10, 11. maddelerin toplamının 1,2 ile çarpımı ise ikircikli/kaygılı bağlanma puanını vermektedir. Kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma tarzları güvensiz bağlanmalardır. Ölçek toplam 17 maddeden oluşmakla birlikte türkçeye çevirisi ve geçerliliği Alp ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (164).

3.5.7. Panik-Agorafobi Ölçeği

Panik bozukluğu tanısı almış olan hastalarda panik atakları, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı ve sağlık konusundaki endişeyi sorgulayan 5 alt bölümden oluşmaktadır. Ölçek uygulanan tedavilerin etkinliğinin araştırıldığı klinik çalışmaların haftalık değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Ayrıca diğer psikiyatrik hasta gruplarında panik bozukluğu ve agorafobi belirti örüntüsünü araştırmak amacıyla da kullanılabilir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. 1995 yılında Bandelow ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Ümit Tural, Hüray Fidaner, Tunç Alkın, Barwin Bandelow tarafından yapılmıştır (165).

3.5.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

1995 yılında David P. Bernstein (166) tarafından geliştirilen bu ölçek 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar (167) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli likert tipi öz bildirim dayalı bir ölçektir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içermektedir. Ayrıca aldatıcı nitelikte, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri hiçbir zaman, nadiren, zaman zaman, sıklıkla ve çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ölçek, toplam puanın hesaplanmasının yanı sıra travma alt tiplerinin ayrı ayrı değerlendirilmesine de olanak tanır.

3.6. Yöntem

3.6.1. Uygulama

Araştırma süresince Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-5'e göre panik bozukluğu tanısı almış hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Hastaların çalışmaya katılmak ile ilgili gönüllü olması durumunda çalışmayla ilgili aydınlatıldıklarına dair bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve hastalara panik bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri göz önünde bulundurularak SCID-1 uygulanarak psikiyatrik değerlendirmesi yapılmıştır. Sonrasında görüşmecinin doldurduğu Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği (HAM-D), Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HAM-A) uygulanmıştır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ), Panik-Agorafobi Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği hastalara verilerek uygun şekilde doldurmaları istenmiştir.

Hastaların sempatik deri yanıtı ölçümleri ise AİBÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Elektronöromiyografi (ENMG) laboratuvarında yapılmıştır. Çalışmaya; 26-28 °C oda ısısında, loş ve sessiz bir ortamda, hastalara yöntem hakkında bilgi

verildikten, hastalar rahatlatıldıktan, 5-10 dakika dinlendirildikten ve cilt radyan lamba ile ısıtıldıktan sonra başlanmıştır. Hastalar sırtüstü yatar pozisyonda ve gözler açık konumda incelenmiştir. Odanın iyi havalandırması sağlanmıştır. Sempatik deri yanıtlarının kayıtları yüzeysel elektrodlar kullanılarak iki kanallı ENMG cihazı ile yapılmıştır. Aktif yüzey elektrodları avuç içine; pasit elektrodlar ise el sırtına yerleştirilmiştir. Aktif elektrodun yerleştirildiği elin bilek kısmına toprak elektrodu bağlanmıştır. Yüzeysel elektrodlar yerleştirilmeden önce deri alkolle silinmiş, kuruyuncaya kadar bekletilmiş ve iletken madde sürüldükten sonra yapıştırma işlemi yapılmıştır. Alet; 0.5-1000 Hz frekans bandına, 100-500 μ V/div amplifikasyona ve 500-1000 msn/div süpürme hızına ayarlanmıştır. Elektriksel uyarı kontralateral median sinire uygulanmıştır. Median sinir bilekten 15 mA şiddetinde, 200 msn. süreli, dik açılı elektrik şoklarla uyarılıp 10 yanıt alınmıştır. Her yanıtın latansı ve amplitüdü ayrı ayrı ölçülmüştür. Latanslar; izoelektrik hattan ilk defleksiyona kadar olan sürenin ölçülmesi ile, amplitüdlere ise kaydedilen potansiyellerden tepeden tepeye en yüksek amplitüdlere ölçülmesi ile bulunmuştur. Her olgu için en kısa latans ve en büyük amplitüdü yanıt değerlendirmeye alınmıştır. Habitüasyonlardan kaçınmak için, uyarılar 45 saniyeden daha uzun süreli ve düzensiz aralıklarla verilmiştir.

Çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcılara da çalışmayla ilgili aydınlatıldıklarına dair bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmıştır. Sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve SCID-I uygulanarak psikiyatrik tanıları dışlanmıştır. Sonrasında hastalara verilen öz bildirime dayalı olan tüm ölçekler verilmiştir. Sempatik deri yanıtı ölçümünde hastalara uygulanan presedürler aynen uygulanmıştır. Ayrıca, hasta ve kontrol grubunun sempatik deri yanıtı ölçümleri günün aynı saatlerinde yapılmıştır.

3.6.2. İstatistiksel Analizler

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulguların istatistiksel değerlendirilmesinde; 'iki eş arasındaki farkın önemlilik testi' ve 'iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi' kullanılmıştır.

Bulguların arasındaki ilişkinin araştırılması için Spearman ve Pearson korelasyon analizleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arasındaki farklılıkları ki kare testi ile bakılmıştır. Kaygı düzeyini yordayan değişkenlerin analizi için lineer regresyon analizi yapılacaktır. Sonuçların anlamlılıkları $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Gruplar arası farklılıklar için sürekli verilerin normal dağılıp dağılmadığının belirlenmesi için kolmogorov smirnov testi uygulanmıştır. Eğer normal dağılım gösteriyorsa student t testi, normal dağılım göstermiyorsa Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Sempatik deri yanıtı amplitüdünü yordayan değişkenler için Lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Araştırmaya Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-5'e göre panik bozukluğu tanısı almış 39 hasta, kontrol grubunu oluşturmak amacıyla ise aynı bölgede yaşayan 39 sağlıklı kişi alınmıştır. Araştırmaya toplamda 42 kadın, 36 erkek katılmıştır.

Panik bozukluğu olan grup 20 kadın (%51.3), 19 erkekten (%48.7) oluşmaktaydı. Kontrol grubunda ise 22 kadın (%56.4), 17 erkek (%43.6) vardı. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,65$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyet açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	p	X ²
CİNSİYET	KADIN	20(%51.3)	22(%56.4)	0,65	0,206
	ERKEK	19(%48.7)	17(%43.6)		

Araştırmaya alınan hastaların yaşları 18-64 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması $31,79 \pm 11,64$ olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubundakilerin yaşları ise 19-45 arasında değişiyordu ve ortalaması $30,71 \pm 5,71$ idi. Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,60$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hasta ve kontrol gruplarının yaş açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	p	t
YAŞ	ORT	31,79	30,71	0,60	0,518
	SD	11,64	5,71		
	MIN	18	19		
	MAX	64	45		

Panik bozukluğu grubu sosyodemografik verilere bakılarak değerlendirildiğinde 22 kişinin (%56.4) evli, 17 kişinin (%43.6) ise bekar olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise 16 kişi (%41) evli, 22 kişi (%56.4) bekar, 1 kişi (%2.6) ise boşanmış olduğunu belirtmiştir. Medeni durumun sorgulandığı bölümde ‘dul’ ve ‘ayrı yaşıyor’ seçeneklerini işaretleyen katılımcı olmamıştır. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,27$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hasta ve kontrol gruplarının medeni durum açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	p	X ²
MEDENİ DURUM	EVLİ	22(%56.4)	16(%41)	0,27	2,588
	BEKAR	17(%43.6)	22(%56.4)		
	BOŞANMIŞ	-	1(%2.6)		

Panik bozukluğu olan grubun eğitimle ilişkili verileri gözden geçirildiğinde hastaların %69.3 ‘ü lise ve üstü eğitim seviyesine sahipti. Panik bozukluğu olan hastaların eğitim düzeyi verileri şu şekilde dağılmaktadır: 10 kişi (%25,6) ilkokul, 2 kişi (%5,1) ortaokul, 21 kişi (%53,8) lise, 4 kişi (%10,3) lisans, 1 kişi (%2,6) yüksek lisans, 1 kişi (%2,6) doktora mezunuydu. Kontrol grubunda ise 1 kişi (%2,6) ortaokul, 4 kişi (%10,3) lise, 7 kişi (%17,9) önlisans 11 kişi (%28,2) lisans, 15 kişi (%38,5) yüksek lisans, 1 kişi de (%2,6) doktora mezunu olduğunu belirtmiştir. Eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,0001$) (Tablo 4.4). Bu fark kontrol grubunda hiç ilkokul mezunu olmayışından kaynaklanıyor gözükmektedir.

Tablo 4.4. Hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumu açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	P	X ²
EĞİTİM DURUMU	İLKOKUL	10(%25,6)	-	0,000	44,410
	ORTAOKUL	2(%5,1)	1(%2,6)		
	LİSE	21(%53,8)	4(%10,3)		
	ÖNLİSANS	-	7(%17,9)		
	LİSANS	4(%10,3)	11(%28,2)		
	Y.LİSANS	1(%2,6)	15(%38,5)		
	DOKTORA	1(%2,6)	1(%2,6)		

Araştırmaya katılan panik bozukluğu grubunda 10 (%25,6) işçi-memur, 12 (%30,8) ev hanımı, 12 (%30,8) öğrenci, 2 (%5,1) çalışmayan ve 3 (%7,7) esnaf bulunmaktaydı. Kontrol grubunda ise 35 (%89,7) işçi-memur ve 4 (%10,3) öğrenci vardı. İş durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,000) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hasta ve kontrol gruplarının iş durumu açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	P	X ²
İŞ DURUMU	İşçi-Memur	10 (%25,6)	35 (%89,7)	0,000	34,889
	Ev hanımı	12 (%30,8)	-		
	Öğrenci	12 (%30,8)	4 (%10,3)		
	Çalışmayan	2 (%5,1)	-		
	Esnaf	3 (%7,7)	-		

Araştırmaya katılan panik bozukluğu hastalarından 25 kişi (%64,1) 0-950 TL, 8 kişi (%20,5) 950-2000 TL, 4 kişi (%10,3) 2000-5000 TL, 1 kişi (%2,6) 5000 TL üzeri gelir düzeyine sahip bulunmuştur. Kontrol grubunda ise 4 kişi (%10,3) 0-950 TL, 10 kişi (%25,6) 950-2000 TL, 10 kişi (%25,6) 2000-5000 TL, 15 kişi (%38,5) 5000 TL üzeri gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,000) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hasta ve kontrol gruplarının gelir düzeyi açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	P	X ²
GELİR DÜZEYİ	0-950 TL	25(%64,1)	4%(10,3)	0,000	30,243
	950-2000 TL	8(%20,5)	10%(25,6)		
	2000-5000 TL	4(%10,3)	10%(25,6)		
	5000 TL ÜZERİ	1(%2,6)	15%(38,5)		

4.2. Örneklemenin Fiziksel Özellikler ve Tıbbi Hastalıklar Açısından Durumu ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Panik bozukluğu hastalarının boyları 153-182 cm arasında değişiyordu ve ortalaması $168,68 \pm 7,70$ cm olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunda ise boylar 155-187 cm arasında değişiyordu ve ortalama $170,46 \pm 8,85$ cm bulunmuştur. Gruplar arasında boy ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,351$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Hasta ve kontrol gruplarının boy açısından karşılaştırılması (cm cinsinden)

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	P	t
BOY	ORT	168,68	170,46	0,351	-0,939
	SD	7,70	8,85		
	MIN	153	155		
	MAX	182	187		

Panik bozukluğu hastalarının kiloları 43-110 kg arasında değişiyordu ve ortalaması $74,18 \pm 15,94$ kg olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunda ise kilolar 48-99 kg arasında değişiyordu ve ortalama $71,43 \pm 14,20$ kg bulunmuştur. Kilo ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,427$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hasta ve kontrol gruplarının kilo açısından karşılaştırılması (kg cinsinden)

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	P	t
KİLO	ORT	74,18	71,43	0,427	0,799
	SD	15,94	14,20		
	MIN	43	48		
	MAX	110	99		

Çalışmaya katılan panik bozukluğu hastalarının 7'sinde (%17.9), sağlıklı kontrollerin ise 3'ünde (%7.7) herhangi bir fiziksel hastalık vardı. Panik bozukluğu olan grupta 3 kişide hipertansiyon, 2 kişide guatr, 1 kişide benign prostat hipertrofisi, 1 kişide KOAH, 1 kişide astım ve 1 kişide meme kanseri bulunmaktaydı. Kontrol grubunda ise 2 kişide geçirilmiş derin ven trombozu, 1 kişide behcet hastalığı, 1 kişide alerjik rinit ve 1 kişide multipl skleroz bulunmaktaydı. Hasta ve kontrol grubunun fiziksel hastalıkları remisyon durumundaydı. Fiziksel hastalığın varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,176) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hasta ve kontrol gruplarının fiziksel hastalık açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	P	X ²
FİZİKSEL	VAR	7(%17.9)	3(%7.7)	0,176	1,835
HASTALIK	YOK	32(%82.1)	36(%92.3)		

