



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA İÇGÖRÜ VE FARKLI
İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

ÇİSEM YÜCEL
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ATİLA EROL

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA İÇGÖRÜ VE FARKLI
İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

ÇİSEM YÜCEL
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ATİLA EROL

2023-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Çisem Yücel

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Panik Bozukluğu Hastalarında İçgörü ve Farklı İçgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, (Kurum adı)	Adı-Soyadı	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)				
Üye				
Üye				

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .././202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././202..

Tıp Fakültesi Dekan

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.04.2022 tarihinde onay alarak (onay no: E-71522473-050.01.04-121326-81) hazırlanmıştır.

Tarih:

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

Çisem Yücel

İmza

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım, kıymetli hocam Prof. Dr. Atila EROL başta olmak üzere, pratik ve disiplinli yaklaşımı ile meslek hayatıma çok değerli katkılarından dolayı kıymetli hocam Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ'ye, hiç bitmeyen öğrenme ve öğretme heyecanı ile bize yol gösteren kıymetli hocam Prof. Dr. Esra YAZICI' ya, bilgi ve tecrübesini her zaman bizimle paylaşan ve klinik yaklaşımından çok şey öğrendiğim kıymetli hocam Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Beraber güzel anılar biriktirdiğimiz, birlikte çalışmaktan keyif aldığım sevgili asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Klinik bir servisten çok, aile gibi hissettiren psikiyatri erkek, kadın ve AMATEM servislerinde, TRSM'de ve polikliniklerde çalışan tüm özverili ekibimize teşekkür ederim.

Hayatım boyunca beni hep destekleyen, bugünlere getiren değerli annem Sabriye SEZGİN'e, değerli babam Vasfi SEZGİN'e, canım ablam Hasibe ÖREN'e ve eşi Mümün ÖREN'e, her zaman yanımda olan biricik eşim Dr. Mücahid Osman YÜCEL'e hayatıma kattıkları güzellikler için teşekkür ederim.

Dr. Çisem YÜCEL

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Panik Bozukluğu	3
2.1.1. Hastalığın tanımı ve temel klinik özellikleri.....	3
2.1.2. Tanı kriterleri ve tarihsel gelişim.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	7
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.5. Klinik seyir ve prognoz.....	18
2.1.6. Psikiyatrik ve tıbbi komorbidite	20
2.2. Psikiyatride İçgörü Kavramı	21
2.2.1. İçgörü kavramı ve içgörünün değerlendirilmesi.....	21
2.2.2. İçgörü gelişimini etkileyen faktörler.....	25
2.2.3. İçgörü eksikliğinin etiyopatogenezi.....	26
2.3. Panik Bozukluğunda İçgörü ve İçgörü İle İlişkili Kavramlar	28
3.GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	33
3.3. Uygulama	33
3.3.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri	34
3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri.....	34
3.4. Veri Toplama Araçları.....	34
3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)	34
3.4.2. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ) (Ek 3)	34

3.4.3. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 4)	35
3.4.4. Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ) (Ek 5)	35
3.4.5. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 6).....	35
3.4.6. Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ) (Ek 7)	36
3.4.7. Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ) (Ek 8)	36
3.4.8. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ) (Ek 9).....	36
3.5. İstatiksel Analiz	37
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4.BULGULAR	38
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	38
4.2. Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri	43
4.3. Semptom Şiddeti ile Klinik Ölçeklerin ve İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonu.	44
4.4. Anksiyete Duyarlılığı ile Belirti Yorumlama Şekli Korelasyonu	45
4.5. Klinik Ölçekler ile Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonu.....	46
4.6. İçgörü Ölçeklerinin Birbirleriyle Korelasyonu	46
4.7. Çoklu Lineer Regresyon Analizi	47
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	50
5.1. Sosyodemografik- Klinik Veriler ile Hastalık Şiddeti ve İçgörü	50
5.2. Semptom Şiddeti ve Anksiyete Duyarlılığı	51
5.3. Semptom Şiddeti ve Belirti Yorumlama Şekli	52
5.4. Anksiyete Duyarlılığı ve Belirti Yorumlama Şekli	52
5.5. Semptom Şiddeti ve İçgörü	53
5.6. Anksiyete Duyarlılığı ve İçgörü	54
5.7. Belirti Yorumlama Şekli ve İçgörü	54
5.8. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları	55
5.9. Panik Bozukluğu Şiddetinin Prediktörleri.....	56
5.10. Sonuç	56
6.KAYNAKLAR	57
7.EKLER	71
7.1. Ek-1: Etik Kurul Kararı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu	71
7.3. Ek 3: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)	75
7.4. Ek 4: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)	79
7.5. Ek 5: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ)	81

7.6. Ek 6: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ).....	86
7.7. Ek 7: Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ)	88
7.8. Ek 8: Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)	92
7.9. Ek 9: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ).....	95
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

5-HT2A: Serotonin 2A Reseptörü

ADD: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce

ADDÖ: Aşırı Değer Verilmiş Düşünceler Ölçeği

ADİ: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi- 3

AVP: Vazopressin

BBİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

BBB: Bedensel Belirti Bozukluğu

BDB: Beden Dismorfik Bozukluğu

BİDÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

BYÖ: Belirti Yorumlama Ölçeği

CCK: Kolesistokinin

CO₂: Karbondioksit

COMT: Katekol-O-metiltransferaz

CRF: Corticotropin Releasing Factor

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

HKB: Hastalık Kaygısı Bozukluğu

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

MI: Miyokart Enfarktüsü

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PB: Panik Bozukluğu

PBŞÖ: Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SNRI: Serotonin- norepinefrin geri alım inhibitörü

SPECT: Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi

SS: Standart Sapma

SSRI: Seçici serotonin geri alım inhibitörü

VB.: Ve Benzeri

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Visseroduyusal bilginin nöroanatomik yolları	10
Şekil 2.2. Panik bozukluğu için Clark'ın bilişsel modeli	16



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	37
Tablo 4.1.2. Hastaların klinik özellikleri	40
Tablo 4.2.1. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları	44
Tablo 4.2.2. Araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi ile diğer içgörü ölçeklerinin ilişkisi	45
Tablo 4.3. PBŞÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi	46
Tablo 4.4. Anksiyete duyarlılığı ile belirti yorumlama şekli korelasyon analizi	46
Tablo 4.5. Klinik ölçekler ile farklı içgörü ölçeklerinin korelasyon analizi	47
Tablo 4.6.1. Farklı içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi	47
Tablo 4.6.2. Kullandığımız tüm ölçeklerin birbirleriyle korelasyon analizi	48
Tablo 4.7.1. PBŞÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri, ADİ ve BYÖ puanları bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi	49
Tablo 4.7.2. PBŞÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçek puanları bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi	49

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: İçgörü, kapsamı ve sınırları belirsiz olan psikiyatrideki en tartışmalı kavramlardan biridir. Literatürde panik bozukluğunda içgörü kavramını ele alan çalışma sayısı oldukça azdır. Çalışmamızda panik bozukluğu hastalarında farklı içgörü ölçeklerinin benzerlik ve farklılıklarını, içgörü ölçeklerinin klinik belirtilerle ilişkisini ve hastalık şiddetini predikte eden etkenleri incelemeyi hedefledik.

YÖNTEM: Çalışmaya, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 53 panik bozukluğu hastası dahil edilmiştir. Hastalarla ilk olarak DSM-5'e uyumlu SCID-1 görüşmesi yapılmıştır. Hekim tarafından sosyodemografik veri formu, Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ), Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ) uygulanmıştır. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 (ADİ), Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ) ise hastalar tarafından doldurulmuştur.

BULGULAR: Sosyodemografik değişkenler ile hastalık şiddeti ve içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Anksiyete duyarlılığı ve belirti yorumlama şekli ile içgörü düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki yoktur. Fiziksel ve bilişsel anksiyete duyarlılığı artan kişilerin, semptomları bedensel atıflarla açıklama eğilimi ve hastalık şiddeti artmaktadır. BBİÖ ile diğer içgörü ölçekleri arasında korelasyon tespit edilmemiştir. Hastalık şiddetini en çok predikte eden üç ölçüm aracı sırasıyla ADDÖ, BYÖ-Bedensel Atıf, BİDÖ'dir.

SONUÇ: Panik bozukluğu hastalarında içgörünün azalması hastalık şiddetini artırmaktadır. BBİÖ ile diğer içgörü ölçekleri ve hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Anksiyete duyarlılık düzeyi ve belirti yorumlama şekli içgörü düzeyini etkilememektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete duyarlılığı, belirti yorumlama, içgörü, panik bozukluğu, semptom şiddeti

ABSTRACT

Insight and Comparison of Different Insight Scales in Patients with Panic Disorder

AIM: Insight is one of the most controversial concepts in psychiatry with uncertain scope and boundaries. There are very few studies on the concept of insight in panic disorder in the literature. In our study, we aimed to investigate the similarities and differences of various insight scales in patients with panic disorder, to examine the relationship between insight scales and clinical symptoms, and to investigate the factors that predict disease severity.

MATERIALS AND METHODS: This study was conducted with 53 panic disorder patients who applied to Sakarya University Training and Research Hospital Psychiatry Outpatient Clinic and met the inclusion and exclusion criteria of the study. The patients were first interviewed with SCID-1 compatible with DSM-V. The socio-demographic data form, Panic Disorder Severity Scale, Brown Assessment of Beliefs Scale, Overvalued Ideas Scale, Schedule for Assessing the Three Components of Insight were administered by the physician. Beck Cognitive Insight Scale, Anxiety Sensitivity Index-3, Symptom Interpretation Scale were self reported.

RESULTS: No correlation was found between sociodemographic variables and disease severity or insight level. There is no correlation between anxiety sensitivity and the level of insight; between symptom interpretation and the level of insight. Individuals with increased physical and cognitive anxiety sensitivity tend to attribute their symptoms to somatic causes and experience higher disease severity. No correlation was found between the Beck Cognitive Insight Scale and other insight scales. The three scale that most predict disease severity, in descending order are Overvalued Ideas Scale, Symptom Interpretation Questionnaire - Somatic Attributions and Brown Assessment of Beliefs Scale.

CONCLUSION: A decrease in insight in patients with panic disorder leads to an increase in disease severity. No correlation was found between Beck Cognitive Insight Scale and other insight scales or disease severity. Anxiety sensitivity level and symptom interpretation style do not influence the level of insight.

Keywords: Anxiety sensitivity, insight, panic disorder, symptom interpretation, symptom severity

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Panik Bozukluğu yineleyen beklenmedik panik ataklar ile seyreden, en az bir ay süreyle beklenti anksiyetesinin ve/ veya uyum bozukluğu ile giden davranış değişikliklerinin görüldüğü bir anksiyete bozukluğudur (DSM-V, 2013). Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran hastalar arasındaki panik bozukluğu yaşam boyu prevalansı %3.4 bulunmuştur (Üstün ve Sartorius 1995). Bir yıllık izlem çalışmasında ise hastaların sadece %31'inin remisyonu sürdürebildiği görülmüştür (Katschnig ve Amering, 1998).

Panik bozukluğu belirtilerinin diğer tıbbi hastalıkları taklit etmesi sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (Katon, 1984; Roy-Byrne ve ark., 1999). Panik bozukluğu hastaları psikiyatri dışı uzmanlık alanlarına da sıkça başvurmaktadır. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların %15'inin, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %16'sının, göğüs hastalığı polikliniğine başvuran hastaların %35'inin PB hastası olduğu bildirilmiştir (Lepine ve Pelissolo, 1999).

Jaspers (1913), içgörü kavramını ilk tanımlayan araştırmacılardan biridir; ancak halen içgörü kavramı psikiyatride uzlaşının sağlanamadığı tartışmalı konuların başında gelmektedir. David, psikiyatrik hastalığın farkında olma, psikotik deneyimlerin anormal olduğunu anlama ve tedaviye uyum gösterme düzeyi ile içgörü kavramının değerlendirilebileceğini belirtmiştir (David, 1990). Greenfeld ve arkadaşları bu komponentlere ek olarak hastalığın etyolojisi ile ilgili yapılan tahminlerin ve rekürrensini oluşturabileceği risklere dair görüşlerinin de değerlendirilmesini önermişlerdir (Greenfeld ve ark., 1989). Klinik içgörü Wright ve arkadaşları tarafından hastalık nedeniyle yaşanan zorluklara bir uyum sağlama süreci olarak tanımlanmıştır (Wright ve ark., 2021). Thirioux ve arkadaşları ise içgörüyü klinik içgörü olarak ele almanın yetersiz olacağını belirterek psişik (klinik, bilişsel ve üstbilişsel içgörüyü kapsamaktadır), somaestetik ve duygusal içgörü olarak üç ana başlığa ayırmışlardır (Thirioux ve ark., 2019). Psikiyatrik muayenede tanı ve prognozla ilgili ipuçları vermesinin yanında uygun tedavi ve yöntemin tercih edilmesinde de içgörünün değerlendirilmesi kıymetlidir (Amador ve David, 1998).