Sigara kullanımı panik bozukluğu olan grupta 10 kişide (%25,6), kontrol grubunda ise 12 kişide (%30,8) bulunmaktaydı. Gruplar arasında sigara içimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,665) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hasta ve kontrol gruplarının sigara kullanımı açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	P	X ²
SİGARA	VAR	10(%25,6)	12(%30,8)	0,665	0,187
	YOK	28(%71,8)	27(%69,2)		

4.3. Örneklemin Psikiyatrik Ölçeklerle Değerlendirilmesi ve Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Panik bozukluğu olan grupta HAD-Depresyon (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde depresyon puan toplamı) puan ortalaması $9,28 \pm 4,41$, HAD-Anksiyete (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde anksiyete puan toplamı) puan ortalaması ise $12,87 \pm 4,81$ bulunmuştur. Kontrol grubunda ise HAD-Depresyon puan ortalaması $3,71 \pm 2,31$, HAD-Anksiyete puan ortalaması ise $5,23 \pm 2,92$ olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,000$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hasta ve kontrol gruplarının HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete puanları açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	p	t
HAD DEPRESYON	ORT	9,28	3,71	0,000	6,972
	SD	4,41	2,31		
HAD ANKSİYETE	ORT	12,87	5,23	0,000	8,466
	SD	4,81	2,92		

Çocukluk çağı travmaları alttipleri değerlendirildiğinde panik bozukluğu grubunda duygusal istismar $7,12 \pm 2,72$, fiziksel istismar $5,53 \pm 1,60$, cinsel istismar $5,28 \pm 1,05$, duygusal ihmal $11,43 \pm 4,73$, fiziksel ihmal $7,79 \pm 3,53$ puan ortalamasına sahipti. Kontrol grubunda ise puan ortalamaları duygusal istismar $6,10 \pm 2,23$, fiziksel istismar $5,15 \pm 0,58$, cinsel istismar $5,38 \pm 1,58$, duygusal ihmal $7,43 \pm 2,41$, fiziksel ihmal $5,74 \pm 1,40$ şeklindeydi. Duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar alttiplerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Sırasıyla $p=0,74$, $p=0,164$, $p=0,737$). Duygusal ihmal ve fiziksel ihmal alttiplerinin puan ortalamalarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Sırasıyla $p=0,000$, $p=0,001$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hasta ve kontrol gruplarının travma alt tipleri açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=39)	KONTROL(n=39)	p	t
DUYGUSAL İSTİSMAR	ORT	7,12	6,10	0,74	1,810
	SD	2,74	2,23		
FİZİKSEL İSTİSMAR	ORT	5,53	5,15	0,164	1,407
	SD	1,60	0,58		
CİNSEL İSTİSMAR	ORT	5,28	5,38	0,737	-0,337
	SD	1,05	1,58		
DUYGUSAL İHMAL	ORT	11,43	7,43	0,000	4,696
	SD	4,73	2,41		
FİZİKSEL İHMAL	ORT	7,79	5,74	0,001	3,368
	SD	3,53	1,40		

Panik bozukluğu olan grupta güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının ortalamaları sırasıyla $14,73 \pm 3,52$, $38,08 \pm 4,06$, $43,12 \pm 3,36$ kontrol grubunda ise sırasıyla $14,94 \pm 3,12$, $39,90 \pm 3,28$, $34,99 \pm 2,25$ olarak hesaplanmıştır. Her üç bağlanma tarzının ortalama puanlarında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Sırasıyla $p=0,781$, $p=0,720$, $p=0,106$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hasta ve kontrol gruplarının bağlanma tarzları açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=38)	KONTROL(n=39)	p	t/Mann Whitney U
EBBÖ GÜVENLİ	ORT	14,73	14,94	0,781	-0,279
	SD	3,52	3,12		
EBBÖ KAÇINGAN	MEDİAN	12,00	13,00	0,720	706,000
	SD	4,06	3,28		
EBBÖ KAYGILI/ İKİRCİKLİ	MEDİAN	9,60	8,40	0,106	584,500
	SD	3,36	2,25		

Panik bozukluğu olan gruba uygulanan HAM-Depresyon puan ortalaması $10,51 \pm 4,99$, HAM-Anksiyete puan ortalaması $23,07 \pm 7,62$, panik agorafobi ölçeği puan ortalaması ise $24,58 \pm 9,87$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Panik bozukluğu olan grupta HAM-Depresyon, HAM-Anksiyete ve Panik Agorafobi Ölçeği puanları

GRUP		PANİK(n=39)
HAM-D	ORT	10,51
	SD	4,99
HAM-A	ORT	23,07
	SD	7,62
PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ	ORT	24,58
	SD	9,87

4.4. Örneklemin Sempatik Deri Yanıtı Açısından Değerlendirilmesi ve Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Panik bozukluğu olan grupta sempatik deri yanıtı amplitütlerinin ortalaması $2079,92 \mu V$ iken latans ortalaması $1411,97 \text{ msn}$ bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ise amplitüt ortalaması $1543,24 \mu V$, latans ortalaması ise $1306,53 \text{ msn}$ olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında amplitüt ve latans değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Sırasıyla $p=0,976$, $p=0,129$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hasta ve kontrol gruplarının sempatik deri yanıtı açısından karşılaştırılması

GRUP		PANİK(n=38)	KONTROL(n=39)	P	t
SSR AMPLİTÜT	ORT	2079,92	2090,76	0,976	-0,031
	SD	1569,89	1543,24		
	MIN	464	290		
	MAX	5970	5700		
SSR LATANS	ORT	1411,97	1306,53	0,129	1,534
	SD	242,96	349,27		
	MIN	965	275,00		
	MAX	1975	1840,00		

4.5. Korelasyon Analizleri

4.5.1. Panik bozukluğu grubunda yapılan korelasyon analizleri

Bağlanma tarzı ile sempatik deri yanıtının korelasyonunu değerlendirmek amacıyla panik bozukluğu hastalarında yapılan korelasyon analizinde amplitüt ile güvenli bağlanma arasında negatif ($r=-0,386$, $p=0,018$), kaçınan ($r=0,448$ $p=0,005$), ve kaygılı/ikircikli bağlanma ($r=0,326$ $p=0,049$) arasında ise pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Panik bozukluğu grubunda bağlanma tarzı ile sempatik deri yanıtı korelasyonu

PANİK GRUBU PUANLARI		SSR-AMPLİTÜT	SSR-LATANS
EBBÖ GÜVENLİ	r	-0,386	-0,141
	p	0,018	0,405
EBBÖ KAÇINGAN	r	0,448	0,075
	p	0,005	0,660
EBBÖ KAYGILI/İKİRCİKLİ	r	0,326	0,000
	p	0,049	0,999

Panik bozukluğu grubunda bağlanma tarzı ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla yapılan analizde kaçingan bağlanma ile HAD-A ($r=0,426$, $p=0,008$) ve HAD-D ($r=0,473$, $p=0,003$) puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Panik bozukluğu grubunda bağlanma tarzı ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları korelasyonu

PANİK GRUBU PUANLARI		HAD-ANKSİYETE	HAD-DEPRESYON
EBBÖ GÜVENLİ	r	-0,274	-0,251
	p	0,096	0,128
EBBÖ KAÇINGAN	r	0,426	0,473
	p	0,008	0,003
EBBÖ KAYGILI/İKİRCİKLİ	r	0,039	0,216
	p	0,818	0,194

Panik bozukluğu grubunda yapılan diğer korelasyon analizlerinde ise kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ile fiziksel istismar puanları ($r=0,422$, $p=0,008$) arasında; cinsel istismar ile HAM-D puanları ($r=0,418$, $p=0,008$) ve HAD-D ($r=-0,397$, $p=0,012$) arasında; PAÖ puanları ile HAM-D ($r=0,583$, $p=0,000$), HAM-A ($r=0,692$, $p=0,000$), HAD-D ($r=0,630$, $p=0,000$) ve HAD-A ($r=0,714$, $p=0,000$) puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Panik bozukluğu grubunda yapılan korelasyon analizleri

Correlations																		
		yaş	cinsiyet	kilo	boy	amplitüt	latans	HAD-A	HAD-D	HAM-D	HAM-A	duy.ist.	fiz.ist.	cins.ist.	fiz.ihmal	duy.ihmal	PAÖ	güvenli bağ.
yaş	R	1																
	p																	
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38
cinsiyet	R	-.081	1															
	p	,625																
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38
kilo	R	,527	,183	1														
	p	,001	,271															
	N	38	38	38	38	37	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
boy	R	-,352	,677	,166	1													
	p	,030	,000	,320														
	N	38	38	38	38	37	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
amplitüt	R	-,057	-,176	-,011	-,187	1												
	p	,732	,291	,950	,267													
	N	38	38	37	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	37	37
latans	R	-,140	,060	-,195	,062	-,236	1											
	p	,402	,721	,248	,716	,154												
	N	38	38	37	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	37	37
HAD-A	R	-,254	-,146	-,421	-,084	,186	,047	1										
	p	,119	,374	,008	,618	,264	,780											
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
HAD-D	R	,039	-,146	-,243	-,130	,159	-,127	,687	1									
	p	,813	,377	,141	,436	,341	,446	,000	,587									
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
HAM-D	R	-,090	-,049	-,501	-,112	,039	,144	,612	,587	1								
	p	,584	,766	,001	,505	,817	,390	,000	,000									
	N	39	39	38	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
HAM-A	R	-,303	,051	-,494	,131	,096	-,022	,699	,506	,728	1							
	p	,061	,756	,002	,433	,565	,898	,000	,001	,000								
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
duy.ist.	R	,383	,086	,282	-,236	,028	-,130	,089	,062	-,059	-,057	1						
	p	,016	,601	,087	,154	,868	,437	,591	,707	,723	,730							
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
fiz.ist.	R	,533	,219	,367	-,061	,005	-,133	-,073	,090	-,029	-,240	,522	1					
	p	,000	,180	,023	,714	,976	,424	,661	,588	,862	,140	,001	,081					
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
cins.ist.	R	,186	,032	-,010	-,124	-,093	,104	,293	,397	,418	-,129	-,049	,283	1				
	p	,258	,848	,954	,459	,578	,535	,070	,012	,008	,435	,765	,081					
	N	39	39	38	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
fiz.ihmal	R	,611	,190	,494	-,024	,163	-,156	-,099	,159	-,162	-,148	,594	,512	-,034	1			
	p	,000	,247	,002	,888	,329	,349	,549	,333	,324	,369	,000	,001	,839				
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
duy.ihmal	R	,469	,128	,333	-,142	,126	-,105	-,056	,149	-,099	-,008	,582	,311	-,173	,686	1		
	p	,003	,436	,041	,394	,449	,529	,734	,366	,551	,960	,000	,054	,291	,000			
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
PAÖ	R	-,340	,099	-,287	,198	,044	-,001	,714	,630	,583	,692	-,029	-,185	,146	-,153	-,040	1	
	p	,034	,549	,081	,233	,793	,997	,000	,000	,000	,000	,861	,259	,375	,351	,807		
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38
güvenli bağ.	R	,272	,011	,242	-,046	-,386	-,141	-,274	-,251	-,185	-,220	,055	,159	-,224	,018	,123	-,304	1
	p	,099	,947	,143	,784	,018	,405	,096	,128	,266	,185	,744	,341	,176	,913	,461	,064	
	N	38	38	38	38	37	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
kaçınan bağ.	R	,118	-,192	,080	-,258	,448	,075	,426	,473	,247	,150	,290	,139	,315	,290	,194	,195	-,539
	p	,480	,249	,634	,118	,005	,660	,008	,003	,135	,369	,078	,404	,054	,077	,244	,240	
	N	38	38	38	38	37	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
kaygılı/kırcıklı bağ.	R	,254	,023	,125	-,267	,326	,000	,039	,216	,180	-,158	,315	,422	,288	,281	,120	-,080	-,369
	p	,124	,891	,455	,105	,049	,999	,818	,194	,279	,344	,054	,008	,080	,088	,472	,719	
	N	38	38	38	38	37	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38

4.5.2. Tüm örnekleme yapılan korelasyon analizleri

Bağlanma tarzı ile sempatik deri yanıtının korelasyonunu değerlendirmek amacıyla tüm örnekleme yapılan korelasyon analizinde amplitüt ile kaçınan bağlanma arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=0,256$ $p=0,026$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Tüm örnekleme bağlanma tarzı ile sempatik deri yanıtı korelasyonu

PANİK+KONTROL PUANLARI		SSR-AMPLİTÜT	SSR-LATANS
EBBÖ GÜVENLİ	r	-0,025	-0,058
	p	0,831	0,617
EBBÖ KAÇINGAN	r	0,256	0,185
	p	0,026	0,110
EBBÖ KAYGILI/İKİRCİKLİ	r	0,125	0,069
	p	0,281	0,556

Bağlanma tarzı ile HAD ölçeği puanlarının korelasyonunu değerlendirmek amacıyla yapılan analizde güvenli bağlanma ile HAD-A puanları ($r=-0,232$ $p=0,042$) ve HAD-D puanları ($r=-0,239$ $p=0,036$) arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Kaçınan bağlanma puanları ile HAD-A puanları ($r=0,360$ $p=0,001$) ve HAD-D puanları ($r=0,384$ $p=0,001$) arasında; kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ile HAD-A puanları ($r=0,302$ $p=0,008$) ve HAD-D puanları ($r=0,337$ $p=0,003$) arasında ise pozitif korelasyon olduğu görülmüştür (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Tüm örnekleimde bağlanma tarzı ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları korelasyonu

PANİK+KONTROL PUANLARI		HAD-ANKSİYETE	HAD-DEPRESYON
EBBÖ GÜVENLİ	r	-0,232	-0,239
	p	0,042	0,036
EBBÖ KAÇINGAN	r	0,360	0,384
	p	0,001	0,001
EBBÖ KAYGILI/İKİRCİKLİ	r	0,302	0,337
	p	0,008	0,003

Tüm örnekleimde travma alttıpleri ile HAD ölçeği puanları arasında korelasyonu değerlendirmek amacıyla yapılan analizde duygusal istismar puanları ile HAD-A puanları ($r=0,233$ $p=0,040$) arasında; duygusal ihmal puanları ile HAD-A puanları ($r=0,334$ $p=0,003$) ve HAD-D puanları ($r=0,412$ $p=0,000$) arasında; fiziksel ihmal puanları ile HAD-D puanları ($r=0,315$ $p=0,005$) arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Tüm örnekleimde travma alttipleri ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları korelasyonu

PANİK+KONTROL PUANLARI		HAD-ANKSIYETE	HAD-DEPRESYON
DUYGUSAL İSTİSMAR	r	0,233	0,159
	p	0,040	0,166
FİZİKSEL İSTİSMAR	r	0,092	0,159
	p	0,422	0,166
CİNSEL İSTİSMAR	r	0,133	0,128
	p	0,245	0,264
DUYGUSAL İHMAL	r	0,334	0,412
	p	0,003	0,000
FİZİKSEL İHMAL	r	0,210	0,315
	p	0,065	0,005

Bağlanma tarzı ile travma alttiplerinin korelasyonunu değerlendirmek amacıyla yapılan analizde kaygılı/ikircikli bağlanma ile duygusal istismar ($r=0,334$ $p=0,002$), fiziksel istismar ($r=0,391$ $p=0,000$), cinsel istismar ($r=0,233$ $p=0,041$), fiziksel ihmal ($r=0,305$ $p=0,007$) ve duygusal ihmal ($r=0,253$ $p=0,026$) arasında; kaçınan bağlanma ile fiziksel ihmal ($r=0,258$ $p=0,023$) arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Tüm örnekleme travma alttipleri ile bağlanma tarzları arasındaki korelasyon

PANİK+KONTROL PUANLARI		EBBÖ GÜVENLİ	EBBÖ KAÇINGAN	EBBÖ KAYGILI/İKİRCİKLİ
DUYGUSAL İSTİSMAR	r	0,001	0,172	0,344
	p	0,994	0,134	0,002
FİZİKSEL İSTİSMAR	r	0,085	0,102	0,391
	p	0,461	0,378	0,000
CİNSEL İSTİSMAR	r	-0,127	0,133	0,233
	p	0,271	0,248	0,041
DUYGUSAL İHMAL	r	0,012	0,186	0,253
	p	0,916	0,105	0,026
FİZİKSEL İHMAL	r	0,032	0,258	0,305
	p	0,782	0,023	0,007

Tüm örnekleme yapılan diğer korelasyon analizlerinde ise erkeklerde sempatik deri yanıtı amplitüdünün kadınlara göre yüksek ($r=-0,277$ $p=0,015$) olduğu ve boy ile sempatik deri yanıtı amplitüdü ($r=-0,287$ $p=0,012$) arasında negatif korelasyon bulunduğu görülmüştür (Tablo 4.24).

Tablo 4.23 Tüm örneklemede ölçek puanları ve sempatik deri yanıtı korelasyonları

Correlations															
		hasta/kontrol	cinsiyet	amplitüt	latans	HAD-A	HAD-D	duy.ist.	fiz.ist.	cins.ist.	fiz.ihmal	duy.ihmal	guvenli bağ.	kaçıngan bağ.	kaygılı/kirckikli bağ.
hasta/kontrol	R	1	-,051	,004	-,174	-,697**	-,625**	-,203	-,159	,039	-,360**	-,474**	,032	-,051	-,225*
	p		,655	,976	,129	,000	,000	,074	,164	,737	,001	,000	,781	,661	,050
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
cinsiyet	R	-,051	1	-,277**	,017	-,056	-,029	,039	,118	-,097	,165	,160	-,012	-,073	,052
	p	,655		,015	,881	,629	,802	,733	,304	,399	,148	,161	,916	,529	,652
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
amplitüt	R	,004	-,277**	1	-,096	,057	,025	,034	,034	,076	,146	,069	-,025	,256*	,125
	p	,976		,015	,404	,624	,827	,771	,766	,510	,206	,553	,831	,026	,281
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	76	76	76
latans	R	-,174	,017	-,096	1	,133	,046	-,169	-,071	-,035	,012	-,026	-,058	,185	,069
	p	,129	,881	,404		,249	,692	,142	,541	,760	,918	,825	,617	,110	,556
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	76	76	76
HAD-A	R	-,697**	-,056	,057	,133	1	,794**	,233*	,092	,133	,210	,334**	-,232*	,360**	,302**
	p	,000	,629	,624	,249		,000	,040	,422	,245	,065	,003	,042	,001	,008
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
HAD-D	R	-,625**	-,029	,025	,046	,794**	1	,159	,159	,128	,315**	,412**	-,239*	,384**	,337**
	p	,000	,802	,827	,692	,000		,166	,166	,264	,005	,000	,036	,001	,003
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
duy.ist.	R	-,203	,039	,034	-,169	,233*	,159	1	,545**	,333**	,486**	,578**	,001	,172	,344**
	p	,074	,733	,771	,142	,040	,166		,000	,003	,000	,000	,994	,134	,002
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
fiz.ist.	R	-,159	,118	,034	-,071	,092	,159	,545**	1	,408**	,516**	,404**	,085	,102	,391**
	p	,164	,304	,766	,541	,422	,166	,000		,000	,000	,000	,461	,378	,000
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
cins.ist.	R	,039	-,097	,076	-,035	,133	,128	,333**	,408**	1	,109	,144	-,127	,133	,233*
	p	,737	,399	,510	,760	,245	,264	,003	,000		,344	,210	,271	,248	,041
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
fiz.ihmal	R	-,360**	,165	,146	,012	,210	,315**	,486**	,516**	,109	1	,699**	,032	,258*	,305**
	p	,001	,148	,206	,918	,065	,005	,000	,000	,344		,000	,782	,023	,007
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
duy.ihmal	R	-,474**	,160	,069	-,026	,334**	,412**	,578**	,404**	,144	,699**	1	,012	,186	,253*
	p	,000	,161	,553	,825	,003	,000	,000	,000	,210	,000		,916	,105	,026
	N	78	78	77	77	78	78	78	78	78	78	78	77	77	77
guvenli bağ.	R	,032	-,012	-,025	-,058	-,232*	-,239*	,001	,085	-,127	,032	,012	1	-,444**	-,343**
	p	,781	,916	,831	,617	,042	,036	,994	,461	,271	,782	,916		,000	,002
	N	77	77	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
kaçıngan bağ.	R	-,051	-,073	,256*	,185	,360**	,384**	,172	,102	,133	,258*	,186	-,444**	1	,578**
	p	,661	,529	,026	,110	,001	,001	,134	,378	,248	,023	,105	,000		,000
	N	77	77	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
kaygılı/kirckikli bağ.	R	-,225*	,052	,125	,069	,302**	,337**	,344**	,391**	,233*	,305**	,253*	-,343**	,578**	1
	p	,050	,652	,281	,556	,008	,003	,002	,000	,041	,007	,026	,002	,000	
	N	77	77	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77

Tablo 4.24. Tüm örnekleimde yapılan korelasyon analizleri

Correlations																						
		yaş	cinsiyet	kilo	boy	amplitüt	latans	HAD-A	HAD-D	HAM-D	HAM-A	duy.ist	fiz.ist	cins.ist	fiz.ihmal	duy.ihmal	PAÖ	guvenli bağ.	kacınan bağ.	kaygılıkircikli bağ.	hasta kontrol	
yaş	R	1	-.094	.346"	-.276"	.046	-.080	-.092	.069	-.090	-.303	.314"	.440"	.056	.438"	.345"	-.340"	.219	.061	.229"	-.059	
	p		.412	.002	.015	.688	.492	.423	.549	.584	.061	.005	.000	.628	.000	.002	.034	.056	.598	.045	.606	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
cinsiyet	R	-.094	1	.372"	.713"	-.277"	.017	-.056	-.029	-.049	.051	.039	.118	-.097	.165	.160	.099	-.012	-.073	.052	-.051	
	p	.412		.001	.000	.015	.881	.629	.802	.766	.756	.733	.304	.399	.148	.161	.549	.916	.529	.652	.655	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
kilo	R	.346"	.372"	1	.417"	-.069	-.207	-.132	-.029	-.501"	-.494"	.152	.258"	-.035	.345"	.301"	-.287	.114	.075	.077	-.092	
	p	.002	.001		.000	.555	.073	.253	.803	.001	.002	.186	.023	.763	.002	.008	.081	.324	.516	.504	.427	
	N	77	77	77	77	76	76	77	77	38	38	77	77	77	77	77	38	77	77	77	77	
boy	R	-.276"	.713"	.417"	1	-.287"	-.053	-.091	-.060	-.112	.131	-.141	-.081	-.136	-.061	-.064	.198	-.089	-.025	-.124	.108	
	p	.015	.000	.000		.012	.649	.432	.603	.505	.433	.221	.485	.239	.598	.578	.233	.441	.827	.283	.351	
	N	77	77	77	77	76	76	77	77	38	38	77	77	77	77	77	38	77	77	77	77	
amplitüt	R	.046	-.277"	-.069	-.287"	1	-.096	.057	.025	.039	.096	.034	.034	.076	.146	.069	.044	-.025	.256"	.125	.004	
	p	.688	.015	.555	.012		.404	.624	.827	.817	.565	.771	.766	.510	.206	.553	.793	.831	.026	.281	.976	
	N	77	77	76	76	77	77	77	77	38	38	77	77	77	77	77	38	76	76	76	77	
latans	R	-.080	.017	-.207	-.053	-.096	1	.133	.046	.144	-.022	-.169	-.071	-.035	.012	-.026	-.001	-.058	.185	.069	-.174	
	p	.492	.881	.073	.649	.404		.249	.692	.390	.898	.142	.541	.760	.918	.825	.997	.617	.110	.556	.129	
	N	77	77	76	76	77	77	77	77	38	38	77	77	77	77	77	38	76	76	76	77	
HAD-A	R	-.092	-.056	-.132	-.091	.057	.133	1	.794"	.612"	.699"	.233"	.092	.133	.210	.334"	.714"	-.232"	.360"	.302"	-.697"	
	p	.423	.629	.253	.432	.624	.249		.000	.000	.000	.040	.422	.245	.065	.003	.000	.042	.001	.008	.000	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
HAD-D	R	.069	-.029	-.029	-.060	.025	.046	.794"	1	.587"	.506"	.159	.159	.128	.315"	.412"	.630"	-.239"	.384"	.337"	-.625"	
	p	.549	.802	.803	.603	.827	.692	.000		.000	.001	.166	.166	.264	.005	.000	.000	.036	.001	.003	.000	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
HAM-D	R	-.090	-.049	-.501"	-.112	.039	.144	.612"	.587"	1	.728"	-.059	-.029	.418"	-.162	-.099	.583"	-.185	.247	.180	°	
	p	.584	.766	.001	.505	.817	.390	.000	.000		.000	.723	.862	.008	.324	.551	.000	.266	.135	.279	.000	
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38	38	39	
HAM-A	R	-.303	.051	-.494"	.131	.096	-.022	.699"	.506"	.728"	1	-.057	-.240	.129	-.148	-.008	.692"	-.220	.150	-.158	°	
	p	.061	.756	.002	.433	.565	.898	.000	.001	.000		.730	.140	.435	.369	.960	.000	.185	.369	.344	.000	
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38	38	39	
duy.ist.	R	.314"	.039	.152	-.141	.034	-.169	.233"	.159	-.059	-.057	1	.545"	.333"	.486"	.578"	-.029	.001	.172	.344"	-.203	
	p	.005	.733	.186	.221	.771	.142	.040	.166	.723	.730		.000	.003	.000	.000	.861	.994	.134	.002	.074	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
fiz.ist.	R	.440"	.118	.258"	-.081	.034	-.071	.092	.159	-.029	-.240	.545"	1	.408"	.516"	.404"	-.185	.085	.102	.391"	-.159	
	p	.000	.304	.023	.485	.766	.541	.422	.166	.862	.140	.000	.000	.000	.000	.000	.259	.461	.378	.000	.164	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
cins.ist.	R	.056	-.097	-.035	-.136	.076	-.035	.133	.128	.418"	.129	.333"	.408"	1	.109	.144	.146	-.127	.133	.233"	.039	
	p	.628	.399	.763	.239	.510	.760	.245	.264	.008	.435	.003	.000		.344	.210	.375	.271	.248	.041	.737	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
fiz.ihmal	R	.438"	.165	.345"	-.061	.146	.012	.210	.315"	-.162	-.148	.486"	.516"	.109	1	.699"	-.153	.032	.258"	.305"	-.360"	
	p	.000	.148	.002	.598	.206	.918	.065	.005	.324	.369	.000	.000	.344		.000	.351	.782	.023	.007	.001	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
duy.ihmal	R	.345"	.160	.301"	-.064	.069	-.026	.334"	.412"	-.099	-.008	.578"	.404"	.144	.699"	1	-.040	.012	.186	.253"	-.474"	
	p	.002	.161	.008	.578	.553	.825	.003	.000	.551	.960	.000	.000	.210	.000		.807	.916	.105	.026	.000	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	
PAÖ	R	-.340"	.099	-.287	.198	.044	-.001	.714"	.630"	.583"	.692"	-.029	-.185	.146	-.153	-.040	1	-.304	.195	-.060	°	
	p	.034	.549	.081	.233	.793	.997	.000	.000	.000	.000	.861	.259	.375	.351	.807		.064	.240	.719	.000	
	N	39	39	38	38	38	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	38	38	38	39	
guvenli bağ.	R	.219	-.012	.114	-.089	-.025	-.058	-.232"	-.239"	-.185	-.220	.001	.085	-.127	.032	.012	-.304	1	-.444"	-.343"	.032	
	p	.056	.916	.324	.441	.831	.617	.042	.036	.266	.185	.994	.461	.271	.782	.916	.064		.000	.002	.781	
	N	77	77	77	77	76	76	77	77	38	38	77	77	77	77	77	38	77	77	77	77	
kacınan bağ.	R	.061	-.073	.075	-.025	.256"	.185	.360"	.384"	.247	.150	.172	.102	.133	.258"	.186	.195	-.444"	1	.578"	-.051	
	p	.598	.529	.516	.827	.026	.110	.001	.001	.135	.369	.134	.378	.248	.023	.105	.240	.000		.000	.661	
	N	77	77	77	77	76	76	77	77	38	38	77	77	77	77	77	38	77	77	77	77	
kaygılıkircikli bağ.	R	.229"	.052	.077	-.124	.125	.069	.302"	.337"	.180	-.158	.344"	.391"	.233"	.305"	.253"	-.060	-.343"	.578"	1	-.225"	
	p	.045	.652	.504	.283	.281	.556	.008	.003	.279	.344	.002	.000	.041	.007	.000	.719	.002	.000		.050	
	N	77	77	77	77	76	76	77	77	38	38	77	77	77	77	77	38	77	77	77	77	
hasta/kontrol	R	-.059	-.051	-.092	.108	.004	-.174	-.697"	-.625"	°	°	°	-.203	-.159	.039	-.360"	-.474"	°	.032	-.051	-.225"	1
	p	.606	.655	.427	.351	.976	.129	.000	.000	.000	.000	.074	.164	.737	.001	.000	.000		.781	.661	.050	
	N	78	78	77	77	77	77	78	78	39	39	78	78	78	78	78	39	77	77	77	78	