Marková ve Berrios ise içgörünün var veya yok şeklinde değerlendirilmesinin klinisyene yetersiz bilgi vereceğini ve tartışmalara neden olacağını savunmuştur (Marková ve Berrios, 1995).

İçgörü kavramı psikotik olmayan bozukluklardan ağırlıklı olarak OKB, BDB, yeme bozukluklarında çalışılmıştır. Oysa içgörü eksikliği panik bozukluğun kronik seyrinde önemli bir etkidir. Halaj ve Huppert'in çalışmasında, panik bozukluğunda klinik ve bilişsel içgörünün bağımsız değerlendirilmesi önerilmiştir. Panik bozukluğu belirtilerinin fiziksel hastalıktan kaynaklandığını düşünerek psikiyatri dışı farklı uzmanlıklara başvuran hastaların azalmış klinik içgörüye sahip olabileceği belirtilmiştir. Panik ataklarının sonuçlarıyla ilgili alternatif düşünce geliştirmekte zorlanan hastalarda ise tedavi yanıtını artırabilmek için bilişsel içgörüsünün geliştirilmesi gerektiği savunulmuştur. (Halaj ve Huppert, 2021).

Bildiğimiz kadarıyla literatürde, PB hastalarında içgörü ve ilişkili kavramların incelendiği tek çalışma olup, psikiyatrik hastalıklarda içgörüyü değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin birbirleri ile kıyaslandığı, anksiyete duyarlılığı ve belirti yorumlama şekli ile içgörü düzeyinin karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, DSM-5'e uyarlı SCID-1 neticesinde PB tanısı almış bireylere çeşitli içgörü ölçeklerini, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ü ve Belirti Yorumlama Ölçeğini uygulayarak gerçekleştirdiğimiz çalışmamızdaki amaçlarımız:

1. PB hastalarında içgörü düzeylerinin, sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini incelemek
2. Çalışmada kullandığımız içgörü ölçeklerinin PB hastalarında içgörü mevcudiyetini ne oranda gösterebildiğini, kendi aralarındaki tutarlılık ve üstünlüklerini incelemek
3. İçgörü ölçeklerinin hastalık şiddetini ne kadar predikte ettiğini incelemek
4. Hastalık şiddetini predikte eden diğer etkenleri incelemek
5. PB hastalarında içgörü düzeyleri ile anksiyete duyarlılığı ve belirti yorumlama şekli arasındaki ilişkiyi incelemek

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluğu

2.1.1. Hastalığın tanımı ve temel klinik özellikleri

DSM- 5'e göre panik atak, on üç belirtiden dört veya daha fazlasının varlığına yoğun içsel sıkıntının eşlik etmesi ile tanımlanır. Bu on üç belirti dolaşım, solunum, sinir sistemi gibi farklı sistemlerimize ait klinik görünümlemler ile karşımıza çıkar. Panik atak ruhsal bir bozukluk değil, panik bozukluğu dışındaki ruhsal tanılar için bir belirleyicidir. Panik ataklar, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, sosyal fobi, madde kullanım bozukluğu gibi çeşitli ruhsal bozukluklara ve sağlık durumlarına eşlik edebilir (DSM-V, 2013). Atak şiddeti on dakika içinde en yoğun düzeyine ulaşır, genellikle yirmi ile otuz dakika aralığında, seyrek olarak da bir saatten uzun sürebilir (Sadock ve ark., 2016).

Panik Bozukluğu yineleyen beklenmedik panik ataklar ile seyreden, atak sonrası en az bir ay süreyle, başka atağın olacağına dair sürekli bir kaygı ve/ veya ataklarla ilgili olarak uyum bozukluğu ilişkili davranış değişiklikleri gösterme ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Panik bozukluğu tanısı koyduğumuz kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri belirtilerinin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bazı durumlardan korkar ya da kaçınır ise agorafobi tanı ölçütlerini de karşılıyor demektir (DSM-V, 2013).

Panik bozukluğu sırasında yaşanan bedensel veya ruhsal belirtilerin katastrofik yorumlanması nedeniyle acil ve poliklinik sağlık hizmeti kullanımı artmakta, yaşam kalitesi ve çalışma hayatında üretkenlik düşmektedir (Roy-Byrne ve ark.,2006).

2.1.2. Tanı kriterleri ve tarihsel gelişim

Panik kelimesi Yunan tanrısı Pan'dan köken almaktadır. Yunan mitolojisine göre Pan, insanların karşısına çıktığında görüntüsü ve çığlığıyla korku ve dehşete sebep olduğu için panik sözcüğüne ilham kaynağı olmuştur (Güleç, Köroğlu, 1997).

Freud, 1894 yılında anksiyeteye, anksiyete nevrozu sendromu içinde ilk sırada yer vermiştir. Ancak o dönemlerde askerlerde görülen panik bozukluğu belirtilerinin dolaşım sistemi fizyolojisi ile açıklanmaya çalışılması, anksiyete tanımının benimsenmediğini göstermektedir (Tükel, 2002)

Panik bozukluğun, anksiyete nevrozundan ayrılarak tanımlanması 1964 yılında Klein tarafından gerçekleştirilmiştir. Klein, imipramine yanıt veren hastaları panik bozukluğu grubu olarak tanımlamıştır (Klein, 1964). Klein ani gelişen panik ataklar, beklenti anksiyetesi ve agorafobi kavramlarından bahsederek, günümüzdeki panik bozukluğu kavramının temellerini oluşturmuştur (Tükel, 2002).

DSM-III ile panik bozukluğu, anksiyete bozuklukları çatısında ayrı bir tanı olarak yer almıştır (American Psychiatric Association, 1980). DSM-III-R'de agorafobinin eşlik etmediği panik bozukluğu tanısı eklenmiştir (American Psychiatric Association, 1987). DSM-IV'te agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğu tanı ölçütleri belirlenmiştir (American Psychiatric Association, 1994). Panik bozukluğu ve agorafobi tanılarının tamamen ayrılması ise DSM- 5'te gerçekleşmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

Panik bozukluğu tanı ölçütlerinden birisi panik atakların bir madde, ilaç ya da sağlık durumu nedeniyle gelişmemiş olmasıdır. Panik atak benzeri belirtilere neden olabilen tıbbi durumlar: Konjestif kalp yetmezliği, anjina pectoris, kardiyak aritmiler, hipoksi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pulmoner emboli, hipoglisemi, tirotoksikoz, hiperparatiroidi, feokromasitoma, Cushing hastalığı, Meniere hastalığı, temporal lob epilepsisi, kardiyomiyopati, mitral kapak prolapsusu, astım, geçici iskemik atak, migren, menapoz, anemi. Panik atak benzeri belirtilere neden olabilen ilaçlar: Kafein, aminofilin, L-Dopa, monosodyum glutamat, dekonjestanlar, psikostimulanlar, esrar, alkol kesilmesi, benzodiyazepin kesilmesi, tiroid hormonları. (Tükel, 2002; Tamam, 2009).

Panik Bozukluğu DSM- 5 Tanı Kriterleri:

A. Yineleyen beklenmedik panik ataklar görülür. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden en az dördünün ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının eşlik ettiği bir durumdur:

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

1. Çarpıntı ya da kalp hızının artması
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi hissetme.
5. Nefesin tıkanığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi hissetme.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma).
11. Derealizasyon ya da depersonalizasyon
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, kontrol dışı çığlık 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 en az bir ay süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. Kontrolü kaybetme, 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 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 bozukluğu, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluğu ya da travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi belirli durumlara, nesnelere ya da anımsatıcılara tepki olarak ortaya çıkmamaktadır.)

Agorafobi DSM-5 Tanı Kriterleri:

A. Aşağıdaki beş durumdan en az ikisi ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).
2. Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).
3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).
4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.
5. Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da kendisini yetersiz ya da utanç içinde hissettiği bir durumda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.

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

D. Agorafobi kaynağı durumlardan şiddetli bir şekilde kaçınılır, bir eşlikçiye ihtiyaç duyulur ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Hissedilen korku ya da kaygı, toplumsal-kültürel bağlamda gerçek tehlikeye göre orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma en az altı aydır var olan sürekli bir durumdur.

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

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

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

2.1.3. Epidemiyoloji

Panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1- 4, altı aylık süreçte yaygınlığı %0.5- 1 olup, panik atak yaygınlığı ise %3- 5,6 arasındadır. Kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha sık görülmektedir (Sadock ve ark., 2016). DSM-III-R ölçütlerine göre A.B.D.'de yapılan epidemiyolojik çalışmada on iki ay sürecinde panik bozukluğu %2,3 oranında bulunmuştur (Kessler ve ark., 1994). Panik atakların yaşam boyu yaygınlığı %7- %9 arasında bulunmuştur (Lepine ve Pelissolo 1999).

Panik bozukluğu en sık genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmakla beraber, herhangi bir yaşta da görülebilir. Panik bozukluğu başlangıç yaşı ortalama 25 olarak bildirilmiştir (Burke ve ark., 1990). Tedavi için başvuruların çoğu 25 ile 45 yaş aralığındadır (Eaton ve ark., 1994).

Panik bozukluğu şehirde ve/veya yalnız yaşayan kişilerde daha sık görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Panik bozukluğu gelişimine yakın geçmişte ayrılık ya da boşanma gibi bir stresöre maruz kalmanın katkısı olabileceği tespit edilmiştir (Sadock ve ark., 2016).

Erken dönemde kadın hastalar, erkek hastalara göre daha fazla belirtiye sahip olup, bu özellik prognozun daha kötü olmasına neden olmaktadır (Clayton ve ark., 2006).

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik faktörler

Anksiyete bozuklukları arasında genetik geçiş en fazla panik bozukluğunda gösterilmiştir. Panik bozukluğu tanımlı hastaların birinci derece yakınlarında, yaşam

boyu panik bozuk görölme ihtimali %10 ile %20 arasında tespit edilmiştir (Knowlws JA ve ark., 1988). Farklı bir çalışmada ise panik bozukluğu tanılı hastaların birinci ve ikinci derece yakınlarında panik bozukluğu görölme ihtimalinin 4 ile 10 kat aralığında arttığı gösterilmiştir (Sadock ve ark., 2016).

1995 yılında yapılan bir çalışmada beklenmedik panik atak geçiren bireylerin ailelerinde panik bozukluğu tanılı bireylerin oranının daha yüksek olduğu, bu kişilerin birinci derece akrabalarının daha yüksek CO2 duyarlılığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Perna ve ark., 1995).

Monozigot ikizlerin, dizigotik ikizlere göre eş hastalanma oranının 2-3 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Shih ve ark., 2004). Beş bini aşan yetişkinin bulunduğu bir ikiz çalışmasında panik bozukluğun kalıtılabilirliği %28 olarak tespit edilmiştir (Hettema ve ark., 2005).

1500'den fazla bireyle 120 soyağacını içeren geniş bir analiz, 2q ve 15q kromozomlarında genom çapında öneme sahip iki lokus ortaya çıkarmıştır (Fyer ve ark.,2006).

Birden fazla çalışmada panik bozukluğu ile ilişkili bulunan genler şunlardır: 5HT2A reseptör, COMT, Monoamine oksidaz-A, Adenosine 2A reseptör, CCK, CCK Reseptör B, (Martin ve ark.,2009). Bu hedef genlere ek olarak, serotonin taşıyıcısı geni olan SLC6A4'teki polimorfizmler de panik bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (Lesch ve ark.,1996). CRF ve AVP sistemindeki genetik varyantların katkısını araştıran yakın tarihli bir çalışma, en güçlü sonuçların, CRF1'deki rs878886 ve vazopressin 1B reseptörünü (AVP1B) kodlayan gendeki rs28632197'nin birleşik etkileri olduğunu bildirdi (Keck ve ark.,2008).

Scherrer ve arkadaşları, yaygın anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğun sık komorbidite gösterme nedenini ortak genetik model ile açıklamıştır (Scherrer ve ark., 2000).

Panik bozukluğu için çok sayıda genetik ilişkilendirme çalışması yapılmış olmasına rağmen, bu genlerin farklı polimorfizmleri hastalık ile ilişkilendirildiğinden nedensel sonuçlar çıkarılamamıştır (Smoller ve ark.,2008).