Bu çalışmada temel olarak aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır;

1. Panik bozukluğu ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.
2. Kontrol grubunun eğitim düzeyi panik bozukluğu grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti.
3. Panik bozukluğu ve kontrol grupları arasında iş durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı.
4. Kontrol grubunun gelir düzeyi panik bozukluğu grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti.
5. Panik bozukluğu ve kontrol grupları arasında boy, kilo ve fiziksel hastalığın varlığı ve sigara içimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
6. Panik bozukluğu grubunda HAD-A ve HAD-D skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.
7. Panik bozukluğu ve kontrol grupları arasında duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal puanları panik bozukluğu grubunda daha yüksek bulunmuştur.
8. Her üç bağlanma tarzında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
9. Panik bozukluğu ve kontrol grupları arasında sempatik deri yanıtı parametreleri olan amplitüt ve latans açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
10. Panik bozukluğu hastalarında yapılan korelasyon analizinde amplitüt değeriyle güvenli bağlanma puanları arasında negatif, kaçınan ve kaygılı/ikircikli puanları arasında ise pozitif korelasyon bulunmuştur. Tüm örnekleme ise amplitüt ile kaçınan bağlanma puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.
11. Panik bozukluğu grubunda kaçınan bağlanma puanları ile HAD-A ve HAD-D puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Tüm örnekleme ise güvenli bağlanma ile negatif, diğer bağlanma çeşitleriyle pozitif olmak üzere üç bağlanma çeşidinde de HAD-A ve HAD-D puanları ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.
12. Panik bozukluğu grubunda kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ile fiziksel istismar puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu

görülmüştür. Tüm örnekleme yapılan korelasyon analizinde ise kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ile tüm travma alt tiplerinin puanları arasında ve kaçınan bağlanma puanları ile fiziksel ihmal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

13. Panik bozukluğu grubunda cinsel istismar puanları ile HAM-D ve HAD-D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Tüm örnekleme ise duygusal istismar puanları ile HAD-A puanları arasında; duygusal ihmal puanları ile HAD-A ve HAD-D puanları arasında; fiziksel ihmal puanları ile HAD-D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur.
14. PAÖ puanları ile HAM-D, HAM-A, HAD-D ve HAD-A puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.
15. Tüm örnekleme yapılan korelasyon analizinde erkeklerde amplitütün kadınlara göre yüksek olduğu görülmüştür.
16. Tüm örnekleme boy ile amplitüt arasında negatif korelasyon bulunmuştur.
17. Sempatik deri yanıtını yordayıcı faktörler lineer regresyon analizi ile değerlendirildiğinde anlamlı bir model kurulmuş ve kaçınan bağlanmanın sempatik deri yanıtı amplitüdündeki yüksekliği yordadığı gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Her ne kadar psikiyatri poliklinik başvuruları ile psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı bir birinden farklılık gösterse de panik bozukluğu literatürde kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir (168). Bizim çalışmamızda ise genel psikiyatri polikliniklerine başvurulara benzer şekilde kadın erkek oranı bir birine yakındır. Kadınlar panik bozukluğu olsa bile hastaneye daha az başvuruyor gibi gözükmemektedir. Bu sonuç, tedavi beklentisi, hastalık konusunda bilgi eksikliği veya kadınların sağlığa ulaşımı konusunda sorunlar olabileceğini düşündürmektedir. Her ne kadar Bolu sosyoekonomik olarak gelişmiş bir bölgede olsa bile başvuru oranı açısından kadınların dezavantajlı konumu devam etmektedir. Çalışmaya alınan hastalardan 20 (%51.3)'si kadın, 19 (%48.7)'u ise erkekti. Kadın başvuruların düşük oluşu tedaviden beklenti düşüklüğü kadar kültürel normlardan da etkilenmektedir. Cinsiyetler arasında kendini ifade farkının, korku ve kaçınma davranışını belirleyen kültürel etkenlere bağlı olduğu düşünülmektedir (168).

Çalışmamızda panik bozukluğu hastaların yaş ortalaması 31.79'du. En genç hasta 18, en yaşlı hasta ise 64 yaşındaydı. Panik bozukluğunun başlangıç yaşı çok değişken olmakla birlikte, genellikle geç ergenlikle otuzlu yaşların ortaları arasındadır (169). Tedavi için başvurular çoğunlukla 25-45 yaşlarında olmaktadır. Bozukluğun başlangıç yaşı 15-25 ve 45-54 yaşları arasında olmak üzere iki doruklu dağılım gösterir ve yaş ilerledikçe sıklığı azalmaya başlar (170). Bizim çalışmamızda yaş dağılımı genel literatüre uygun bir seyir izlemiştir. Hastalarımız daha genç yaşlarda başvurmaktadır. Tedavisiz kalan sürenin mümkün olduğu kadar kısa olmasının, kalıcı değişikliklerin önlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan panik bozukluğu hastalarının %43.6 bekardı. Bu bilgi, bekar ve yalnız yaşayanlarda panik bozukluğunun 2 kat daha çok görüldüğü şeklindeki klasik bilgi ile ters düşmektedir (170). Tedaviye bekar hastaların daha az başvurduğu düşünülebilir. Aile veya sosyal destek sisteminin kişi hastaneye

başvurmak konusunda isteksiz olsa bile başvurular konusunda hastayı yüreklendirdiği düşünülebilir.

Çalışmamızda panik bozukluğu grubunda HAD-A ve HAD-D puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca yapılan korelasyon analizleri sonucunda panik agorafobi ölçeği puanları ile HAM-D, HAM-A, HAD-D ve HAD-A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Panik bozukluğu, önemli derecede yeti yitimine neden olabilen, kişilerarası ilişkilerde azalma, panik atağı geçireceği korkusu nedeniyle belirli sosyal durumlardan ve riskli işlerde çalışmaktan kaçınma nedeniyle işlevsellikte azalma ve işsiz kalma gibi ağır sonuçları olabilen bir bozukluktur (171). Panik bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklarla eştanı oranının yüksek olması yeti yitimini artırmaktadır. Majör Depresyon ve panik bozukluğunun yaşam boyu birlikteliğinin %50-60 oranında olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (172, 173).

Ayrıca panik bozukluğu olan hastaların 1/3 ile 1/2'si agorafobi kriterlerini de karşılamaktadır. Panik bozukluğu hastalarının kontrollere göre stresli yaşam olaylarına maruziyetinin daha çok olduğu, agorafobili hastaların yaklaşık yarısının geçmişinde ise ayrılık anksiyetesi saptandığı bildirilmektedir (174). Panik bozukluğunun sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve özgül fobi ile birlikte bulunması da sıktır (171). Madde kullanım bozukluklarının da panik bozukluğu ile sıklıkla birlikte görüldüğünü belirten çalışmalar vardır (175). Çoğunluğu kaçınan, obsesif kompulsif ve bağımlı kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozukluklarının panik bozukluğu ile birlikte görülme oranı %40-%50'dir (176, 177). Panik bozukluğu hastalarındaki başka bir psikiyatrik problem görülme sıklığının bu ölçüde yüksek olmasının klinik ölçeklerde depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Klinik fenomenolojik bulgular birbirleriyle ilgili gibi gözükmemektedir.

Çalışmaya katılan 39 panik bozukluğu hastasından 7'sinde (%17.9) herhangi bir fiziksel hastalık vardı. 3 kişide hipertansiyon, 2 kişide guatr, 1 kişide benign prostat hipertrofisi, 1 kişide KOAH, 1 kişide astım ve 1 kişide meme kanseri bulunmaktaydı. Kontrol grubu ile fiziksel hastalık sıklığı açısından fark bulunmamıştır. Fiziksel hastalık fenomenolojisi ile panik bozukluk fenomenolojisi

bibirine karışabilmektedir. Fiziksel hastalık ile panik bozukluğunda görülen ortak semptomlardan biri astım ve KOAH'da görülen nefes darlığıdır. KOAH tanısı alan hastaların 1/3'ünden fazlasında herhangi bir anksiyete bozukluğu vardır ve bunların 1/4'i de panik bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır (178, 179).

Birçok çalışmada panik bozukluğu ile astım birlikteliğine dikkat çekmiştir. 51 astımlı hastayla yapılan bir çalışmada, panik bozukluğu prevalansı %20, beklenmeyen panik atak prevalansı ise %26 bulunmuştur. Bu oranlar astımın genel popülasyondaki oranlarından daha yüksektir (180). Ayrıca, panik bozukluğu olan hastalarda solunum sistemi hastalıklarının yaşam boyu prevalansının %47 olduğu raporlanmıştır (180).

Tiroid hastalıkları ve panik bozukluğu birlikteliğini araştıran çalışmalarda panik bozukluğunda %6,5 gibi yüksek oranlarda tiroid disfonksiyonu saptanmıştır. Panik bozukluğu olan tüm hastaların tiroid hastalıkları açısından sorgulanması ve serumda tiroid fonksiyonu ile ilgili parametrelere bakılması önerilmektedir (181).

Panik bozukluğunda fiziksel hastalık komorbiditenin olduğu diğer önemli bir alan kardiyak semptomlardır. Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre acil servise göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran panik bozukluğu hastalarının %98'inin tanısı atlanmaktadır (182). Bir metaanalizde panik bozukluğu hastalarında koroner arter hastalığı riskinin yüksek olduğu ve riskli hastalarda ileri kardiyak değerlendirmenin yapılması gerektiği bildirilmiştir (183). Yapılan çalışmalarda panik bozukluğu hastalarında kalp hızı ve ritm değişkenliklerinde anormallikler saptanmıştır. Panik bozukluğunun seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile tedavisinin de bu değerlerde belirgin düzelmeler sağladığı gösterilmiştir (181).