2.1.4.2. Nöroanatomi

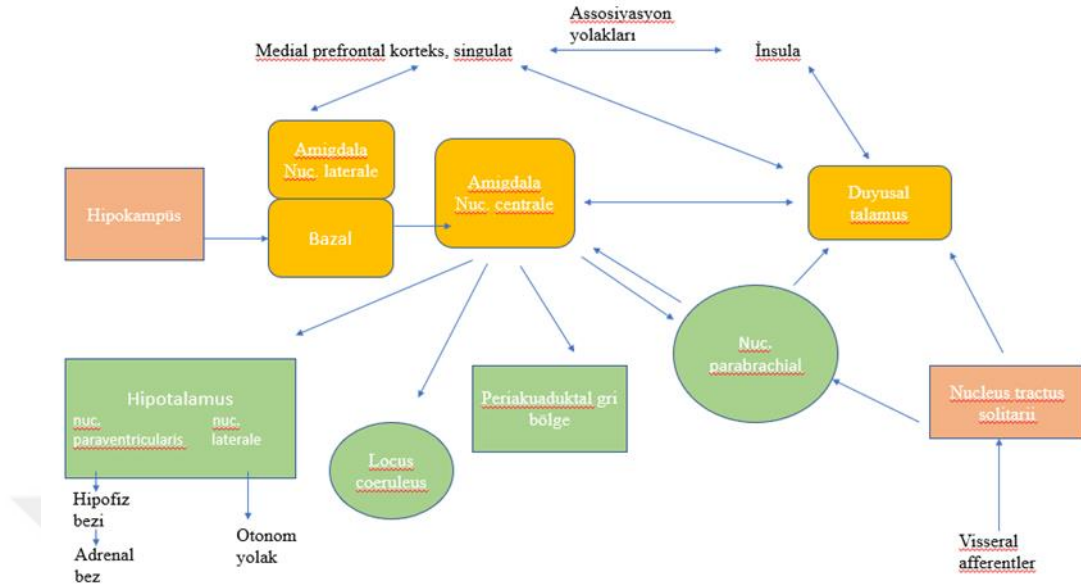
Panik bozukluğu hastalarında yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında semptom şiddeti veya tedavi yanıtı ile ilişkili nöroanatomik değişiklikleri tanımlanmıştır.

Tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmalarında, kontrol denekleriyle karşılaştırıldığında panik bozukluğu hastalarında sol alt pariyetal lobda daha düşük metabolizma ve bilateral serebral kan akışında azalma saptadı ve bu azalma semptom şiddetine tekabül etmiştir (Lee ve ark.,2006).

Diğer bir çalışma, pozitron emisyon tomografisi (PET) ile ölçüldüğü üzere, hipokampus, amigdala, talamus, orta beyin, pons ve serebellumda yüksek glikoz alımı göstermiştir. Bu yükselmeler, başarılı farmakolojik veya davranışsal tedaviden sonra normale dönmüştür ve bu bölgelerde artan glikoz alımının duruma bağlı olduğunu düşündürmektedir. Panik bozukluğu hastalarında SPECT çalışmalarında bilateral olarak frontal aktivitede azalma, superior frontal lob ile sağ medialde aktivitede artış saptanmıştır. İlginç bir şekilde, serebral kan akım asimetrisi ve sağ hemisfere kayma, bireysel hastalarda bozukluğun ciddiyeti ile korele bulunmuştur (Engel ve ark.,2009).

Bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında spontan bir panik atak gözlemlendiğinde, panik sağ amigdalada önemli ölçüde artan aktivite ile ilişkilendirilmiştir (Pfleiderer ve ark.,2007).

Visseroduyusal bilgi amigdalaya iki ana yolla iletilir. Aşağı yol, parabrakiyal çekirdek veya duyusal talamus aracılığıyla; yukarı yol ise korteks ve kortikotalamik yol üzerinden amigdalaya ulaşır. Bağlamsal bilgi, hipokampustaki bellekte depolanır ve doğrudan amigdalaya iletilir. Anksiyete ile ilgili amigdalanın ana efferent yolları şunları içerir: locus ceruleus (fizyolojik ve davranışsal uyarılmaya katkıda bulunan norepinefrin salınımını artırır), periakvaduktal gri bölge (savunma davranışları ve postural donma ile sonuçlanır), hipotalamik paraventriküler çekirdek (adrenokortikoidleri serbest bırakarak hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini aktive eder), hipotalamik lateral çekirdek (sempatik sinir sistemini aktive eder) ve parabrakiyal çekirdek (solunum hızını ve zamanlamasını etkiler) (Şekil 2.1) (Gorman ve ark., 2000).



Şekil 2.1. Visseroduyusal bilginin nöroanatomik yolları (Gorman ve ark., 2000'den değiştirilerek kullanılmıştır).

Gorman ve arkadaşları, duysal bilginin işlenmesi ve değerlendirilmesi için amigdalanın korteksten de afferent aldığı hipotezini savunmuşlardır. Bu hipoteze göre nörobilişsel eksiklik, panik bozukluğunda duysal bilgilerin yanlış yorumlanması, amigdalaya yanlış girdinin ulaşması nedeniyle uygunsuz aktivasyon ile sonuçlanabilir (Gorman ve ark., 2000). Aynı çalışmada beklenti anksiyetesi limbik bölge yapılarıyla, fobik kaçınma ise prefrontal kortikal yapıların işleviyle ilişkilendirilmiştir (Gorman ve ark., 2000).

Gorman ve arkadaşlarının hipotezine göre SSRI gibi ilaçlar, amigdalanın aktivitesini azaltıp, hipotalamus ve beyin sapındaki bölgeleri uyarma kabiliyetine müdahale ederek panik atakları azaltabilir. Bilişsel davranışçı ve diğer psikoterapiler amigdaladan işlenerek hipokampus düzeyinde öğrenilen bağlamsal korkuyu koşulsuz hale getirerek fobik kaçınmayı azaltır, medial prefrontal korteksin amigdalayı engelleme yeteneği güçlendirilerek bilişsel yanlış atıfları ve anormal duygusal tepkileri azaltır (Gorman ve ark., 2000).

2.1.4.3. Nörokimyasal faktörler

2.1.4.3.1. Noradrenalin

Noradrenerjik sistem ile hipotalamo- pituiter- adrenal sistem organizmanın stresöre yanıtını oluşturur. İki sistem arasındaki bağlantı kortikotropin salınım faktörü (CRF) üzerinden olmaktadır. Noradrenalin hipotalamustan CRF salınımını uyarır, CRF de lokus cereleusta noradrenalin salınımını artırır (Dunn ve ark., 2004). Lokus cereleustan çıkan noradrenerjik yollar amigdala, hipokampus, limbik bölge ve serebral kortekse kadar uzanır.

Bir çalışmada yohimbin (alfa-2 otoresptör blokörü), panik bozukluğu hastaları ile kontrol grubuna verilip karşılaştırma yapılmıştır. Panik bozukluğu hastalarında yohimbinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla kaygı, sinirlilik, çarpıntı, titreme, piloereksiyon, sıcak ve soğuk basmaları, sistolik kan basıncında yükselme ve noradrenalin metabolitlerinin daha yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, panik bozukluğu hastalarında presinaptik noradrenerjik nöronal regülasyonunun bozulmuş olabileceğini desteklemektedir. (Charney ve ark.,1984).

Klonidin (α_2 agonisti) anksiyolitik etkilidir. Anksiyete bozukluklarında klonidin uygulamasında körelmiş bir büyüme hormonu tepkisi izlenir, bu da presinaptik noradrenalin otoresptörlerinin aşırı duyarlı olduğunu düşündürür (Kent ve ark., 2002).

Genel olarak, bu veriler panik bozukluğu olan hastaların noradrenalin devrelerinde değişiklikler olduğunu, bu nedenle tedavi için bir hedef olabileceğini göstermektedir.

2.1.4.3.2. Serotonin

Farmakolojik çalışmalar, panik bozukluğunda serotonin disfonksiyonu olduğunu ve tedavide SSRI kullanan kişilerde %60- 70 oranında yanıt alındığını kanıtlamıştır. Ancak serotonerjik ajanın tedavi edici olması, panik bozukluğun kaynağı olduğu anlamına gelmez (Bell ve ark.,1998).

Yapılan başka bir çalışmada tedavi görmeyen, SSRI ile tedavisi süren panik bozukluğu hastaları ile sağlıklı kontrol grubu, pozitron emisyon tomografisi (PET) incelemesinde karşılaştırılmıştır. Tedavi görmeyen hastaların, presinaptik ve postsinaptik 5- HT1a reseptör bağlanmasının amigdala, orbitofrontal korteks,

temporal lobda azaldığı tespit edilmiştir. Bu bölgelerin kaygıyı kontrol ettiği ve anksiyete bozukluklarına yatkınlık sağladığı bilinmektedir. İyileşen hastalarda ise postsinaptik bağlanma normal seviyeye gelmiştir. Bu durum panik bozukluğun azalmış 5-HT1a reseptörü ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Nash ve ark., 2008).

2.1.4.3.3. Gamma-aminobutirik asit (GABA)

Panik bozukluğu hastalarının tedavisinde benzodiazepin (ana inhibitör nörotransmitter olan GABA etkinliğini artırır) kullanımına başvurulması, hastalık patogenezi benzodiazepin reseptör anormal aktivitesi ile açıklayabilir miyiz sorusunu akıllara getirmiştir. Bu hipotezi Nutt ve arkadaşları, benzodiazepin antagonisti olan flumazenil infüzyonunu, panik bozukluğu ve sağlıklı kontrol grubuna vererek test etmeyi hedeflemiştir. Flumazenilin panik bozukluğu hastalarda daha fazla anksiyojenik etkiye sebep olduğu görülmüştür. Veriler panik bozukluğu hastalarında anksiyojenik ligandın olmasından ziyade anksiyolitik reseptörün diferansiyel üretimi ile açıklanmıştır (Nutt ve ark.,1990)

Antidepresan ilaçlarla tedavi edilen panik bozukluğu ve eşlik eden majör depresif bozukluk hastalarında, lateral temporal loblarda, sol medial alt temporal lobda ve bilateral orbitofrontal kortekste benzodiazepin bağlanması azalmıştır. İnsular kortekste iki taraflı olarak bağlanma, panik şiddeti ve komorbid depresyon ile negatif korelasyon gösterdi (Kaschka ve ark.,1995).

Benzodiazepin uygulamasına oksipital kortekste toplam GABA seviyelerinin proton manyetik rezonans spektroskopik teknikle ölçümüne dayanan çalışma yapılmıştır. Panik bozukluğu hastalarında yetersiz GABA nöronal tepki tespit edilmiştir. Hastalarda ayrıca kronik benzodiazepin tedavisinden sonra sürekli olarak düşük oksipital korteks GABA'ya sahip oldukları görüldü. Veriler, GAD(65) enzim disfonksiyonunun panik bozukluğunda patojenik bir faktör olabileceği olasılığını artırmaktadır (Goddard ve ark.,2004).

2.1.4.3.4. Glutamat

Yükseltilmiş eksitator glutamaterjik sinyal, panikojenisite ile ilişkilidir ve glutamat mevcudiyetini azaltan ilaçların, anksiyolitik özelliklere sahip olduğu

varsayılmaktadır. Presinaptik metabotropik glutamat reseptörleri (mGluR II) üzerinde bir agonist olan LY354740, glutamat salınımının azalmasına yol açar (Helton ve ark., 1998). Bu ilacın, deney hayvanlarında ve insan çalışmalarında kaygı benzeri davranışı azalttığı görülmüştür (Cortese ve ark.,2005; Helton ve ark., 1998). Panik bozukluğu hastalarında mGluR II agonistlerinin, karbondioksit inhalasyonu gibi panikojenik ajanlara karşı koruyucu olduğu düşünülmüştür (Cortese ve ark.,2005).

2.1.4.3.5. Kolesistokinin (CCK)

Kolesistokinin, beyinde anksiyete ile yakından ilişkili bir nörotransmitterdir. Kaygı davranışıyla en çok CCK(2) alt reseptörleri ilişkilendirilmiştir. CCK(2) reseptörü aktivasyonu anksiyojenik, bu reseptörün blokajı anksiyolitik etkilere sahiptir. CCK sisteminin, CRF ve 5-HT gibi diğer sistemlerin etkileşimine aracılık ettiği düşünülmektedir (Wang ve ark., 2005).

2.1.4.4. Endokrin faktörler

2.1.4.4.1. Kortikotropin salınım faktörü ve hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) sistem

Stres maruziyeti ile hipotalamustan salınan CRF, hipofizden ACTH salınımını uyarır; ACTH ise böbrek üstü bezinin korteksinden kortizol salınımını aktifleştirmektedir.

Yapılan bir çalışmada laktat, karbondioksit gibi panikojenik ajanların HPA eksenini etkinleştirmede; CCK-4 peptidi, yohimbin, kafeinin ise HPA eksenini etkinleştirdiği tespit edilmiştir. Bu durum panik atağın HPA aksını harekete geçirmeyebileceğini, korkunun panik atakla aynı kavram olmadığını, HPA aksının aktifleşmesinin daha çok beklenmedik panik ataklarla ilişkili olduğunu düşündürmüştür (Graeff ve ark., 2005).

2.1.4.4.2. Tiroid hormonu

Panik bozukluğu hastalarında TRH'ye TSH yanıtının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu; panik atak şiddeti ile TSH'nin pozitif, serbest T4 seviyesinin negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (Kikuchi ve ark., 2005; Tükel ve ark., 1999).

2.1.4.4.3. Büyüme hormonu

Panik bozukluğu olan hastalarda, klonidine karşı körelmiş büyüme hormonu (GH) tepkileri vardır. Bu durum aşırı merkezi noradrenerjik çıkışa yanıt olarak, postsinaptik alfa2 adreno reseptörlerin subsensitivitesi şeklinde açıklanmıştır (Abelson ve ark.,2005).

2.1.4.5. Psikolojik kuramlar

2.1.4.5.1. Psikodinamik kuram

Freud, şiddetli kaygı ve otonom yanıtın hakim olduğu kliniği anksiyete nevrozu olarak tanımlamıştır. Anksiyetenin nedenlerinden biri de dürtülere karşı kullanılan savunma mekanizmalarının yetersiz kalmasıdır. Panik bozukluğunda savunma mekanizmalarından en sık reaksiyon- formasyon, yapma bozma ve inkar kullanılmaktadır (Freud, 1894).

Psikodinamik modele göre panik bozukluğu yapısal yatkınlığın olduğu bireyde çevresel deneyimler sonucu ortaya çıkmaktadır. Shear ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada panik bozukluğu olan kişiler, çocukken kendilerini korkak, utangaç ve gergin; ebeveynlerini kızgın, eleştirel, kontrolcü ve ürkütücü olarak tanımlamışlardır. Panik atağın öncesinde hüsrana veya küskünlük hissetmelerine neden olan stresör ile karşılaşmaları, saldırganlıktan hoşlanmamaları, düşük benlik saygısı tariflemeleri ve eşlerinden pasif, nazik ve saldırgan olmayan olarak bahsetmeleri dikkat çekmiştir. Yazarlar korkuya neden olan ebeveyn davranışlarına maruz kalmanın bağımlılık ve bağımsızlık çatışmalarının devam etmesine neden olduğu, bu çatışmanın da kapana kısılma, yalnız hissetme, yardım alamama ve boğulma korkusuna zemin hazırladığını belirtmişlerdir. Boğulma veya terk edilme karşısında katastrofik çaresizlik duygusuna kolayca kapılabilecekleri tespit edilmiştir (Shear ve ark., 1993).

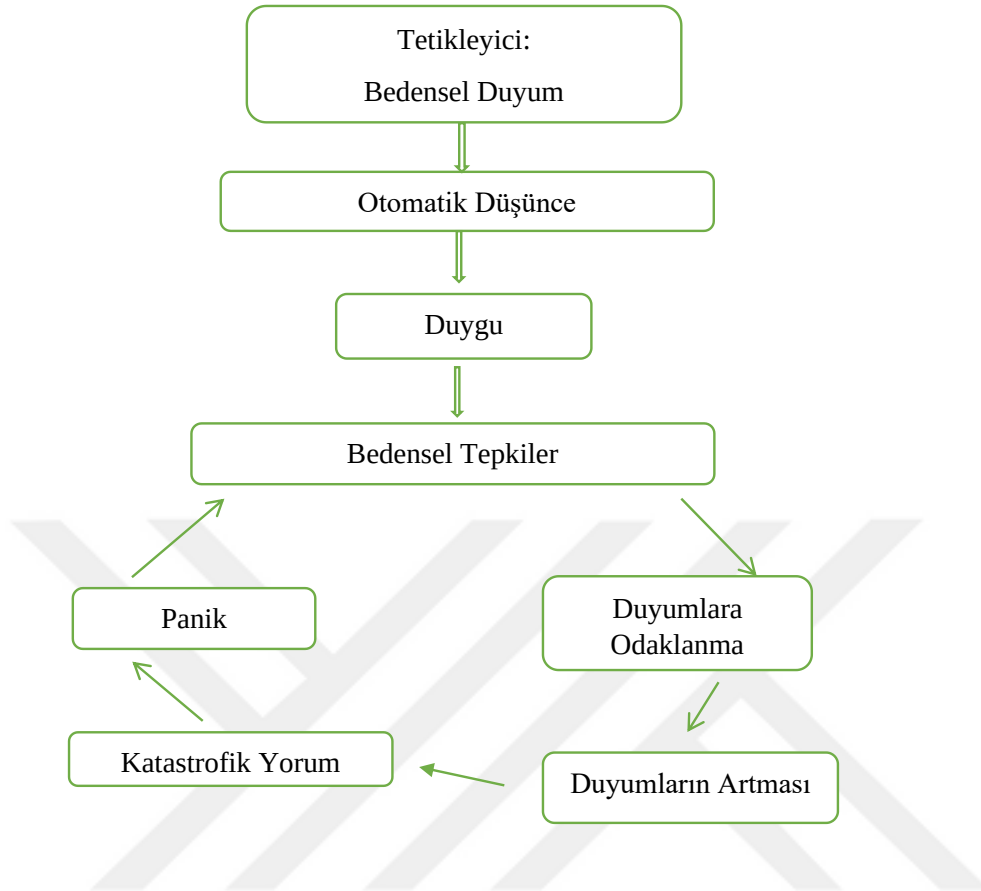
Panik odaklı psikodinamik psikoterapi, özellikle panik bozukluğun tedavisine odaklanan yirmi dört seanslık kısa bir psikodinamik psikoterapi türüdür. Akut panik, panik savunmasızlığı ve sonlandırma olmak üzere üç aşamadan meydana

gelmektedir (Milrod ve ark., 1997). Terapist ilk aşamada panik belirtilerinin bilinçdışı anlamını açığa çıkarmaya çalışır, bu nedenle paniğin başlangıcı, panik semptomlarının kişisel anlamı ve panik epizotları sırasında duyguyu anlamaya çalışmaktadır. Tedavinin bu aşamasında hedef agorafobi ve panik semptomlarının giderilmesidir. İkinci aşamada, bireylerin temel bilinçdışı çatışmalarının anlaşılması ile paniğe karşı savunmasızlık azaltılır. Üçüncü aşamada terapi sonlandırılırken öfke ya da ayrılık gibi duyguları yeniden yaşamaktadır. Bu aşamanın terapötik hedefi duygularını yönetebilmesidir (Busch, Milrod ve Singer, 1999). Milrod ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada terapi sonrası kişilerin bedenleriyle ilgili endişelerinde, uyarılabilirliklerinde, panik ataklarıyla meşgul olma sürelerinde azalma; yaşam kalitesinde ise artma olduğu tespit edilmiştir (Milrod ve ark. 2001).

2.1.4.5.2. Bilişsel davranışçı kuram

Clark'ın bilişsel modeli üç esasa dayanmaktadır:

- 1- Panik bozukluğu hastaları bedensel duyuları diğer kişilere göre daha yıkıcı yorumlar.
- 2- Bedensel duyuların katastrofik yorumlanması panik bozukluğu hastalarında kaygının ve paniğin artmasına neden olacaktır (Şekil 2.2).
- 3- Bedensel duyuların katastrofik yorumlama eğilimleri azaltılarak panik ataklar azaltılabilir (Clark, 1988).



Şekil 2.2. Panik bozukluk için Clark'ın bilişsel modeli (Clark, 1988'den değiştirilerek kullanılmıştır).

Reiss'in beklenti teorisi, korkulan durumlardan kaçınma motivasyonunu açıklamaya çalışmıştır. Korkunun nedeni olumsuz bir sonuç beklentisi ve olası olumsuz sonuca karşı duyarlılık olarak düşünülmüştür. Yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığı olan kişiler, kaygının bedensel hasara, zihinsel yetersizliğe, olumsuz sosyal sonuçlara yol açabileceğine inanarak, kaygıya neden olabilecek etkenlerden korkma eğilimindedirler (Reiss, 1991). Yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığına sahip olan kişilerin anksiyetenin aniden ortaya çıkan belirtilerini tehlikeli, şiddetli, anlaşılmaz olarak katastrofik yorumlamaları daha olasıdır. Bu nedenle anksiyete duyarlılığı, panik bozukluğu için önemli bir bilişsel etken olarak kabul edilmektedir (Smits ve ark., 2004; Taylor ve ark., 1992; Wen ve Zinbarg, 2007).

Clark'ın katastrofik yorumlama teorisi ile Reiss'in beklenti teorisinin ortak özelliği bedensel duyumların tehdit edici olarak yorumlanmasıdır. Ancak Clark gerçek

fiziksel bir semptomun yıkıcı yorumlandığını (Kalp çarpıntısı yaklaşan kalp krizinin belirtisidir.); Reiss ise bu fiziksel semptomun uzun vadeli etkileriyle de ilgili inançlara (Panik atak geçirmem uzun vadede sağlığını bozabilir.) sahip olunabileceğini belirtmiştir. İkinci fark ise hatalı veya yıkıcı değerlendirmeler ile kaygılı deneyimler arasındaki ilişkiyle ilgilidir. Clark, kişinin ilk panik atağını hatalı yorumlamasının ileride panik atak yaşamasından korkmasına neden olduğunu ileri sürmüştür. Reiss ise kişinin panik atak yaşamasına gerek kalmadan olumsuz inançlara sahip olabileceğini savunmuştur (Schmidt ve Woolaway-Bickel, 2006).

Barlow'un entegre panik bozukluğu modeli, biyolojik ve psikolojik bileşenlerden oluşmaktadır. Bu modele göre bazı bireyler stres sonrası fizyolojik uyarılmaya, korkuya kapılmaya ya da yanlış alarm geliştirmeye biyolojik olarak yatkındır. Bu bireylerin bir kısmı yanlış alarmların tekrar olabileceği konusunda endişe duyarak öğrenilmiş alarmlar geliştirebilirler. Yani daha önce yanlış alarm ile ilişkilendirilen durumlar panik atağın tetiklenmesine yol açabilir. Model ayrıca, biyolojik olarak savunmasız bireylerin, dışsal deneyimlere karşı psikolojik bir savunmasızlığı olduğunu önermektedir. Biyolojik ve psikolojik savunmasızlık, bedensel duyumlara daha fazla odaklanması, bu duyumların öğrenilmiş alarmların tetikleyicisi olma olasılığını artırıyor (Koerner ve ark., 2012).

Sanderson ve arkadaşları, panik semptomlarının kontrol edilebilirliği hakkındaki inançların panik duyumları üzerindeki etkisini incelemiştir. Tüm katılımcılara, karbondioksit inhalasyonunun panik atağı tetikleyebileceği konusunda önceden bilgi verilmiştir. Eşit miktarda karbondioksit verilen katılımcıların yarısına kadranı çevirerek kontrol edebilecekleri, diğer yarısına ise kontrol edemeyecekleri söylenmiştir. Karbondioksit miktarını kontrol edemeyeceklerine inanan kişilerin, kontrol edebileceklerine inandırılan kişilere göre panik atak geçirme ve felaket ya da panik düşünceleri ifade etme olasılığı daha yüksek görülmüştür (Sanderson ve ark., 1989). Farklı bir çalışmada panik bozukluğu olan bireylerin dışsal ve belirsiz bir olayı kontrol edebileceklerine dair tahminlerinin zayıf olduğu görülmüştür (Zvolensky ve ark., 2001).

Bouton, Mineka ve Barlow, panik bozukluğu olan bireylerin her zaman panik atak geçirmediğini öne sürerek koşullanma teorisine eleştiride bulunmuşlardır. Dışsal

ve içsel koşullanmasının önemli rol oynadığını varsayan eski teoriye ek olarak ilk atak deneyimiyle çakışan etkenlerin (başlangıçta nötr idi) sonraki ataklar için tetikleyiciye dönüşebileceğini belirtmişlerdir. Modern öğrenme teorisi panik ile kaygı arasındaki ayrımı yapmanın önemini vurgulamaktadır. Kaygının ilk panik atağa koşullu bir tepki olarak geliştiği ve subkortikal süreçler ile paniği güçlendirdiği belirtilmiştir. Teori, güvenlik davranışlarının panik yanıtın gelişimini nasıl önlediği, birden fazla koşullu uyarıyı söndürmenin tek uyarıyı söndürmeye göre neden daha etkili olduğu, in vivo maruziyetinin panik belirtileri indüklemek için önemli olduğunu açıklamaktadır (Koerner ve ark., 2012).

Bandura ise anksiyete bozuklukları etyolojisinde stresli olaylarla baş etmemizi sağlayan öz etkinliğin yeterliliğinin azaldığından bahsetmiştir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

2.1.5. Klinik seyir ve prognoz

Keller ve arkadaşlarının yaptığı bir yıllık izlem çalışmasında, 8 hafta içinde hiç atak geçirmeme ya da atak geçirmek üzereyken kontrol edebilme tamamen remisyon olarak kabul edilmiştir. Tam remisyon oranları panik bozukluğu için %37, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu için %16 bulunmuştur. Aynı grupta tam remisyon olarak kabul edilen kişilerin bir yıllık izleminde, her gün ya da haftada bir atak geçirme düzeyindeki relapsı panik bozukluğu için %31, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu için %35 olarak tespit edilmiştir (Keller ve ark., 1994).