Panik bozukluk grubunda bazı fiziksel hastalıklar görülmüştür. Fiziksel hastalıkların varlığı açısından gruplar arası fark olmaması karşılaştırma açısından bazı imkanlar sunmaktadır. Depresyon ve anksiyete ile ilgili bulguların fiziksel hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkabilen bulgular olmayabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubundaki çocukluk çağı travmaları alttıpleri değerlendirildiğinde duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar açısından anlamlı fark olmadığı; duygusal ihmal ve fiziksel ihmal açısından gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür. Panik bozukluğu olan grupta yapılan korelasyon analizinde cinsel istismar ile HAM-D ve HAD-D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Tüm örnekleme yapılan korelasyon analizinde ise duygusal istismar ile HAD-A; duygusal ihmal ile HAD-A ve HAD-D; fiziksel ihmal ile HAD-D arasında korelasyon olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmaları ve erişkinlikteki sonuçları ile ilgili yapılmış birçok çalışma çocukluk çağı istismar tiplerinin benzer sonuçları olduğunu rapor etmiştir (184-186). Çocukluk çağı travmalarının farklı tiplerinin farklı yatkınlık durumlarına yol açabileceğiyle ilgili çalışmalar da yapılmıştır. Bazı kuramcılar duygusal istismarın depresyon gelişimiyle, fiziksel istismarın ise anksiyete bozukluğuyla ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (135, 187). Bir diğer çalışmada ise cinsel istismarın özgöl olmayan psikopatolojik etkilerinden bahsedilmiştir (133). Çocukluk çağı travmalarının uzun dönemde olumsuz sonuçları ile ilgili bir çalışmada; travma mağduru çocukların düşük özsaygı, disosiyatif yaşantılar, yüksek anksiyete düzeyi, duygudurum bozuklukları, intihar fikirleri, akademik ve davranım sorunları gibi problemler yaşadığı belirtilmiştir (188). Depresif bozukluklar açısından bu riskin çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir (189). Bununla birlikte çocukluk çağında travmaya maruz kalan erişkinlerde obezite gibi kronik fiziksel hastalıklara yakalanma riskinin daha fazla olduğu, alkol ve madde kötüye kullanımının ve şiddet içerikli suç davranışı öykülerinin daha çok olduğu, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini daha fazla sergiledikleri, aile içi şiddet davranışını daha fazla gösterdikleri bulunmuştur (127).

Birçok çalışmada çocukluk çağı travmaları ve bunların olumsuz etkileri sonucunda gelişen psikopatolojiler arasında ilişki olduğu bildirilse de travma mağduru olan tüm çocuklarda psikopatoloji gelişmemektedir (127). Travmatik yaşantıların erişkinlik döneminde psikopatoloji geliştirmesi; travma sırasında çocuğun bulunduğu gelişimsel evresine, kronolojik yaşına, cinsiyetine, kişilik özelliklerine, başetme becerilerine, benlik değerine, istismarcı ile olan ilişkisi ve yakınlığına, istismarın türüne, şiddetine, sayısına, sıklığına ve süresine, sosyal desteğinin olup olmamasına, travma ile ilişkili duyarlılığına bağılı olarak farklılık gösterebileceği ileri sürülmüştür (190).

Ailenin sosyokültürel düzeyi, istismarı öğrendikten sonra ailenin verdiği tepki, sosyal destekleri, uğranılan istismar türlerinin birlikteliği, psikiyatrik desteğin alınıp alınmadığı ve alındıysa ne zaman alındığı gibi değişkenlerin de gelişebilecek psikiyatrik tablo açısından belirleyici olduğu belirtilmiştir (127, 191).

Literatürde çocuğun ihmali ile ilgili çalışmalara bakıldığında; tüm istismar tiplerinden daha sık olduğu görülmektedir (127). İhmal, fiziksel istismardan 2 kat, cinsel istismardan 5 kat daha fazla görüldüğü belirtilse de ihmal konusundaki çalışmaların istismar çalışmalarından daha az olması nedeni ile gerçek sıklığın belirlenmesi güçtür (189). Kişilerin ihmal konusundaki algıları da kültürden kültüre farklılıklar gösterebilmektedir. Polat ve arkadaşlarının Ankara’da, 5 yaş altı çocuğu olan 513 aileyle gerçekleştirdikleri çalışmada, sosyoekonomik düzeydeki düşüklüğün ailelerin ihmali algılayışlarını ve tutumlarını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (192). Gelişimin ve eğitimin ihmali, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun kalma da fiziksel ihmal kapsamındadır. Bazı toplumlarda kız çocuklarının sağlık, eğitim olanaklarının, erkek çocuklara göre daha fazla ihmal edildiği, yanısıra evde kardeşlerine bakma ya da çalışarak evin geçimine yardım etmek zorunda bırakıldığı bildirilmektedir (193).

Çalışmamızda ihmal ve istismar bulgularının depresyon ve anksiyete bulgularıyla ilişkisi literatürle uyumlu gözükmektedir. İhmalin daha sık görülmekle beraber tanınlanmasının güçlüğü bir zorluk yaratmaktadır. Depresyon bulguları ve ihmal arasında ilişki dikkat çekicidir. İstismar sıklığının az olması ve örneklemimizin klinik örneklem olması nedeniyle göreceli olarak küçük olmasına rağmen cinsel istismar ile hem depresyon hem anksiyete bulgularının, duygusal istismar ile de anksiyete bulgularının ilişkisi önemli gözükmektedir. Hastaların geçmiş yaşantılarının dikkatli analizi, tanı ve tedavi konusunda uygun girişimlerin yapılmasına olanak sağlayacaktır.

Çalışmamızda tüm grubu bir arada ele aldığımızda da, grupları ayrı ayrı ele adığımızda da çocukluk çağı travmaları ile sempatik deri yanıtı parametreleri olan amplitüt ve latans arasında korelasyon bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireylerde eşik altı tehditlere karşı deri

iletkenliğinde artma olduğu gösterilmiştir (154). Ancak bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bizim çalışmamızda panik bozukluğu grubu ile kontrol grubu arasında güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma tarzları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde bizim bulgularımızın aksine çocukluk çağında bakımverenle olan olumsuz yaşantıların panik bozukluğu gelişimiyle ilişkili olduğuna dair yayınlar mevcuttur (103, 194, 195).

Araştırmamızdaki panik bozukluğu ve kontrol gruplarının sempatik deri yanıtlarının karşılaştırılmasında amplitüt ve latans açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Neredeyse tüm anksiyeteli hastalarda artmış bir uyarılmışlık ve tetiktelilik hali mevcuttur. Bazı eski yayınlarda panik bozukluğu hastalarının, özellikle de panik atağı sırasında, kalp atım hızları, kan basıncı, frontal EMG ölçümleri, deri iletkenliği gibi parametreler açısından normallerden farklı oldukları öne sürülmüştür (196). Panik atağı sırasında ortaya çıkan belirtiler ve bu tür araştırma bulguları panik bozukluğu hastalarında otonomik işlev bozukluğu olabileceğini düşündürmüştür. Daha sonra panik bozukluğu hastalarıyla yapılan bir çalışmada, ayaktan 24 saat monitorizasyon ile ölçülen kalp atım hızlarının kontrollere göre farklı olmadığı bulunmuştur (197). Diğer bazı çalışmalarda da çeşitli zorlama ve uyarım yöntemleri sonrasında otonomik sistem yanıtlarının (kalp atım hızı, kan basıncı, solunum hızı, end-tidal CO₂ düzeyleri, deri iletkenliği, plazma epinefrin ve norepinefrin düzeyleri) kontrollere göre farksız olduğu gösterilmiştir (198, 199). Son olarak, panik bozukluğu hastalarında kas sempatik etkinliği, arteriyel plazma norepinefrin düzeyi, tüm beden norepinefrin ve epinefrin salınım oranları, kardiyak norepinefrin salınımının kontrollere göre farklı olmadığını saptanmasıyla sempatik sinir sistemin panik bozukluğunda sorunsuz olduğu bilgisi daha da güçlenmiştir (200). Bunun yerine bazı yazarlar, panik bozukluğu hastalarında düşük deri iletkenliği değişkenliği saptamakla beraber panik bozukluğunun azalmış otonomik esneklik ile karakterize olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bunun da artmış anksiyete sırasındaki bilgi işleme işlev bozukluğuna bağlı santral bir süreçten kaynaklandığı yargısına varmışlardır (112). Değişik çalışmalarda elde edilen bulgulardaki farklılıkla ilgili panik bozukluğu için farklı DSM versiyonlarının kullanılması, eşlik eden agorafobi ve/veya depresyon gibi sempatik deri yanıtını

etkileyebilecek faktörlerin hesaba katılmaması ve test sırasında psikoaktif ilaç kullanımı gibi nedenler sayılmıştır. Sempatik etkinlik artışı panik bozukluğu olan hastaların bazılarında söz konusu olsa bile, hastalığın etiyopatogenezinden sorumlu olan bir otonomik işlev bozukluğundan söz etmek için mevcut araştırmalar yeterli bilgi ortaya koyamamaktadır. Otonom yanıtlardan kalp hızı, kalp hızı değişkenliği gibi EKG ve diğer yöntemlerle araştırılan olası belirteçler yeterli veri ortaya koyamamıştır. Ancak, erken dönem yaşantıları ve bağlanmanın, anksiyete duyarlılığı ve otonomik tepkilerde kalıcı olarak değişkenliğe yol açıp açmaması, kalp hızı değişkenliği dışındaki parametrelerde ilgi konusu olmaya devam ettiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada panik bozukluğu grubunda yapılan korelasyon analizinde amplitüt ile güvenli bağlanma arasında negatif; kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma arasında ise pozitif korelasyon bulunmuştur. Tüm örnekleme yapılan korelasyon analizinde ise amplitüt ile kaçınan bağlanma arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Literatürde güvenli bağlanmaya sahip bireylerin ayrılık, reddedilme ve tehdit deneyimlerini hatırlatan sorulara karşı deri iletkenliğinde güvensiz bağlanmaya sahip gruplara göre daha düşük bir artış saptamışlardır (114, 115). Çalışmadaki bulgularımız literatür ile uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda panik bozukluğu grubunda HAD-A ve HAD-D puanları ile kaçınan bağlanma arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Tüm örnekleme ise HAD-A ve HAD-D puanları ile güvenli bağlanma arasında negatif; kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma arasında ise pozitif korelasyon bulunmuştur. Bağlanma tarzı ile anksiyete bozuklukları ve depresyonu ilişkilendiren birçok çalışma bulunmaktadır (8, 10, 11).

Çalışmamızda güvensiz bağlanma ile HADÖ puanları arasında bulunan ilişki literatür ile uyumludur. Bazı çalışmalarda kaygılı/ikircikli bağlanmanın depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi içe vuruk patolojilerle; kaçınan bağlanmanın ise davranım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu gibi dışa vuruk patolojiler ile birliktelik gösterdiğini belirtmiştir (95, 96). Bu bulguların aksine bizim çalışmamızda HADÖ ile elde edilen depresyon ve anksiyete puanları, kaygılı/ikircikli bağlanmadan ziyade kaçınan bağlanma ile ilişkili bulunmuştur. Psikotik bozukluk, duygudurum

bozukluğu ve alkol madde kullanım bozukluklarının çalışmadan dışlanması kaçınan bağlanmanın öne çıkışı ile ilgili olabilir.

Panik bozukluğu grubunda yaptığımız korelasyon analizinde kaygılı/ikircikli bağlanma ile fiziksel istismar arasında korelasyon bulunmuştur. Tüm örnekleme ise kaygılı/ikircikli bağlanma ile tüm travma alttipleri arasında; kaçınan bağlanma ile de fiziksel ihmal arasında korelasyon olduğu görülmüştür. Çocukluk çağının koruyucu, güvenli, ihmal ve istismardan uzak bir ortamda geçirmenin tek başına birçok ruhsal sıkıntıdan koruyucu olabileceğini gösteren bu bulgu, hem çocuk yetiştirme hem de koruyucu ruh sağlığı çerçevesinden dikkate alınması gereken bir konudur.

Çalışmamızda travma alttiplerinin birlikte görülme sıklığı oldukça yüksek bulunmuştur. Panik bozukluğu grubunda yapılan korelasyon analizinde cinsel istismar ile diğer tüm travma alttipleri arasında ve duygusal ihmal ile fiziksel istismar arasında korelasyon yoktu. Tüm örnekleme ise cinsel istismar ile her iki ihmal tipi (duygusal ihmal ve fiziksel ihmal) arasında korelasyon bulunmamıştır. Bunların dışında travma alttipleri arasında yüksek bir korelasyon bağı bulunmuştur. Duygusal istismarın tek başına rastlanan en nadir, ihmalin ise tek başına en sık rastlanan travma tipi olduğu belirtilmiştir. Fiziksel istismar ve ihmal olgularının yaklaşık %90'ında duygusal istismarın eşlik ettiği gösterilmiştir. Duygusal istismara uğrayan çocukların ise fiziksel istismara (%63) ve ihmale (%76) uğrama oranları da yüksektir (201, 202). Bizim çalışmamızda travma tiplerindeki yüksek birliktelik literatür ile uyumludur. Cinsel istismar ile diğer travma alttipleri arasında görülen düşük korelasyonun örneklemin azlığıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Kısıtlılıklar

İncelediğiniz bu çalışmanın başlıca kısıtlılıkları şunlardır;

- a) Çalışmamızın kesitsel olması, sebep sonuç ilişkileri kurma konusunda zorluklar ortaya çıkarmaktadır.
- b) Bazı verilerin özbildirim ölçeklerine dayalı olması, elde edilen verilerin güvenilirlik ve geçerliğinin klinisyene dayalı ölçekler veya biyolojik belirteçlere göre daha düşük olması sonucuna neden olabilmektedir.

c) Yalnızca polikliniğe başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmesi, verilerin topluma genellenebileceği konusunda yeterli veri sunamamaktadır.

d) Kontrol grubunun büyük bir kısmını hastanede çalışan hemşire ve doktorların oluşturması nedeniyle gruplar arasından eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve iş durumu açısından denklik olmaması, sosyodemografik etmenlere ve gelir farkına bağlı oluşabilecek depresyon ve kaygı bozuklukları belirtilerinin kontrol edilmesini zorlaştırmıştır.

e) Örneklemin büyüklüğü bazı bulguların yorumlanması açısından yetersizdir.

6. SONUÇ

Yaptığımız bu çalışmada anksiyete ve depresyon ölçek puanları panik bozukluğu grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda panik bozukluğu hastalarının çocukluk çağı travmaları değerlendirildiğinde fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alttiplerine kontrol grubundakilere göre daha çok maruz kaldığı bulunmuştur. Bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının panik bozukluğu gelişiminde rol sahibi olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Panik bozukluğu ve kontrol grupları arasında bağlanma tarzı açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Panik bozukluğu ve kontrol grupları arasında sempatik deri yanıtı parametreleri olan latans ve amplitüt açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Bu çalışmada sempatik hiperaktivitenin bir belirteci olarak kullanılan sempatik deri yanıtı, bağlanma tarzı ile ilişkili bulunmuştur. Sempatik deri yanıtı amplitüdündeki yükseklik özellikle kaçınan bağlanma olmak üzere, güvensiz bağlanma puanlarındaki yükseklik ile birliktelik göstermiştir.

Çalışmamızda bağlanma tarzının anksiyete ve depresyon semptom şiddetiyle ilişkili olduğu, güvensiz bağlanma tarzlarının anksiyete ve depresyon ölçek puanlarındaki yükseklik ile birliktelik gösterdiği görülmüştür. Elde edilen bu bulgu, güvensiz bağlanma tarzının çeşitli psikopatolojilere yol açabileceğini ileri süren literatür bilgisi ile uyumlu görünmektedir.

Çocukluk çağında yaşanan travmalar ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki olduğu görülmüştür. Cinsel istismarın ve fiziksel ihmalin depresyon puanları ile; duygusal istismarın anksiyete puanları ile; duygusal ihmalin ise hem depresyon hem de anksiyete puanları ile korele olduğu bulunmuştur.

PAÖ ile depresyon ve anksiyete ölçek puanları arasında güçlü korelasyon bağı dikkat çekmiştir.

Bağlanma tarzları ve çocukluk çağı travmalarının korelasyonuna bakıldığında kaygılı/ikircikli bağlanma tarzının örneklemin tamamı değerlendirildiğinde tüm travma alt tipleri ile, panik bozukluğu grubunda ise fiziksel istismar ile korele olduğu gösterilmiştir.

Kaçıngan bağlanma ile fiziksel ihmal arasında tüm örnekleme korelasyon bulunmuştur.

Amplitüdün erkeklerde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sempatik deri yanıtı amplitüdü ile boy arasında negatif korelasyon vardı.

KAYNAKLAR

1. Bremne JD, Vermetten E (2001) Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Dev Psychopathol.* 13:473-489.
2. Juruena MF (2007) The neurobiology of treatment resistant depression: Role of the pituitary-adrenal hypothalamic-axis and glucocorticoid and mineralocorticoid receptor function [PhD thesis]. University of London, King's College London, Institute of Psychiatry.
3. Mello AF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, Del Porto JA (2009) Maus tratos na infância e psicopatologia do adulto: Caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Rev Bras Psiquiat.* 31(suppl II):S41-S48.
4. Middlebrooks JS, Audage NC (2008) The effects of childhood stress on health across the lifespan. Atlanta, GA: Centers for Disease Control & Prevention, National Center for Injury Prevention & Control.)
5. Baes CVW, Tofoli SMC, Martins MMS, Juruena MF (2012) Assessment of the Hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity: Glucocorticoid receptor and mineralocorticoid receptor function in depression with early life stress-A systematic review. *Acta Neuropsychiatr.* 24:4-15.).
6. Bowlby, J. Attachment and loss: Vol. 3. Loss. New York: Basic Books, 1980.
7. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion.* 2001 Dec; 1(4): 365–80.
8. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol.* 2002 Jun; 84(6): 1172–87.
9. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain.* 2003 Aug; 104(3): 627–637.
10. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2004 Jun; 109(6): 447–56.
11. Marazziti D, Dell'osso B, Catena Del'Osso M, Consoli G, Del Debbio A, Munqai F et al. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr* 2007; 12: 751–756.
12. Çakmak E. Vajinismusu olan kadınlarda bağlanmanın cinsel işlevler ve klinik bulgulara etkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2011.
13. Harris TO, Brown GW, Bifulco AT. Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *J Affect Disord* 1990; 20:27–41.
14. Jiang H, Wang L, Wang X, Feng R, Zhang Y, Tu L, Chen W. Comparison of skin sympathetic reaction in patients with generalized anxiety disorder and with majordepression disorder. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2013 Mar;42(2):192-6.
15. Alicia E. Meuret, David Rosenfield, Frank H. Wilhelm, Enlu Zhou, Ansgar Conrad, Thomas Ritz, Walton T. Roth. Do Unexpected Panic Attacks Occur Spontaneously?. *Biological Psychiatry* Volume 70, Issue 10, 15 November 2011, Pages 985–991.

16. Parente ACBV, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guimaraes FS, Graeff FG. Subjective and neurovegetative changes in healthy volunteers and panic patients performing simulated public speaking. *European Neuropsychopharmacology*. 2005;15:663–671.
17. Coryell W, Pine D, Fyer A, Klein D. 2006b. Anxiety responses to CO₂ inhalation in subjects at high-risk for panic disorder. *J Affect Disord* 92: 63–70.
18. Cohen H, Benjamin J, Geva AB, Matar MA, Kaplan Z, Kotler M. Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. *Psychiatry Res* 2000;96:1–13.
19. Jens Blechert, Tanja Michael, Paul Grossman, Marta Lajtman and Frank H. Wilhelm. Autonomic and Respiratory Characteristics of Posttraumatic Stress Disorder and Panic Disorder. *Psychosomatic Medicine* 69:935–943 (2007).
20. Sadock Benjamin James, Sadock Virginia Alcott. *Comprehensive of Psychiatry* 10th edition. 2007; P: 588.
21. Köroğlu E. *DSM-5 Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı*. HYB, Ankara, 2013.
22. Ceylan M.E, Yazan B (2000). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Birinci Baskı, 3. cilt, 77-112.*
23. Güleç C, Köroğlu E (1997). *Temel Psikiyatri Kitabı, 1.Cilt, Ankara.*
24. Tükel R (2000). *Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara.*
25. Tükel R (2002). *Panik Bozukluğu, Klinik Psikiyatri Dergisi; Ek 3: 5-13*
26. *Mental Bozukluklar tanısal ve sayısal el kitabı, dördüncü baskı, DSM IV. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994’ ten, çeviri editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998*
27. Uhde TW, Boulenger J, Roy-Byrne PP, et al.. Longitudinal course of panic disorder: Clinical and biological considerations. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiat* 1985; 9: 39-51
28. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock’s *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Güneş Kitabevleri, İstanbul. 2007.
29. Kılıç C (1998) *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları."Türkiye Ruh sağlığı Profili Raporu, Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark., 1. Baskı. Ankara.*
30. Altınöz F. *İstanbul’ da bir gecekondu bölgesinde mizac bozuklukları ve anksiyete bozuklukları yaygınlığı üzerine bir epidemiyolojik çalışma: Uzmanlık tezi Bakırköy İstanbul 1992.*
31. Weissman MM, Band RC, Canino GJ et al. The cross national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 305 – 9.
32. 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.*
33. Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG, et al. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:290–296.

34. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005;162:1179–1187.
35. Sadock Benjamin James, Sadock Virginia Alcott. *Comprehensive of Psychiatry* 10th edition. 2007; P:589.
36. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM ve ark. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry*. 2000; 157. S:493-505.
37. Bremner JD, Innis RB, White T, Fujita M, Silbersweig D, Goddard AW, Staib L, Stern E, Capiello A, Woods S, Baldwin R, Charney DS. SPECT (123I) iomazenil measurement of the benzodiazepine receptor in panic disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 47:96-106.
38. Malizia AL, Cunningham VJ, Bell CJ, Liddle PF, Jones T, Nutt DJ. Decreased brain GABA (A)-benzodiazepine receptor binding in panic disorder: preliminary results from a quantitative PET study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:715-720.
39. Goddard AW, Mason GF, Almai A, Rothman DL, Behar KL, Petroff OA, et al. Reductions in occipital cortex GABA levels in panic disorder detected with 1h-magnetic resonance spectroscopy. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:556–61.
40. Nutt DJ, Glue P, Lawson C, Wilson S (1990) Flumazenil provocation of panic attacks: Evidence for altered benzodiazepine receptor sensitivity in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 917-925.
41. Charney, D.S., Woods, S.W., Goodman, W.K., Heninger, G.R., 1987a. Neurobiological mechanisms of panic anxiety: biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panic attacks. *Am. J. Psychiatry* 144, 1030–1036.
42. Charney DS, Drevets WC (2002) The neurobiology of anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology: The fifth Generation of Progress*, Davis KL, Charney DS, Coyle JT, Nemeroff C (Ed), Philadelphia, PA. Lippincott Williams and Wilkins.
43. Charney, D.S., Woods, S.W., Goodman, W.K., Heninger, G.R., 1987b. Serotonin function in anxiety, II. Effects of the serotonin agonist MCPP in panic disorder patients and healthy subjects. *Psychopharmacology (Berl.)* 92, 14–24.
44. Targum, S.D., 1992. Cortisol response during different anxiogenic challenges in panic disorder patients. *Psychoneuroendocrinology* 17, 453–458.
45. Griez E, Lousberg H, van den Hout MA, van der Molen M. CO₂ vulnerability in panic disorder. *Psychiatry Res* 1987; 20: 87-95.
46. Lousberg H, Griez E, van den Hout MA. Carbon dioxide chemosensitivity in panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 214-8.
47. Sanderson WC, Wetzler S. Five percent carbodioxide challenge: valid analogue and marker of panic disorder? *Biol Psychiatry* 1990; 27: 689-701.
48. Gorman JM, Papp LA, Coplan JD, Martinez JM, Lennon S, Goetz RR ve ark. Anxiogenic effects of CO₂ and hyperventilation in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 547-53.).
49. Klein DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 306-17.
50. Monkul S, Alkın T, Onur E. *Panik Bozukluğunun Patogenezi*. Tükel R, Alkın T. Editörler. *Anksiyete Bozuklukları*, Ankara. 2006; S:69-98.
51. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Güneş Kitabevleri, İstanbul. 2007; s:3413.

52. Hayano F, Nakamura M, Asami T, Uehara K, Yoshida T, Roppongi T, et al.: Smaller amygdala is associated with anxiety in patients with panic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63:266-76.
53. Massana G, Serra-Grabulosa JM, Salgado-Pineda P, Gastó C, Junqué C, Massana J, et al.: Amygdalar atrophy in panic disorder patients detected by volumetric magnetic resonance imaging. *Neuroimage* 2003a; 19:80-90.
54. Massana G, Serra-Grabulosa JM, Salgado-Pineda P, Gastó C, Junqué C, Massana J, et al.: Parahippocampal gray matter density in panic disorder: a voxel-based morphometric study. *Am J Psychiatry* 2003b; 160:566-8.
55. Asami T, Hayano F, Nakamura M, Yamasue H, Uehara K, Otsuka T, et al.: Anterior cingulate cortex volume reduction in patients with panic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62:322-30.
56. Cameron OG, Huang GC, Nichols T ve ark. Reduced gamma-aminobutyric acid(A)-benzodiazepine binding sites in insular cortex of individuals with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2007. 64:793-800.
57. Sakai Y, Kumano H, Nishikawa M, Sakano Y, Kaiya H, Imabayashi E, et al.: Cerebral glucose metabolism associated with a fear network in panic disorder. *NeuroReport* 2005; 16:927-31.
58. Koh KB, Kang JI, Lee JD, Lee YJ: Shared neural activity in panic disorder and undifferentiated somatoform disorder compared with healthy controls. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1576-81.
59. Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461–470.
60. Rachman, S. (1994). Psychological treatment of panic: Mechanisms. In B. E. Wolfe & J. D. Maser (Eds.), *Treatment of panic disorder: A consensus development conference* (pp. 133–148). Washington, DC: American Psychiatric Press.
61. Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77–98.
62. Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 462–463.
63. Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318–344). New York: Guildford Press.
64. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books: New York.
65. Casey, M. L., Oei, P. S., & Newcombe, A. P. (2004). An integrative cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review*, 24, 529–555.
66. Michels, R., Frances, A., & Shear, M. K. (1985). Psychodynamic models of anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
67. Busch, F. N., Milrod, B. L., & Singer, M. B. (1999). Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 234–242.
68. Sweeney, M., & Pine, D. (2004). Etiology of fear and anxiety. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 34–60). New York: Wiley.
69. Edelson, M. (1988). *Psychoanalysis: A theory in crisis*. Chicago: The University of Chicago Press.
70. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. II. New York: Basic Books.
71. Faravelli C (1985). Lifetime events perceding the onset of panic disorder, *J Affect Disord*; 9: 103-105.