Katschnig ve Amering'in yaptıkları gözden geçirme, panik bozukluğu hastalarının birkaç yıl içinde %17 ile %70'inin hala panik atak geçirdiğini ve %36 ile %82'sinin fobik kaçınma yaşadığını göstermektedir. Tüm hastaların %45'i semptomlarda artma ve azalma ile aralıksız bir seyir göstermiş, %24'ü remisyon ve nüks paterni göstermiş, %31'i istikrarlı bir remisyonla girmiştir (Katschnig ve Amering, 1998). Birçok çalışma ilacın kesilmesinin 6 ay içinde %25 ile %50 oranlarında relapsa neden olduğunu göstermiştir (Roy-Byrne ve Cowley, 2002). BDT uygulanan hastaların 12 aylık izlemleri sonucunda; yalnızca YAB, SAB ve PTSB tanıli hastalarda anksiyete semptomlarında anlamlı iyileşme görülürken, panik bozukluğunda 3 ila 12 ay arasında relaps oranı %0 ile %14 arasında bulunmuştur (Van Dis ve ark., 2019).

Yonkers ve arkadaşlarının çeşitli anksiyete bozukluklarında relaps ve kronisiteyi araştırdıkları çalışmada, panik bozukluğu için relaps olacaksa ilk 2 yıl içinde olma ihtimali daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar için bu iki yıl içindeki relaps oranı erkeklere göre daha sınırlı iken, 8 yıllık gözlemlerde kadınlarda relaps oranı %64 iken, erkeklerde %21 bulunmuştur (Yonkers ve ark., 2003).

Panik bozukluğu kısa remisyon aralıkları ve yüksek nüksetme oranları ile kronik bir bozukluk olarak değerlendirilmiştir. Takip çalışmalarında panik bozukluğun farmakoterapiye yanıtının, agorafobi ve yaygın anksiyeteye göre daha hızlı olduğu görülmüştür. Panik bozukluğun kronisitesini yordayan faktörler eşlik eden agorafobi, ek psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalıklar, anksiyete duyarlılığı ve farmakolojik tedavinin yeterli süre ve dozda kullanılmaması olarak tespit edilmiştir (Pollack ve Smoller, 1995). Farklı bir çalışmada da panik bozukluğun olumsuz seyrini öngören faktörlerin panik atak şiddeti ve sıklığı değil; uzun süredir hastalığın varlığı ve agorafobinin eşlik etmesi olduğu tespit edilmiştir (Katschnig ve Amering, 1998).

Anksiyete duyarlılığı, kaygı ile ilgili belirtiler ve belirtilerin zararlı fiziksel, psikolojik ya da sosyal sonuçlara neden olacağına dair inançlar nedeniyle kaygı ile ilişkili belirtilerden duyulan korku olarak tanımlanmıştır (Reiss ve McNally, 1985). Yüksek düzey nörotisizmin, azalmış dışadönüklüğün, düşük özbilincin anksiyete duyarlılığını yordadığı; yüksek anksiyete duyarlılığının ise hafıza yanlışlığı, yorumlama yanlışlığı, kaygı ve panik düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Cox ve ark., 1999; Teachman, 2005). Yüksek anksiyete duyarlılığı indeksi puanı ile panik bozukluğu ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir (Cox ve ark., 1999; Ehlers, 1995; Maller ve Reiss, 1992; Schmidt, 1999). Anksiyete duyarlılığı indeksi analizlerinde kardiyorespiratuar semptom korkularının özellikle panik bozukluğunda belirgin olduğu tespit edilmiştir (Blais ve ark., 2001).

Panik bozukluğun tekrarını öngörmek için geliştirilen risk tahmin algoritması 11 yordayıcıdan oluşturulmuştur: yaş, cinsiyet, son 12 aydaki panik bozukluğu, nikotin bağımlılığı, hızlı kalp atışı, taşikardi, panik atak için ilaç alma, boğulma hissi, beklenti anksiyetesi, kişilik özellikleri ve çocukluk çağı travması. Çalışma

klınısyenlerin predıktörleri kullanarak tedavıyı kışıelleştırebıleceğını belirtmıştır (Lıu ve ark., 2015).

2.1.6. Psıkiyatrik ve tıbbi komorbidite

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda panik bozukluğu olan kışılerin %91'inin komorbid psıkiyatrik tanıya sahip olduğu tespit edilmiştir (Robins ve Regier, 1991). Komorbid tanıları ise panik bozukluğun klinik görünümu, tanısı, tedavisi ve klinik seyri üzerinde önemli etkilere sahiptir (Konkan ve ark., 2003). En sık görülen komorbid tanıları depresyon, somatizasyon bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları olarak tespit edilmiştir (Merikangas ve ark., 1996).

Ülkemizde yapılan, en son panik atağı üzerinden en fazla bir ay geçmiş 159 panik bozukluğu tanıılı kışının dahil edildiği bir çalışmada, %67.9 oranında agorafobi, %24.5 oranında depresyon, %22 oranında somatizasyon bozukluğu, %10.7 oranında obsesif kompulsif bozukluk, %10.1 yaygın anksiyete bozukluğu, %6.9 oranında sosyal fobi komorbiditesi tespit edilmiştir (Konkan ve ark., 2003). Aynı çalışmada alkol kullanım bozukluğu %4.4, benzodiazepin kullanım bozukluğu %1.3 olarak tespit edilirken; farklı bir çalışmada eşik altı panik atak belirtilerinin dahil edildiği (istatıksel olarak eşik altı belirtiler ile panik bozukluğu arasında anlamlı farklılık ıkmmamış) bireylerde %39'unun en az bir maddeyi kötüye kullandığı görülmüştür. Bu çalışmada self medikasyon amacıyla kışılerin %10'u alkol kullandığını ve %6'sı madde kullandığını belirtmiştir (Katerndahl ve Realini, 1999).

Panik bozukluğu olan olgularda intihar düşüncesi %34,8, intihar girişimi oranı ise %9,8 olarak tespit edilmiştir (Ozkan ve Altındag, 2005). Panik bozukluğa eşlik eden depresyon, intihar girişimi riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Cox ve ark, 1994; Lépine ve ark., 1993; Warshaw ve ark., 1995). Panik bozukluğu depresyon komorbiditesinde, işlevsellikte azalma, tedaviye yanıt verme süresinde uzama, daha az oranda remisyon görülmektedir (Scheibe ve Albus, 1994; Valkenburg ve ark., 1984).

PB olan kışılarda intihar girişiminin yordayıcıları paranoid ve borderline kışilik bozuklukları ile komorbidite ve intihar düşüncesinin yordayıcıları majör depresyon

ve kaçınan kişilik bozukluğu komorbiditesi olarak bulunmuştur (Ozkan ve Altındag, 2005).

2.2. Psikiyatride İçgörü Kavramı

2.2.1. İçgörü kavramı ve içgörünün değerlendirilmesi

Kelime anlamı olarak içgörü, kişinin kendisini, karşısındaki nesneyi ya da içinde bulunduğu durumu anlayabilme yeteneğidir. Psikoloji sözlüğünde içgörü, ruhsal durumu nedeni ile yaşadığı belirtiyi fark etme, anlamlandırma, belirtinin nedeninin ve hastalığı ile ilişkisinin farkında olması şeklinde tanımlanmıştır (Budak,2005).

Jaspers, içgörü terimini ilk tanımlayan araştırmacılardandır; hastalığın farkında olma teriminin içgörü ile eş tutulamayacağını belirtmiştir. İçgörü kavramının, tüm semptomların hastalığın bir uzantısı olduğunu kabul etme ve hastalığın ciddiyetiyle ilgili doğru yargıya varmayı da kapsaması gerektiğini belirtmiştir (Jaspers, 1913).

Aubrey Lewis (1934), içgörü kavramını kendindeki zihinsel kaynaklı hastalıklı değişime karşı doğru bir tutum olarak tanımladı ve ‘doğru, tutum, hastalıklı ve değişim’ sözcüklerinin her birinin tartışmaya açık olduğu konusunda uyardı. (Lewis,1934).

Ruhsal durum muayenesi sırasında içgörü kavramı, hastanın duygularını, durumunu, işlevselliğini, ruhsal durumunun nedenlerini anlamasını içermektedir. Kişinin hasta olduğunu reddetmesi ya da hastalığının sebebini diğer kişiler veya çevresel faktörler olarak görmesi içgörü sahibi olmadığını düşündürür. Psikoza olan hastalarda gerçeği değerlendirme içgörünün bileşenidir (Sadock ve ark., 2007).

David (1990), içgörünün ya var ya yok şeklinde değerlendirilemeyeceği, içgörü varlığında en az üç özelliğin olması gerektiğini savunmuştur: Hastalık farkındalığı, psikotik deneyimlerin anormal olduğunu anlama kapasitesi ve tedavi uyumu (David, 1990). Son dönemde bu üç özelliğe semptomlarının hastalıktan kaynaklandığını bilmesi eklenmiştir (Beck ve ark., 2004).

Benzer şekilde Greenfeld ve arkadaşları ise içgörünün değerlendirilmesinde beş komponente dikkat çekmiştir: Semptomlar ile ilgili görüşleri, hastalık varlığı ile ilgili

görüşleri, etyoloji ile ilgili spekülasyonları, rekürrensini oluşturabileceği riske dair görüşleri ve son olarak tedavinin önemi ile ilgili görüşleri (Greenfeld ve ark., 1989).

Thirioux ve arkadaşları içgörüyü psişik (klinik, bilişsel ve üstbilişsel içgörüyü kapsamaktadır), somaestetik ve duygusal içgörü olarak üç ana başlığa ayırmışlardır. Psişik içgörü, psikiyatri hastalarının bir ruhsal hastalığa sahip olduklarını kabul etme yeteneklerini ifade eder. Psişik içgörü; klinik, bilişsel ve üstbilişsel içgörü alt başlıkları ile ele alınır. Klinik içgörü, semptomların farkındalığı, semptomların hastalıktan kaynaklandığını kabul etme kapasitesini tanımlamaktadır. Bilişsel içgörü, ruhsal hastalığın bilişsel yetersizliklere sebep olabileceğini fark edebilme kapasitesidir. (Örneğin, unipolar depresyonun dikkat dağınıklığını tetikleyebilmesi.) Üstbilişsel içgörü ise, hastalıklı bir özne olarak benliğin tutarlı şekilde ele alınmasına atıfta bulunur. Somaestetik içgörü, kişinin fiziksel durumunun farkındalığı ve motor, duygusal, somatosensoriyel semptomlarının ruhsal hastalıktan kaynaklandığını ifade edebilme kapasitesidir. (Örneğin, unipolar depresyonda motor yavaşlama) Duygusal içgörü ruhsal hastalığı kabul etme kapasitesidir (Thirioux ve ark., 2019).

Klinik içgörü, kişinin hastalık belirtilerinin, hastalığının sonuçlarının ve tedavi ihtiyacının farkında olmayı ifade eder (Amador ve ark., 1991; Aslan ve Altınöz, 2010; Lysaker ve ark., 2018). Wright ve arkadaşları ise, klinik içgörüyü hastalık nedeniyle yaşanan zorlukların nasıl ortaya çıktığı, kişi için ne ifade ettiği, nasıl geliştiği ve nasıl yönetilebileceğini anlayarak uyum sağlama süreci olarak açıklamıştır (Wright ve ark., 2021). Klinik içgörü eksikliğinin, psikoz tanıli hastalarda hastalığın inkarı olarak görüldüğü konusunda fikir birliği mevcuttur (Lysaker ve ark., 2018; Roe ve Kravetz, 2003).

Klinik içgörüyü değerlendiren ölçekler, akıl hastalığı ve prognozunu belirlemekte, tedavi yaklaşımına karar vermekte önemli olmakla birlikte; hastaların anormal deneyimlerini ve hatalı çıkarımlarını doğrudan ele alamaz. Bilişsel içgörü ise çarpıtılmış inanışlar ve hatalı yorumları değerlendirebilme, alternatif açıklamalar getirebilme, farklı düşüncelere açık olabilme kapasitedir (Beck ve ark., 2004). Bilişsel içgörü eksikliği psikotik olmayan hastalarda da görülmektedir. Örneğin depresyon hastası başkalarıyla olan etkileşimleri kişisel yetersizlik ya da reddedilme

olarak, panik bozukluğu hastası fiziksel değişiklikleri ciddi bir hastalığın belirtisi olarak yanlış yorumlayabilir (Beck ve ark., 1979; Beck ve ark., 1985).