72. Lteif G, Mavissakalian M (1995). Life events and panic disorder/agoraphobia, *Compr Psychiatry*; 36: 118-122.
73. Lteif G, Mavissakalian M (1996). Life events and panic disorder/agoraphobia; a comparison at two time periods. *Compr Psychiatry*; 37: 241-244.
74. Thompson RA. Attachment theory and research. In *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd Ed. (Ed M Lewis):164-172. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2002.
75. Sadock Benjamin James, Sadock Virginia Alcott. *Comprehensive of Psychiatry* 10th edition. 2007; P:138.
76. Van der Horst FC, Leroy HA, van der Veer R. "When strangers meet": John Bowlby and Harry Harlow on attachment behavior. *Integr Psychol Behav Sci*. 2008.
77. Öztürk MO: Ruh sağlığı ve bozuklukları, Nobel Tıp Kitapevleri, s:566-570, Ankara, 2002.
78. Karen R: *Becoming attached*, Oxford University Press, New York, s: 6,17-24, 41, 43, 94, 107, 1998.
79. Ainsworth, M. D. S. Blehar, M. C. , Waters, E. , & Wall, S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1978.
80. Eder R, Mangelsdorf S: The emotional basis of early personality development: Implications for the self concept, *Handbook of Personality Psychology*, 1997.
81. Carver C, Scheier M: *Perspectives on psychology*, Cambridge University Press, 1998: 281-282.
82. Brown LS, Wright J: The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence, *psychology and psychopathology* 76:351-367, 2003.
83. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *Eur J Pain* 2007; 11: 164-170.
84. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev* 2000; 71(3): 684-9.
85. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987, 52: 511-524.
86. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 1380-1397.
87. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four- category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 226-244.
88. Küçükparlak İ. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Olgularda Zihin Kuramı İşlevleri ve Bağlanma Biçimi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2011.
89. Ma Kenneth, Attachment theory in adult psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2006,12: 440-49.
90. Bowlby, J. *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books, 1973.
91. Ward, M. J. Lee, S. S. & Polan, H. J. Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development*, 2006: 8 (4), 327-340.

92. Mikulincer, M. & Shaver, P. R. Attachment-related psychodynamics, *Attachment & Human Development*, 2002, 4(2), 133–161.
93. Mikulincer, M. ve Shaver, P. R. (2007). *Attachment patterns in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
94. Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. J. Cassidy ve P. R. Shaver, (Ed.), *Handbook of attachment içinde* (265-286). New York: Guilford.
95. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:22-31.
96. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am*, 2000; 23:103-122.
97. Simonelli, L. E. Ray, W. J. & Pincus, A. L. Attachment Models and Their Relationships with Anxiety, Worry, and Depression, *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2004, 1, (3) 107–118.
98. Soysal AŞ, Özçelik A, Arhan E, İşeri E, Gücüyener K. Bir olgu sunumu eşliğinde tepkisel bağlanma bozukluğunun gözden geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 2009; 18:248-252.
99. Shear MK (1996) Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachmentseparation paradigm. *Am J Psychiatry* 154(Suppl):125–136.
100. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(2):182-9.
101. Suomi SJ. 1997. Early determinants of behaviour: Evidence from primate studies. *Br Med Bull* 53: 170–184.
102. Caldji C, Tannenbaum B, Sharma S, Francis D, Plotsky PM, Meaney MJ. 1998. Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proc Natl Acad Sci USA* 95: 5335–5340.
103. Silove D, Parker G, Hadzi-Pavloci D, Manicavasagar V, Blaszczyński A (1991) Parental representations of patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 159:835–841.
104. Enns MW, Cox BJ, Clara I (2002) Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 32:997–1008.
105. Turgeon L, O'Connor KP, Marchand A, Freeston MH (2002) Recollections of parent–child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 105:310–316.
106. Siqueland L, Kendall PC, Steinberg L (1996) Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction. *J Clin Child Psychol* 25:225–237.
107. Hudson JL, Rapee RM (2002) Parent–child interactions in clinically anxious children and their siblings. *J Clin Child Adolesc Psychol* 31:548–555.
108. Wilhelm FH, Gerlach AL, Roth WT. Slow recovery from voluntary hyperventilation in panic disorder. *Psychosom Med* 2001;63:638–49.
109. Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*. 2001;108:4–32.
110. Fowles DC. Electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior: does anxiety mediate the relationship? *Journal of Affective Disorders*. 2000;61:177–89.

111. Sigrun Doberenz, Walton T. Roth, Eileen Wollburg, Christoph Breuninger, and Sunyoung Kim. Twenty-four hour Skin Conductance in Panic Disorder. *J Psychiatr Res.* 2010 December ; 44(16): 1137–1147.
112. Hoehn-Saric R, McLeod DR, Funderburk F, Kowalski P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder - an ambulatory monitoring study. *Archives of General Psychiatry* 2004;61:913–921.
113. Sroufe, L. A., and Waters, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merrill Palmer Q.* 23, 3–27.
114. Dozier, M., and Kobak, R.R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies. *Child Dev.* 63, 1473–1480.
115. Roisman, G.I., Tsai, J.L., and Chiang, K.H. (2004). The emotional integration of childhood experience: physiological, facial expressive and self-reported emotional response during the adult attachment interview. *Dev. Psychol.* 40, 776–789.
116. Diamond, L. M., Hicks, A. M., and Otter-Henderson, K. (2006). Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *J. Soc. Pers. Relatsh.* 23, 205–229.
117. Dozier, M., and Kobak, R.R. (1993). Psychophysiology in attachment interviews: converging evidence for deactivating strategies. *Annu. Prog. Child Psychiatry Child Dev.* 63, 80–92.
118. Roisman, G.I. (2007). The psychophysiology of adult attachment relationships: autonomic reactivity in marital and premarital interactions. *Dev. Psychol.* 43, 39–53.
119. Holland, A. S., and Roisman, G. I. (2010). Adult attachment security and young adults' dating relationships over time: self-reported, observational and physiological evidence. *Dev. Psychol.* 46, 552–557.
120. Stanley, S. M. (2006). Attachment and prefrontal emotional reactivity: an EEG study of emotional processing in the context of attachment. *ProQuest Inf. Learn.* 66.
121. Erwin Lemche, Vincent P. Giampietro, Simon A. Surguladze, Edson J. Amaro, Christopher M. Andrew, Steven C.R. Williams, Michael J. Brammer, Natalia Lawrence, Markus A. Maier, Tamara A. Russell, Andrew Simmons, Christine Ecker, Peter Joraschky, and Mary L. Phillips. Human Attachment Security Is Mediated by the Amygdala: Evidence From Combined fMRI and Psychophysiological Measures. *Human Brain Mapping.* 2006; 27:623– 635.
122. Spangler G, Schieche M: Emotional and adrenocortical responses of infants to the Strange Situation: the differential function of emotional expression. *Int J Behav Dev.* 1998; 22:681–706.
123. Jennifer C. Ablow, Amy K. Marks, S. Shirley Feldman, and Lynne C. Huffman Associations Between First-Time Expectant Women's Representations of Attachment and Their Physiological Reactivity to Infant Cry *Child Development*, July/August 2013, Volume 84, Number 4, P 1373–1391.
124. Gander and Buchaim. Attachment, Psychophysiology and frontal EEG asymmetry. *frontiers on neuroscience.* february 2015.
125. Butchart A, Harvey AP, World health organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2006; 10.
126. Dağlı T, İnanıcı MA. Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı : Ankara; 2010.

127. Dağlı E.T, İnanıcı M.A. Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. Ankara: 2011.
128. Moroz DLKJ. The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents: Report Prepared for the Vermont Agency of Human Services, Health M; 2005 June 30,2005.
129. Terr, L. (1992). Too scared to cry: Psychic trauma in Childhood. New York: Basic Books.
130. Johnson, S. M. (1985). Characterological transformation. New York/London: W. W. Norton & Company.
131. Johnson, S. M. (1987). Humanizing the narcissistic style. New York/London: W. W. Norton & Company.
132. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997;27:1101–1119.
133. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:953–959.
134. Mccauley J, Kern DE, Kolodner K et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA* 1997;277:1362–1368.
135. Rose DT, Abramson LY. Developmental predictors of depressive cognitive style: research and theory. In: Cicchetti D, Toth S, eds. Rochester Symposium of Developmental Psychopathology, Vol IV. Rochester: University of Rochester Press, 1992: 323–349.
136. Butchart A (2006) Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
137. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 27:169-190.
138. Cruz DMC, Silva JT, Alves HC (2007) Evidence on violence and disability: Implications for future research. *Braz J Spec Educ.* 13:131-146.
139. Knell SM, Ruma CD (1999) Play therapy with sexually abused children. In Reinecke M, Dattilio F, Freeman A (Eds), *Cognitive therapy with children and adolescents manual to clinic practice* (pp 277-295). Porto Alegre, Brazil: Artes Me'dicas Sul.
140. Friedrich W (1998) Behavioral manifestations of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 22:523-531.
141. Amazarray MR, Koller SH (1998) Some aspects observed in the development of child victims of sexual abuse. *Psicol Reflex Crit.* 11:559-578.
142. Widom CS (1989) Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychol Bull.* 106:3-28.
143. Sachs-Ericsson N, Verona E, Joiner T, Preacher K (2006) Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *J Affect Disord.* 93:71-78.
144. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP (1996) The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl.* 20:7-21.

145. Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., MacFarlane, A., Herman, J.L. (1996b). "Dissociation, affect regulation and somatization: The complex nature of adaptation to trauma." *American Journal of Psychiatry*, 153 (Supplement), 8393.
146. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl*, 2010; 34:454-464.
147. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Spitz AM, Edwards E, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 1998; 14:245-258.
148. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
149. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
150. Medley A, Sachs-Ericsson N. Predictors of parental physical abuse: The contribution of internalizing and externalizing disorders and childhood experiences of abuse. *J Affect Disord*, 2009; 113:244-254.
151. 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.
152. 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.
153. Howells FM, Stein DJ, Russell VA. Childhood Trauma is Associated with Altered Cortical Arousal: Insights from an EEG Study. *Front Integr Neurosci*. 2012 Dec 24;6:120.
154. Pole N, Neylan TC, Otte C, Metzler TJ, Best SR, Henn-Haase C, Marmar CR. Associations between childhood trauma and emotion-modulated psychophysiological responses to startling sounds: a study of police cadets. *J Abnorm Psychol*, 2007 May; 116(2):352-61.
155. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Koroglu E. DSM–IV Eksen I Bozuklukları (SCID–I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
156. Hamilton MA. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56–62.
157. Williams BW. A Structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45: 742–7.
158. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3 P Dergisi* 1996; 4: 251–9.
159. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 1988; 14(1): 61–8.
160. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9(2): 114–117.
161. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67: 361–370.
162. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997, 8: 280–287.

163. Collins, N. L. & Read, S. J. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 58, 644– 663.
164. Alp EI, A validation study of two attachment inventories with Turkish young adults. Unpublished master thesis, Bogazici University, Istanbul, Turkey, 1998.
165. Tural Ü, Fidaner H, Aklın T, Bandelow B. Panik ve Agorafobi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2000; 11(1) : 29-39.
166. 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.
167. Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Validity and Reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2012; 32 (4), 1054.
168. Tükel R, Aklın T (Eds.) *Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Dernegi Yayinlari*, 2006.
169. Burke KC, Burke JD, Reiger DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*, 1990; 47:511-18.
170. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Weismann MM. Panic and panic disorder in United States. *Am J Psychiatry*, 1994; 151: 413-20.
171. Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 2009; 21:95-102.
172. Noyes R Jr, Hoehn-Saric R (editors). *Panic disorder and agoraphobia: In: The Anxiety Disorders*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1998; 86-157.
173. 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.
174. Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczyński A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? a critical review. *Compr Psychiatry*, 1996; 37:167-179.
175. 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.
176. Noyes R Jr, Reich JH, Suelzer M. Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment. *Compr Psychiatry*, 1991; 32:283-294.
177. Friberg 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.
178. Smoller JW, Otto MW. Panic, dyspnea and asthma, *Curr Opin Pulm Med*, 1998; 4: 40-45.
179. Porzelius J, Vest M, Nochomovitz M. Respiratory function, cognitions and panic in chronic obstructive pulmonary patients, *Behav Res Ther*, 1992; 30: 75-77.
180. Perna G, Bertani A, Politi E, et al. Asthma and panic attacks, *Biol Psychiatry*, 1997; 42: 625-630.
181. Simon N.M, Fischmann D. The Implications of Medical and Psychiatric Comorbidity with Panic Disorder, *J Clin Psychiatry*, 2005; 66 (Suppl 4).
182. Lynch P, Galbraith KM. Panic in the emergency room, *Can J Psychiatry*, 2003; 48: 361-366.