Psikanalitik kuram, terapötik sürecin temel bileşenlerinden birini içgörü olarak kabul etmektedir (Akdoğan ve Türküm, 2014). Psikoanalitik alanda içgörü, Freud'un 'İdin olduğu alanda ego da olacaktır.' özdeyişinde örneklendiğı gibi, bilinçdışı çatışmaların ve dürtülerin gerçek bir farkındalığına atıfta bulunur (Freud, 1933). Psikanalitik yaklaşımda içgörü kazanımı, kişinin psikolojik belirtilerinin farkında olması ve psikolojik belirtileri ile erken nesne ilişkilerinin bağlantısını kurabilmesi anlamına gelir (Corey, 1996; Murdock, 2012). İçgörünün kazanımı ile kişi dürtülerini, korkularını ve savunma mekanizmalarını fark ederek, seçimlerini bilinç düzeyinde yapar (Westen, 1996). Corey' e göre iyileşme belirtisi olan içgörüyü, entelektüel içgörüden transferans yoluyla ayırt etmek mümkündür (Corey, 1996). Günümüzde analistler ise içgörünün rasyonel öz değerlendirmeden farklı olduğuna dikkat çekmiştir (David, 1990).

Adleryen yaklaşıma göre içgörü kazanımı, terapide olumlu değişim için bir başlangıç noktasıdır. Terapinin hedefi kişinin terapi esnasındaki beklenti ve davranışlarından yola çıkarak yapılan yorumlarla günümüzde daha işlevsel bir yaşam biçimi kazanmasıdır (Sonstegard MA, 1998).

Entelektüel içgörü, gerçek bir içgörüden ziyade öğrenilmiş yüzeyel bir içgördür. Hasta anlatılan tıbbi bilgiler doğrultusunda sıra dışı yaşantılarının ruhsal hastalıktan kaynaklandığını belirtirken, görüşme ayrıntılandırıldıkça hezeyan ya da halüsinasyonunun gerçekliğine inancının devam ettiğı görülmektedir (Altinoz ve Aslan, 2010). Beck bu noktada duygusal içgörü kazanamadığı için hezeyanlı inanç sistemini değiştiremediğini belirtmiştir (Beck ve ark.,2004). Ancak entelektüel içgörünün tedavi uyumunu artırdığı görülmüştür (Yıldız ve ark., 2002).

Tam bir içgörü varlığı için ruhsal hastalığı tanıma, ruhsal hastalığı kabul etme ve öznel patolojik deneyimlerini nesnel bir bakış açısıyla değerlendirebilme ve hastalıktan kaynaklandığını fark edebilme aşamalarının tamamlanması gerekir (Thirioux ve ark., 2019).

İçgörü düzeyi tamdan yokluğa kadar değişebilen bir spektrum üzerinde ifade edilebilir (Halaj ve Huppert, 2021). İçgörü eksikliği; düşük yaşam kalitesi, psikososyal işlevsellikte azalma, kapasite durumu, düşük terapötik uyum, bilişsel performansta azalma ve altta yatan psikiyatrik bozukluğun daha şiddetli belirtilerinin görülmesi ile ilişkilendirilmiştir (Cairns ve ark.,2005; Dias ve ark., 2008; Kao ve Liu, 2010; Mintz ve ark.,2003; Owen ve diğerleri, 2009; Van Der Werf- Eldering,2011; Yen ve ark., 2007). İçgörü kavramının çok sayıda prognostik faktör ile ilişkilendirilmesi, klinik görüşmemizde daha ayrıntılı değerlendirilmesini gerektirmektedir.

İçgörü derecesine, tanıya özgü olarak karar vermek de uygun değildir. Psikoza olan hasta iyi bir içgörüye sahipken, anksiyete bozukluğu olan hasta hiç içgörü sahibi olmayabilir (Sadock ve ark., 2007).

Geçmişte içgörü eksikliği psikoz belirtisi olarak düşünülürken, McEvoy ve arkadaşları bazı akut psikoz tanılı hastaların içgörülerinin korunduğunu, psikotik atağı gerileyen bazı hastaların ise içgörüsünün düzelmediğini belirtmişlerdir. Bu nedenle içgörü ve psikozun etkileşim halinde farklı terimler olduğunu açıklamışlardır (McEvoy ve ark., 1989).

Hastalığın seyri boyunca içgörü derecesinin nasıl değiştiği farklı çalışmalara konu olmuştur. Gerretsen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikozun ilk epizodu sırasında içgörünün azalmış olduğu, orta yaşta ılımlı şekilde düzeldiği, ileri yaşlarda tekrar azaldığı tespit edilmiştir (Gerretsen ve ark., 2014). Cutting'in 1985 yılında remisyondaki şizofreni hastalarına, sağlıklarında bozulma olup olmadığı ya da hasta olduklarını düşünüp düşünmedikleri sorulduğunda, çoğunluğunun evet yanıtı verdiği görülmüştür (Cutting, 1985). İçgörü derecesinin, psikopatolojinin şiddeti ve psikopatolojideki değişiklikler ile tutarlı değişmediği tespit edilmiştir. Bu veriler, şizofreni hastalarındaki içgörü eksikliğini akut psikopatolojik özellikler ile açıklamanın yetersiz kalacağını düşündürmektedir (McEvoy ve ark., 1989).

Wing ve arkadaşları, şizofreni hastasından oluşan gruba taburcu edilmeden önce kendilerini akıl hastası olarak sınıflandırıp sınıflandırmayacaklarını sormuştur. %20'si evet derken, %52'si sinir ve gerginlik gibi terimleri kullanmayı tercih etmiş, %23'ü ise halüsinasyon ya da hezeyanların hastalığından kaynaklandığını

belirtmiştir. Aynı gruba, işitsel halüsinasyonu olan birinin akıl hastası olarak sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağı sorulduğunda ise %46'sı evet yanıtı vermiştir. Brown ise bu durumu kişisel içgörü kaybına rağmen, başkasının hastalığına dair içgörünün korunabilmesi olarak yorumlamıştır (Brown, 1973).

Saravanan ve arkadaşları, içgörü modelinin Batı kültürünü temel aldığını belirterek eleştiride bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığın nedeni Batı kültüründe enfeksiyon, yozlaşma, anormallik ile açıklanabilirken; Doğu kültüründe doğa üstü güçler, günah, ceza gibi kavramlarla açıklanabileceğini, içgörü kavramının sosyokültürel bir süreçten bağımsız değerlendirilemeyeceğini savunmuştur (Saravanan ve ark., 2004).

2.2.2. İçgörü gelişimini etkileyen faktörler

Yapılan bir çalışmaya göre içgörü gelişim sürecinde kişilerin kültürel geçmişi, yaşam deneyimleri, sosyal çevresi ve gerçek veya beklenen damgalanma ihtimalinin etkili olduğu görülmüştür (Tranulis ve ark., 2008). Amador ve David, hastalar semptomun farkında olsalar bile damgalanma ihtimali nedeniyle tanı ve tedaviyi reddedebileceğini belirtmiştir (Amador ve David, 2004).

Piaget içgörünün gelişimi için analiz ve sentez gibi bilişsel becerilere gereksinim duyulduğunu, bu nedenle soyut işlem dönemine geçen bir danışanın bu becerileri gösterebileceğini belirtmiştir. Ancak kişinin soyut işlem dönemi yaş sınırını geçmiş olması gerekli bilişsel beceriyi kazandığı anlamına gelmemektedir (Gardiner ve Gander, 1993).

Goleman duygusal zekanın, bireye ne hissettiğini daha açık görebilme yetisi kazandırdığını vurgulamıştır. Duygusal zekanın yüksek olması içgörü gelişimini kolaylaştırıcı bir faktördür (Quebbeman ve Rozell, 2000).

Aktarım ve karşı aktarım içgörü gelişimini etkileyen en önemli faktörlerdendir (Akdoğan ve Ceyhan, 2011). Terapistin kendi yaşantısına içgörülü olması, karşı aktarımı iyi monitörize ederek danışanın sorunlarını daha iyi ele almasına ve danışanın içgörü kazanmasına yardımcı olacaktır (Boyden, 2005).

2.2.3. İçgörü eksikliğinin etiyopatogenezi

Literatürde içgörü eksikliğini açıklayan çeşitli etyolojik modeller mevcuttur. Cooke ve arkadaşları, psikoz hastalarında klinik model, nöropsikolojik model ve psikolojik inkar mekanizması ile içgörü eksikliğini açıklamışlardır (Cooke ve ark., 2005). Lysaker ve arkadaşları ise azalmış içgörünün biyolojik, deneyimsel, nöropsikolojik, sosyal-bilişsel, üstbilişsel ve sosyopolitik faktörlere tepki olarak oluştuğunu ileri sürmektedir (Lysaker ve ark., 2018).

2.2.3.1. Klinik model

Bu modele göre içgörü eksikliği, psikoz hastalarında hastalık sürecinden gelen temel bir semptomdur (Bleuler, 1983; Cuesta ve Peralta, 1994). Pozitif ve negatif belirtilerden bağımsız olduğu iddia edilmiştir (Cuesta ve Peralta, 1994). İçgörü derecesi var veya yok şeklinde değerlendirilmiştir (Marková ve Berrios, 1995). İçgörü düzeyi ile semptom düzeyi arasında ilişki olmadığı farklı çalışmalar ile desteklenmiştir (Keshavan ve ark., 2004). Gorwood ve arkadaşları ise içgörü eksikliğinin psikoz olmayan ruhsal bozukluklarda da olabileceğini göstermiştir (Gorwood ve ark., 2019).

2.2.3.2. Psikolojik model

Psikolojik model psikozdaki azalmış içgörünün, hastalık gerçeğini inkar ederek kişilerin başa çıkmalarına yardımcı olduğunu savunmaktadır (Moore ve ark., 1999). Psikolojik inkar modelinin daha az içgörüye sahip olunarak daha yüksek benlik saygısı sürdürmeye yardımcı olduğu belirtilmiştir. Çalışmalar daha iyi içgörünün depresyon puanlarında, umutsuzluk ve intihar eğiliminde artışa neden olduğunu göstermiştir (Carroll ve ark., 2004; Mintz ve ark., 2003; Schwartz ve ark., 2004). İnkâr modelinin başka bir nedeni, yüksek içgörü düzeyi ile akıl hastalığının damgalanmasıyla ilgili endişe arasında pozitif korelasyon tespit edilmesidir (Pyne ve ark., 2001).

2.2.3.3. Nöroanatomik model

Şizofreniye özgü nöroanatomik bozukluklar ile içgörü modeli açıklanmaya çalışılmıştır. İçgörü eksikliği ventriküllerdeki büyüme ile ilişkili bulunmuştur (Takai ve ark., 1992). Yapılan bir çalışmada prefrontal alt bölgeler ile içgörü arasında ilişki

tespit edilmiştir. Sağ dorsolateral prefrontal korteks hacmi ile semptomların farkındalığı arasında pozitif korelasyon tespit edildi. Sağ medial orbitofrontal korteks hacmi ile belirtilerin atfedilmesi arasında pozitif ilişki tespit edildi. (Shad ve ark.,2006). Orfei ve arkadaşlarının çalışmasında dorsolateral prefrontal korteks ve diğer bazı frontal alanlardaki fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin, daha az ölçüde parietotemporal alanlar ve talamusun farkındalık eksikliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Orfei ve ark., 2008). Xavier ve Vorderstrasse'nin çalışmasında ise prefrontal korteks, singulat kortes, temporal lob, precuneus, inferior pariteal lobül ve hipokampus içgörünün nöral bağıntıları ile ilişkilendirilmiştir (Xavier ve Vorderstrasse, 2016).

2.2.3.4. Nöropsikolojik model

Nörolojik defisiti olan kişilerin defisite ilişkin farkındalık eksikliği (anosognozi) ile psikozdaki azalmış içgörü arasında benzerlik olması, psikozun nörolojik bir hastalığa sekonder bilişsel bozukluk sonucu oluştuğunu düşündürmüştür (Cooke ve ark., 2005; McGlynn ve Schacter, 1997; Young ve ark., 1993). Bu model içgörü eksikliğini yürütücü işlevler, görsel uzamsal bellek gibi nöropsikolojik işlevlerdeki bozulma ile açıklamaktadır (Orfei ve ark., 2008). Bir meta-analiz çalışmasında; psikozdaki içgörünün toplam biliş, hafıza ve yürütme işlevi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu, kendini yansıtma alt bileşeni ile nörobiliş arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, kendinden eminlik alt bileşeni ile hafıza, IQ ve toplam biliş arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Nair ve ark., 2014). Ghaemi ve arkadaşları (1996), psikoz ve bipolar bozuklukta anosognoziden farklı olarak, nöral ağ dışında eğitim, zeka, sosyal ve psikolojik faktörlerin de etkili olduğunu belirtmiştir (Ghaemi ve ark., 1996). Nöropsikiyatrik bozukluklarda hastalık farkındalığının fenomenolojisinin benzer olmasına rağmen etyolojik faktörlerin heterojen olmasına farklı nöro görüntüleme tekniklerinin kullanılması, beyin hasarından sonra geçen süre, şizofrenide akut veya kronik faz oluşu, demansın şiddeti gibi faktörlerin katkısı olduğu belirtilmiştir (Orfei ve ark., 2008).

2.2.3.5. Sürekli model

Sürekli model teorisi içgörü kavramının çok değişkenli ve dinamik oluşuna dikkat çekmektedir (Marková ve Berrios,1995). Murri ve Amore, içgörünün bir belirti,

psikolojik savunma mekanizması, nöropsikolojik bir işlevle değerlendirilmesinin yetersiz olacağını; kişisel olaylar, sosyal- kültürel faktörler, damgalanmadan bağımsız ele alınamayacağını belirtmiştir (Murri ve Amore, 2019).

Sürekli modele göre Thirioux ve arkadaşları içgörüyü psişik, somatoestetik ve duygusal içgörü şeklinde üç ana boyutta ele almıştır. Psişik içgörü ise klinik, bilişsel ve üstbilişsel alt başlıklarından oluşmaktadır (Thirioux ve ark., 2019).

2.3. Panik Bozukluğunda İçgörü ve İçgörü İle İlişkili Kavramlar

Psikotik olmayan bozukluklardan ağırlıklı olarak OKB, BDB, yeme bozukluklarında yetersiz içgörü (DSM-IV), aşırı değerli fikir (DSM-V), inançların sabitliği (Neziroğlu ve ark., 1999), hastalık reddi, farkında olmama, kuruntulu inançlar (Foa ve ark., 1995) gibi farklı terimlerle içgörü kavramı üzerine çalışılmıştır. İçgörünün gruplandırılarak ele alınması ise, içgörünün hangi bileşeninin daha çok tedavi arayışı ve prognozu öngörebileceğini bilmemizi, hastaya kişi merkezli yaklaşımı ve müdahaleyi sağlar. Örneğin hastanın klinik içgörüsü tedavi arama motivasyonunu etkileyebilirken; bilişsel içgörü, terapistin bilişsel değişimi sağlamak için tedavi seçimini etkileyebilir (Halaj ve Huppert, 2021).

Panik bozukluğu olan bir hastanın ‘Panik bozukluğum var ve tedaviye ihtiyacım var.’ derken aynı zamanda ‘Panik bozukluğumdan dolayı öleceğime eminim.’ diyebilmesi klinik ve bilişsel içgörünün birbirinden bağımsız değerlendirilmesini gerektiğini düşündürmüştür. Bu durumda hastanın iyi bir klinik içgörüyü sahip olduğu ama bilişsel içgörüsünün azaldığı düşünülmelidir. Panik bozukluğu olan başka bir hasta tam tersi sorunu ya da tedaviye ihtiyacı olduğunu inkar ederek, azalmış bir klinik içgörüyü de sahip olabilir (Halaj ve Huppert, 2021).

Tüm hastane başvuruları içinde ayaktan tedavi kararı verilen hastaların yarısından fazlasında somatik semptomlar mevcuttur. Bu semptomların %33’ü organik bir nedene bağlanamazken, hastaların %25’inde somatik şikayetler kroniktir. Organik bir nedene bağlanamayan, ısrarcı ve çoklu semptomların eşlik ettiği kişilerde depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanıları ekarte edilmelidir (Kroenke, 2003). Panik bozukluğu olan hastaların, kendilerinde fiziksel bir sorun olduğuna inandıkları için psikiyatrik tedaviye başvurmadan önce birden fazla tıp uzmanına başvurduğu

görülmüştür (Horenstein ve Heimberg, 2020; Huppert, 2022). Dolayısıyla şu soru gündeme gelmektedir: ‘Kaç kişi panik ataklarının fiziksel bir sorun olduğuna inandığı için psikiyatrik tedaviden kaçınarak diğer branşlara başvurmaya devam ediyor?’ (Halaj ve ark., 2023). Bu duruma literatürde azalmış klinik içgörü denilmektedir (Amador ve David, 2004). Anksiyete bozukluklarında azalmış klinik içgörünün bir diğer sebebi de kişinin uzun süre duygudurumunun benzer seyretmesi nedeniyle semptomlarını normalleştirmesidir (Halaj ve Huppert, 2021).

Panik bozukluğun bir psikiyatrik hastalık olduğunu kabul eden bireylerin, panik ataklarının ölüm, delirme, küçük düşme, kontrolünü kaybetme ile sonlanacağına inandıkları görülmüştür. Bu durumun literatürdeki karşılığı azalmış bilişsel içgörüdür (Beck ve ark., 2004). İnançlarının doğru olduğuna emin olma, alternatif düşünce geliştirme motivasyonunun düşük olması bilişsel içgörünün azalmış olduğunu düşündürür (Halaj ve Huppert, 2021).

Üst biliş, bilişi değerlendirme, düzenleme ve izleme sürecidir (Wells, 2000). Panik bozukluğunda hastaların endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesi ile ilgili negatif ve işlevsiz inanışlara sahip oldukları görülmüştür (Morrison ve Wells, 2003). Üst bilişteki başarısızlıklar sanrılı inançlarda ve azalmış bilişsel içgöründe önemli bir rol oynayabilir (Beck ve diğerleri, 2004). Şizofrenide üstbilişsel performansın klinik içgörüyü öngördüğünü ileri süren araştırmalar da vardır. (Hatton, 2009; Koren ve ark. 2004). Bu durumda üstbilişler üzerinde çalışmak hastaya fayda sağlayabilir.

Yapılan bir çalışmada yüksek kaygılı bireylerde bilişsel ve klinik içgörü arasındaki ilişki ve içgörü türlerine keyfi çıkarsama, bilişsel esneklik ve üstbilişin katkıları incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda:

- 1- Klinik ve bilişsel içgörünün birbiriyle ilişkili olmadığı
- 2- Azalmış bilişsel içgörünün daha yüksek semptom puanları aldığı
- 3- Azalmış klinik içgörünün daha düşük semptom puanları aldığı
- 4- Azalmış bilişsel ve klinik içgörünün düşük bilişsel esneklik ile ilişkisiz olduğu
- 5- Klinik ve bilişsel içgörünün keyfi çıkarsama ile ilişkisiz

6- Azalmış klinik içgöründe olumlu üstbilişin olduğu, azalmış bilişsel içgöründe olumsuz üstbilişin olduğu tespit edilmiştir (Halaj ve ark., 2023).

Azalmış klinik içgöründe semptomların daha az bildirildiği tespit edilmiştir. Bu sonuç, klinik içgörüsü düşük olan kişilerin sorunlarını fark etme olasılıklarının ve tedavi arama ihtiyacının (obsesif kompulsif bozukluk dışında) daha düşük olması ile ilişkilendirilmiştir (Halaj ve ark., 2023). Farklı bir çalışmada da, düşük içgörülü sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin semptomlarından daha az şikayetçi olduğu, daha az depresif semptom tarifledikleri, tedaviye daha uyumsuz oldukları bildirilmiştir (Vigne ve ark., 2014).

Bilişsel esnekliğin yüksek olması, diğer fikirlerin farkında olduğunun, kendi düşüncelerini tartışmasız kabul etmediğinin bir göstergesidir (Halaj ve Huppert, 2021). Klinik ve bilişsel içgörü bilişsel esneklik ile ilişkisiz bulunmuştur, bilişsel esnekliğin kaygı anındaki düşünceleri çürütmeye çalışmakla ilişkili olmayabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Halaj ve ark., 2023).

Bilişsel ve klinik içgörü keyfi çıkarsama ile ilişkisiz bulunmuştur. Literatürde ise psikoz tanılı hastalarda, keyfi çıkarsama ve klinik içgörünün negatif korelasyon gösterdiği belirtilmiştir (Fine ve ark., 2007; Freeman ve ark., 2008). Reese ve arkadaşlarının içgörü (klinik ve bilişsel ayrımı yapmadan) ile keyfi çıkarsama arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, OKB hastalarında içgörü ve keyfi çıkarsama arasında anlamlı olmayan; BDB hastalarında ise negatif korelasyon bulmuşlardır (Halaj ve ark., 2023).

Azalmış klinik içgörünün, daha olumlu üstbilişle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu klinik içgörüsü azalmış kişilerin yardımcı olmayan bilişleri kullanma olasılıklarının daha düşük olduğunu düşündürmektedir. Semptomlarını inkar eden bireylerin kendilerine daha az, dış dünyaya daha çok odaklanma eğilimi şeklinde de yorumlanmıştır (Halaj ve ark., 2023).

Azalmış bilişsel içgöründe üstbilişin de olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Bu durum kaygılı bireylerin kendi düşüncelerine daha az güvenebilecekleri ve kaygıyı kontrol edemeyebilecekleri şeklinde yorumlanmıştır. Sürekli endişe halinde olmak,

endişelenmeyi bırakmanın mümkün ya da güvenli olmadığına dair inançlar geliştirmesine neden olur (Halaj ve ark., 2023).

Literatürde bu çalışmanın aksine keyfi çıkarsama ve sınırlı bilişsel esnekliğin, azalmış bilişsel içgörüye neden olduğunu vurgulayan çalışmalar da vardır. (Garety ve Freeman, 2013; Huq ve ark., 1988). Keyfi çıkarsamanın, sınırlı alternatif açıklamanın ve inançları tartışamamanın sanrı oluşumu ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. (Fine ve ark., 2007; Freeman ve ark., 2004; Freeman ve ark., 2008; Garety ve diğerleri, 2008).

Duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında içgörü eksikliğinin işlevsellik üzerine etkisinin prospektif olarak incelendiği çalışmada, başlangıçta içgörü bozukluğu kötü işlevsellik ile ilişkilendirilmemiştir. Ancak Bipolar Bozukluk tip 1 hastalarının işlevselliğindeki gelişme ile içgörünün gelişmesi ilişkili bulunmuştur. İçgörü düzeyinin bipolar ve unipolar depresyonda benzer seviyede olduğu ve duygudurum bozukluklarında içgörünün anksiyete bozukluklarına göre daha fazla bozulduğu tespit edilmiştir (Ghaemi ve ark., 2000).

Sonuç itibarıyla içgörü, geçerlik ve güvenilirliği ile halen tartışılan, kapsamı ve sınırları belirsiz olan, klinik açıdan son derece önemli bir kavramdır (Marková ve Berrios, 1995; Zilboorg, 1952). Akıl hastalığının varlığını ve prognozunu belirlemenin dışında, uygun tedavi ve yöntemin tercih edilmesinde de içgörünün değerlendirilmesi kıymetlidir (Amador ve David, 1998).

Literatürde içgörü düzeylerinin demografik veriler, hastalık şiddeti ve klinik özellikler ile ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Catapano ve ark., 2010; Marazziti ve ark., 2002; Türksoy ve ark., 2002). Bu çalışmalarda çoğunlukla içgörü düzeyi tek bir ölçek ile belirlenirken; Guillen- Font ve arkadaşları ile Shimshoni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda birden fazla içgörü ölçeği kullanılmıştır (Guillen-Font ve ark., 2021; Shimshoni ve ark., 2011).

Panik bozukluğunda içgörü ile ilgili ise literatürde şu an için Halaj ve Strauss'un çalışması dışında bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada panik bozukluğu hastalarında, BDT öncesi ve sonrasında, içgörü ölçekleri ile kognitif fonksiyonlar arasındaki ilişki incelenmiştir (Halaj ve ark., 2023).

Biz ise çalışmamızda panik bozukluğu şiddeti ile farklı içgörü ölçeklerinin ilişkisini, farklı içgörü ölçekleri ile diğer klinik özelliklerin hastalık şiddetini ne kadar predikte ettiğini, panik bozukluğunda görülen fiziksel, sosyal ve bilişsel anksiyete duyarlılıklarının içgörüye etkisini; ruhsal, bedensel veya normalleştirilen fiziksel belirtilerin içgörü düzeyi ile ilişkisini incelemeyi hedefledik.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01.04.2022- 01.10.2022 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı alan hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmamızın örneklem büyüklüğünü belirlemek için yapılan güç analizinde, $\alpha = 0,05$ (α = I. Tip hata olasılığı), $1-\beta = 0,95$ (β = II. Tip hata olasılığı, $1-\beta$ =çalışmanın gücü) ve $d = 0,5$ (d = Cohen'in etki büyüklüğü) olacak şekilde hesaplandığında 45 kişinin çalışmaya alınması gerektiği anlaşılmıştır.

Psikiyatri polikliniğimizde 04.04.2022- 01.10.2022 tarihleri arasında 80 panik bozukluğu tanısı atanmış hasta muayene edilmiştir. 6 kişi altmış beş yaş üstünde olduğu, 2 kişi ağır fiziksel hastalık (9 ay önce MI geçiren hasta ile KOAH tanılı hasta) ve 1 kişi sanrılı bozukluk tanısına sahip olduğu için, 2 kişi alkol- madde kullanımı sonrası panik atak benzeri belirtiler yaşadığı için, 7 kişi telefonla ulaşılamadığı, 9 kişi çalışmaya katılmak istemediği için çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmamıza dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 53 panik bozukluğu hastası dahil edilmiştir.