183. Katerndahl D. Panic plaques; panic disorder & coronary artery disease in patients with chest pain, *J Am Board Fam Pract*, 2004; 17: 114-126.
184. Moeller, TP, Bachmann, GA, Moeller, JR. The combined effects of physical, sexual and emotional abuse during childhood, long term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect*, 1993; 17: 623-640.
185. Meuzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E., & Ferber, J. Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993; 44: 666-670.
186. Chu, J. A., & Dill, D. L. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 1990; 147: 887-892.
187. Ladd BK, Ladd GW.. Variations in peer victimization: Relations to children's maladjustment. In: Juvonen J, Graham S, editors. *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and the victimized*. New York: Guilford, 2001; p 25-48.
188. Paulacci EO, Genius ML, Vilato C. A Meta Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *J Psychol*, 2001; 135(1): 17-36.
189. Öztıp DB. Depresyon ve İstismar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*, 2012; 5(2): 46-50.
190. Wind WT. Silvern L. Type And Extent Of Child Abuse As Predictors Of Adult Functioning. *Journal of family Violence*, 1992; 7 (4): 261-281.
191. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009; 1: 95-119.
192. Polat S, Tasar A, Özkan S, Yeltekin S, Çuhacı Çakır B, Akbaba S, Şahin F, Çamurdan Duyan A, Beyazova U. Perceptions And Attitudes Of Mothers About Child Neglect İn Turkey. *Infants&Young Children*, 2010; 23(2):1-10.
193. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG and World Health Organization, editors. *World Report on Violence and Health*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002; 59-86.
194. Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni P Attachment and panic disorder. *Psychopathology*, 2002; 35:347-354.
195. Faravelli C, Panichi C, Pallanti S, Paterniti S, Grecu LM, Rivelli S. Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*, 1991; 84:6-8.
196. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York; Guilford Press, 2002.
197. Freedman RR, Ianni P, Ettedgui E, Puthethath N. Ambulatory monitoring of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 244-8.
198. Roth WT, Margraf J, Ehlers A, Taylor B, Maddock RJ, Davies S ve ark. Stress test reactivity in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 301-10.
199. Stein MB, Asmundson GJ. Autonomic function in panic disorder: cardiorespiratory and plasma catecholamine responsivity to multiple challenges of the autonomic nervous system. *Biol Psychiatry* 1994; 36: 548-58.
200. Wilkinson DJ, Thompson JM, Lambert GW, Jennings GL, Schwarz RG, Jefferys D ve ark. Sympathetic activity in patients with panic disorder at rest, under laboratory mental stress, and during panic attacks. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 511-20.
201. Kars Ö, Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. Ankara: Bizim Büro Basımevi; 1996.

202. Claussen AH, Crittenden PM. Physical And Psychological Maltreatment: Relations Among Types Of Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 1991; 15: 5-18.

8. EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Panik bozukluk, Yaygın anksiyete bozukluğu, Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında, bağlanma biçimi, çocukluk çağı travması ve sempatik deri yanıtları ilişkisi”dir. Bu araştırmanın amacı, Panik bozukluk, Sosyal anksiyete bozukluğu ve Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmaları, bağlanma stili ve sempatik deri yanıtı ilişkisini araştırmaktır. Sizde Panik bozukluk, Yaygın anksiyete bozukluğu ya da Sosyal anksiyete bozukluğu rahatsızlıklarından birinin bulunması ya da kontrol grubunda yer almanız nedeniyle sizi bu çalışmaya katılmaya davet ediyoruz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz açıklanmayacaktır, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Bu araştırmada size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Girişimsel bir işlem yapılmayacaktır. Çalışmaya katılan hastalarla görüşülüp psikiyatrik ölçekler uygulanacaktır. Elektrik uyarım ile sağ elden uyarı verilecek ve sol elden sempatik deri yanıtları kaydedilecektir. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 45 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 160’dır.

Bu araştırma ile ilgili olarak önceden uygulamanız gereken bir sorumluluğunuz yoktur. Sempatik deri yanıtı sırasında sakın bir şekilde 15 dakika kadar gözleriniz açık, konuşmadan yatmanız gerekmektedir. Ayrıca size verilen ölçekleri eksiksiz bir şekilde doldurmanız gerekmektedir. Ölçekleri doldururken hafif yorgunluk hissedebilirsiniz. Bu araştırmada elektrik stimülasyonu sırasında sağ el bileğinizde ağırlı olmayan ve çok kısa süreli bir rahatsızlık hissi gelişebilir. Uygulamanın bilinen hiçbir geçici ya da kalıcı riski yoktur. Bu araştırmanın size herhangi bir faydası yoktur ve herhangi bir kazancınız olmayacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 374 253 4656 no.lu telefondan Dr. M. Hamid Boztaş ya da Dr. Cem Özdağ’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum tedaviyle ilgili herhangi olumsuz bir tutuma ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz,

Çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

EK 2. Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

Sosyodemografik veri formu

Adı/Soyadı	
T.C.Kimlik No	
Yaş	
Cinsiyet	
Medeni Durum	
Eğitim Düzeyi	
İş	
Gelir Düzeyi	
Sigara	
Sigara süresi	
Bel çevresi	
Kilo	
Boy	
Kull. İlaçlar	
Fiziksel Hastalık	
SSR - Amplitüt	
SSR - Latans	
Psikiyatrik Tanı	
Telefon No	

EK 3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

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

HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	☐
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	☐
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	☐
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	☐
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	☐
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	☐
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	☐
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	☐
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	☐
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	☐
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	☐
11. İNTİHAR	(1-5)	☐
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	☐
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	☐
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	☐
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	☐
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	☐
17. AJİTASYON	(1-5)	☐
TOPLAM		*****

EK 4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM–A)

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

EK 5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı:

Tarih ;

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum,

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerekli kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK 6. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

Aşağıdaki ifadelerin herbirini dikkatlice okuduktan sonra, her birinin kendinizi ne kadar iyi tanıttığını dört seçenekten birini işaretleyerek belirtiniz; eğer sizi çok iyi tanıttığını düşünüyorsanız, "Çok doğru (4)" seçeneğini işaretleyiniz. Fakat hiç iyi tanıtmıyorsa "Hiç doğru değil (1)" seçeneğini işaretleyiniz. Diyelim ki şu ifadeyi okudunuz: "insan ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz". Eğer ihtiyacınız olduğunda kimseyi bulamayacağınızı düşünüyorsanız, o zaman "Çok doğru (4)" seçeneğini işaretlemeniz gerekir. Tam tersi, bu' ifadenin sizi hiç tanıtmadığını düşünüyorsanız, o zaman "Hiç doğru değil (1)" seçeneğini işaretlemelisiniz.

1/ İnsan, ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

2/ Başkalarına bağımlı olmayı kabullenmek benim için zordur.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

3/ Başkalarına bağımlı olmak beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

4/ İnsanlara ihtiyacım olduğunda onları bulabileceğimi biliyorum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

5/ İnsanlara tamamen güvenmek bana zor geliyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

6/ İhtiyacım olduğu anda birini bulabileceğimden emin değilim.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

7/ Terkedileceğim diye pek endişelenmem.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

8/ Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) beni gerçekten sevmiyor diye çoğu zaman kaygılanırım

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

9/ İnsanlar bana, benim onların bana yakınlaşmalarını istediğim kadar yakınlaşmaktan çekiniyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

10/ Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) benimle kalmak istemeyecek diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

11/ Bazen benim onlarla kaynaşma arzum insanları ürkütüp kaçırıyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

12/ İnsanlarla yakınlaşmak benim için oldukça kolaydır.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

13/ Birisi bana gereğinden fazla yakınlaşacak diye pek kaygılanmam.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

14/ İnsanlara yakın olmaktan biraz huzursuzluk duyarım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

15/ Birisi bana aşırı derecede yakınlaştığında tedirgin olurum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

16/ Başkalarının bana bağımlı olması beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

17/ İlişkiye girdiğim (veya kendimi çok yakın hissettiğim) kişiler çoğu zaman beni rahatsız edecek kadar samimi olmak istiyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

EK 7. Panik Agorafobi Ölçeği

PANİK AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ

Hasta anketi

Hasta:	
Tarih:	Vizit:

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

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

- Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- Terleme
- Titreme, sarsılma
- Ağız kuruluğu
- Nefes almada güçlük
- Boğulma duygusu
- Göğüs ağrısı, sıkışma hissi
- Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örneğin midenin altüst 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 ataklarının 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 saattten 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 bazıları 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 ataklarının nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor)
1. Oldukça nadir kaçındım
2. Bazan 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 (yer altında) | 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 (tüneller 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 (örneğin trafik sıkışıkken) | |

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. Bazan 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 agorafobinin 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 kısıtlamaya 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 bunalı 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)

B.2. Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin. Korkulan durum yoksa 0 puan, 1 durum=1 puan; 2-3 durum=2 puan; 4-8 durum=3 puan; 8 durumdan çoksa = 4 puan.

TOPLAM PUAN= U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın.

EK 8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

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 bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 6. Yırtık, söküklük ya da kirli 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. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 14. Ailedekiler bana kırıncı 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, şiddet görme) inanıyorum. Tam bir sayfayı pencereye sığdır
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 farkettiği 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 hissederdiler.
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

Tablolar Dizini

Tablo 2.1. Hazan ve Arkadaşlarının Tanımladığı Üçlü Bağlanma Modeli

Tablo 2.2. Bartholomew'un Dörtlü Kategori Modeli

Tablo 4.1. Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyet açısından karşılaştırılması

Tablo 4.2. Hasta ve kontrol gruplarının yaş açısından karşılaştırılması

Tablo 4.3. Hasta ve kontrol gruplarının medeni durum açısından karşılaştırılması

Tablo 4.4. Hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 4.5. Hasta ve kontrol gruplarının iş durumu açısından karşılaştırılması

Tablo 4.6. Hasta ve kontrol gruplarının gelir düzeyi açısından karşılaştırılması

Tablo 4.7. Hasta ve kontrol gruplarının boy açısından karşılaştırılması

Tablo 4.8. Hasta ve kontrol gruplarının kilo açısından karşılaştırılması

Tablo 4.9. Hasta ve kontrol gruplarının fiziksel hastalık açısından karşılaştırılması

Tablo 4.10. Hasta ve kontrol gruplarının sigara kullanımı açısından karşılaştırılması

Tablo 4.11. Hasta ve kontrol gruplarının HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 4.12. Hasta ve kontrol gruplarının travma alt tipleri açısından karşılaştırılması

Tablo 4.13. Hasta ve kontrol gruplarının bağlanma tarzları açısından karşılaştırılması

Tablo 4.14. Panik bozukluğu olan grupta HAM-Depresyon, HAM-Anksiyete ve Panik Agorafobi Ölçeği puanları

Tablo 4.15. Hasta ve kontrol gruplarının sempatik deri yanıtı açısından karşılaştırılması

Tablo 4.16. Panik bozukluğu grubunda bağlanma tarzı ile sempatik deri yanıtı korelasyonu

Tablo 4.17. Panik bozukluğu grubunda bağlanma tarzı ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları korelasyonu

Tablo 4.18. Panik bozukluğu grubunda yapılan korelasyon analizleri

Tablo 4.19. Tüm örnekleimde bağlanma tarzı ile sempatik deri yanıtı korelasyonu

Tablo 4.20. Tüm örnekleimde bağlanma tarzı ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları korelasyonu

Tablo 4.21. Tüm örnekleimde travma alttıpleri ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları korelasyonu

Tablo 4.22. Tüm örnekleimde travma alttıpleri ile bağlanma tarzları arasındaki korelasyon

Tablo 4.23 Tüm örnekleimde ölçek puanları ve sempatik deri yanıtı korelasyonları

Tablo 4.24. Tüm örnekleimde yapılan korelasyon analizleri

Şekiller Dizini

Şekil 2.1. Panik için Clark'ın önerdiği kısır döngü

Şekil 2.2. Öğrenilmiş tehdit panik atak oluşumu için bir ön koşuldur

Şekil 2.3. Genel psikodinamik teori temelinde nedensel bir model.

SİMGELER VE KISALTMALAR

μV	Mikrovolt
$\mu\text{V/div}$	Mikrovolt/division
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AİBÜ	Abant İzzet Baysal Üniversitesi
CCK-4	Kolesistokinin tetrapeptid
Cins. İst	Cinsel İstismar
Cm	Santimetre
CO ₂	Karbondioksit
DPAG	Dorsal periaqueductal grey
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
Duy. İhmal	Duygusal İhmal
Duy. İst.	Duygusal İstismar
EBBÖ	Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
ENMG	Elektronöromiyografi
FDA	Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
Fiz. İhmal	Fiziksel İhmal
Fiz. İst	Fiziksel İstismar
fMRG	Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
GABA	Gamma-aminobütirik asit
GAD1	Glutamik asit dekarboksilaz
Güvenli bağ.	Güvenli Bağlanma
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon
HAD-A	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde anksiyete puan toplamı
HAD-D	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nde depresyon puan toplamı

HADÖ	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAM-A	Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği
HAM-D	Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği
Hz	Hertz
Kaçınan bağ.	Kaçınan Bağlanma
Kaygılı/ikircikli bağ	Kaygılı/ikircikli bağlanma
Kg	Kilogram
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
mA	Miliamper
MAX	Maksimum
MHPG	3-Methoxy-4-hydroxyphenylglycol
MIN	Minimum
msn.	Milisaniye
msn/div	Milisaniye/ Division
m-CPP	m-klorp fenilpiperazin
ORT	Ortalama
PAÖ	Panik-Agorafobi Ölçeği
PeF	perifornical hypothalamus
SCID 1	DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SD	Standart Deviation (Standart Sapma)
SPECT	Single-photon emission computed tomography (Bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Programı)
SSR	Sympathetic Skin Response (Sempatik Deri Yanıtı)
TL	Türk Lirası