3.3. Uygulama

Çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir, hastaların yazılı onamları alınmıştır.

Psikiyatrik görüşmelere hasta ve hekim dışında eşlik eden biri olmamıştır. PB tanısını doğrulamak ve komorbid psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla hastalarla DSM-5'e uyarlı SCID-1 görüşmesi yapılmıştır. Hekim tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Öz bildirim ölçeği olan Beck

Bilişsel İçgörü Ölçeği, Belirti Yorumlama Ölçeği ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 hastalar tarafından doldurulmuştur.

3.3.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

1. DSM-V tanı kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı almış olma
2. 18-65 yaş aralığında olma
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
4. Görüşmeyi tamamlayabilecek zihinsel yeterliliğe sahip olma

3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri

1. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olma
2. Şizofreni, bipolar bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk ve diğer psikotik bozuklukların varlığı (deliryum, demans, epilepsi vb.)
3. Panik atak benzeri belirtilere neden olabilen tıbbi durumların olması
4. Alkol- madde kullanımının fizyolojik etkilerine bağlı olarak panik atak geçirme
5. Mental retardasyonun olması

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali gibi sosyodemografik özellikleri dışında hastalığın başlangıç yaşı, acile başvurma sıklığı, ek tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları, alkol madde kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, kullandığı ilaçlar, psikoterapi öyküsü gibi klinik özellikleri sorguladığımız görüşmeciler tarafından doldurulan formdur.

3.4.2. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ) (Ek 3)

BİDÖ, psikiyatrik hastalıklarda baskın olan inanç temel alınarak içgörünün değerlendirildiği, yarı yapılandırılmış ve görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçektir. Ölçek 7 maddeden oluşmakta ve her madde 0 ile 4 puan arasında değerlendirilmektedir. Referans fikirlerinin sorgulandığı son madde ölçek toplam skoruna dahil edilmemektedir. Ölçek toplam skoru 0 ile 24 puan arasında

değişmektedir ve yüksek puan alınması içgörünün daha zayıf olduğunu göstermektedir (Eisen ve ark., 1998). 2013 yılında ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Özcan ve ark., 2013).

3.4.3. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 4)

İÜBDÖ, içgörüyü hastalık farkındalığı, psikotik yaşantıların anormalliğini kavrayabilme becerisi, tedavi uyumu şeklinde 3 boyutta incelemektedir (David, 1990). Klinisyen tarafından uygulanan, 8 maddeden oluşan, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 madde 0 ile 2 arasında puanlanır. Son maddenin sorulma kararı görüşmeciye bırakılmıştır, 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Tüm maddelerin sorulması durumunda alınabilecek en yüksek puan 18'dir. Ölçek toplam skorunun yüksekliği, içgörü düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Arslan ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Arslan ve ark., 2000).

3.4.4. Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ) (Ek 5)

ADDÖ, OKB hastalarında son bir hafta içinde en çok işlevselliğinin bozulmasına ve sıkıntı yaşamasına neden olan obsesyon ve/veya kompulsiyonla ilişkili ana inancı temel almaktadır. Her bir madde 1 ile 10 puan arasında değerlendirilmekte ve toplam skor ilk 10 maddenin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Ortalama puanın 6 ve üzerinde olması içgörünün zayıf olduğunu göstermektedir. Klinisyen tarafından uygulanır. Son madde ise inancın süresi ve bu süre zarfında inançta dalgalanma olup olmadığını değerlendirmektedir (Neziroglu ve ark., 1999).

3.4.5. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 6)

BBİÖ, 15 maddeden oluşan her maddenin 0 ile 3 puan arasında değerlendirildiği bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek kendi hakkında düşünme (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12,14 ve 15. maddeler) ve kendinden eminlik (2, 7, 9, 10, 11 ve 13. maddeler) alt ölçeklerinden meydana gelmektedir. Bilişsel içgörü toplam skoru kendi hakkında düşünme alt ölçek puanından kendinden eminlik alt ölçek puanının çıkarılmasıyla elde edilir. Toplam skor -18 ile +24 aralığında değişmektedir. Skorun yükselmesi içgörünün arttığını göstermektedir (Beck ve ark., 2004). Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Aslan ve Türkçapar tarafından yapılmıştır (Aslan ve ark., 2005).

3.4.6. Panik bozukluk şiddeti ölçeği (PBŞÖ) (Ek 7)

PBŞÖ, panik bozukluğu belirtilerinin şiddetini ölçmeyi hedefleyen, klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Ölçek panik atak sıklığı, atak sırasında zorlanma düzeyi, beklenti anksiyetesi, agorafobi, panik atakla ilişkili duyumlardan kaçınma, çalışma ve toplumsal işlevsellikte bozulma düzeyi ile ilgili soruları kapsamaktadır (Shear ve ark. 1997). Tüm sorular 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı 8 olarak belirlenmiştir (Shear ve ark., 2001). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Monkul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Monkul ve ark. 2004).

3.4.7. Belirti yorumlama ölçeği (BYÖ) (Ek 8)

BYÖ, Robbins ve Kirmayer tarafından geliştirilen orijinal halinde, 13 soruluk dörtlik likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir (Robbins ve Kirmayer, 1991). Türkçe uyarlamasında bir sorunun eklenmesi ve beşli likert tipine dönüştürülmesi şeklinde iki değişiklik yapılmıştır (Sayar ve ark., 2001). Her bir soru ruhsal (1a, 2b, 3c, 4b, 5b, 6a, 7b, 8c, 9a, 10b, 11c, 12a, 13b, 14b), bedensel (1b, 2a, 3a, 4a, 5c, 6c, 7a, 8a, 9b, 10c, 11a, 12b, 13c, 14a) ve normalleştirici (1c, 2c, 3b, 4c, 5a, 6b, 7c, 8b, 9c, 10a, 11b, 12c, 13a, 14c) atıfları sembolize eden 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlaması 3 alt başlık halinde, maddelerin toplam puanı şeklinde yapılır.

3.4.8. Anksiyete duyarlılığı indeksi-3 (ADİ) (Ek 9)

Anksiyete duyarlılığı, anksiyetenin neden olduğu belirtilere atfedilen inançlar nedeniyle, bu belirtilerden duyulan korku olarak tanımlanmıştır (Reiss ve McNally, 1985). Anksiyete duyarlılığının yüksek olması, panik bozukluğu gelişimi için bilişsel bir etken olarak düşünülmektedir (Smits ve ark., 2004; Taylor ve ark., 1992; Wen ve Zinbarg, 2007).

ADİ bir öz bildirim ölçeğidir ve 18 maddeden oluşmaktadır. Maddeler fiziksel (3,4,7,8,12,15.madde), sosyal (1,6,9,11,13,17.madde) ve bilişsel (2,5,10,14,16,18.madde) alanlarda duyarlılık şeklinde kategorize edilmiştir. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Yüksek ölçek puanı yüksek anksiyete

duyarlılığını göstermektedir (Taylor ve ark.,2007). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Mantar tarafından yapılmıştır (Mantar, 2008).

3.5. İstatiksel Analiz

Çalışmamızda verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanılmıştır. Normal dağılım analizi için Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, iki grubun kendi arasında karşılaştırılmasında Independent Sample t testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumlarda ANOVA, post-hoc test olarak Tukey, Scheffe ve Gabriel testlerinden yararlanılmıştır. Normal dağılım sağlanamadığında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak incelenmiştir. Değişkenlerin korelasyonlarını ve klinik belirtileri ne kadar predikte ettiklerini belirlemek için Lineer Regresyon analizinden yararlanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

PB hastalarının birinci basamak sağlık kuruluşlarına ve psikiyatri dışı uzmanlık alanlarına sıkça başvurduğu bilinmektedir. Çalışmamızın sınırlılıklarından biri psikiyatri polikliniğine başvurmeyen hastaları (panik bozukluğu daha düşük şiddette deneyimleyen hastalar vb.) temsil etmemesi, bir diğeri ise örneklemimizin görece düşük sayıda hasta içermesidir.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Bu çalışmaya, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 53 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların %67,9'u (n=36) kadındır. Hastaların yaşları 19-65 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 38,9 olarak saptanmıştır.

Hastaların %22,64'ü (n=12) ilkokul mezunu, %24,52'si (n=13) lise mezunudur. Üniversite ve üzeri eğitim alan kişiler, hastaların % 33,96'sını (n=18) oluşturmaktadır. Ortalama eğitim süresi 10,7 yıldır.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde %60,4'ünün evli (n=32) olduğu; hastaların %62,3'ünün (n=33) ise çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hiçbirinin yalnız yaşamadığı, hastaların %62,3'ünün (n=33) eş ve/veya çocukları ile yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların ikamet ettikleri yerler incelendiğinde, hastaların %90,6'sının (n=48) il merkezleri ve ilçelerde yaşadığı tespit edilmiştir.

Hastaların %75,5'i (n=40) çalışmamaktadır. Bu orana emekli olan veya eğitimine devam eden kişiler de dahildir.

Hane gelirlerine bakıldığında, %7,5'inin (n=4) asgari ücret, %24,5'inin(n=13) asgari ücretin 2 katından az, %39,6'sının (n=21) asgari ücretin 2 ile 4 katı aralığında, %28,3'ünün (n=15) asgari ücretin 4 katından fazla gelire sahip olduğu saptanmıştır.

Hastaların temel sosyodemografik özellikleri tablo 4.1.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		Hasta Verileri
Yaş Dağılımı (yıl)	Minimum	19
	Maksimum	65
	Ortalama	38,9
Cinsiyet	Kadın	%67,9 (n=36)
	Erkek	%32,1 (n=17)
Eğitim Düzeyi	İlkokul Mezunu	%22,64 (n=12)
	Ortaokul Mezunu	%18,86 (n=10)
	Lise Mezunu	%24,52 (n=13)
	Üniversite ve Üzeri	%33,96 (n=18)
Medeni Hali	Evli	%60,4 (n=32)
	Bekar	%39,6 (n=21)
Çocuk	Var	%62,3 (n=33)
	Yok	%37,7 (n=20)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne-baba/kardeş	%35,8 (n=19)
	Eş ve çocuklar	%62,3 (n=33)
	Yalnız	%0 (n=0)
	Arkadaş	%1,9 (n=1)
	Diğer (yurt, bakımevi vb.)	%0 (n=0)
Yaşadığı Yer	İl merkezi- İlçe	%90,6 (n=48)
	Köy	%9,4 (n=5)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	%24,5 (n=13)
	Çalışmıyor	%75,5 (n=40)
Ekonomik Düzey	0- Asgari ücret	%7,5 (n=4)
	Asgari ücretinin 2 katından az	%24,5 (n=13)
	Asgari ücretin 2 ile 4 kat aralığında	%39,6 (n=21)
	Asgari ücretin 4 katından fazla	%28,3 (n=15)

Hastaların sigara kullanımı incelendiğinde, %41,5'inin aktif sigara kullanımının olduğu (n=22), %49,1'inin sigara kullanmadığı (n=26), %9,4'ünün ise geçmişte sigara kullandığı ancak aktif olarak kullanmadığı (n=5) belirlenmiştir.

Alkol kullanım oranlarına incelendiğinde, %9,4'ünün aktif alkol kullanımının olduğu (n=5), %83'ünün alkol kullanmadığı (n=44), %7,5'inin ise geçmişte alkol kullandığı ancak aktif olarak kullanmadığı (n=4) belirlenmiştir.

Madde kullanım oranlarını incelendiğinde ise, %1,9'unun aktif madde kullanımının olduğu (n=1), %90,6'sının madde kullanım öyküsünün olmadığı (n=48), %7,5'inin ise geçmişte madde kullanımının olduğu ancak aktif olarak madde kullanmadığı (n=4) belirlenmiştir.

Aktif suicidal düşünce ve geçmiş suicidal girişim öyküleri incelendiğinde, hastaların %7,5'inin (n=4) aktif suicidal düşüncesi olduğu saptanırken, hastaların %13,2'sinin geçmişte suicidal girişim öyküsünün olduğu (n=7) saptanmıştır. Hastaların %9,4'ünün (n=5) adli öyküsü olduğu belirlenmiştir.

SCID görüşmesi sonucunda, hastaların %22,6'sının ek BBB veya HKB (n=12), hastaların %20,7'sinin (n=11) ek major depresyon bozukluğu veya distimi tanısı, hastaların %9,4'ünün ise ek YAB tanısı (n=5), hastaların %5,6'sının ek SAB tanısı (n=3), %3,7'sinin ise (n=2) ek OKB tanısı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %37,7'sinin ise ek bir psikiyatrik hastalığının olmadığı (n=20) belirlenmiştir. Hastaların %58,5'inin (n=31) ise fiziksel hastalık komorbiditesi olduğu öğrenilmiştir.

Hastaların %67,9'unun ailesinde psikiyatrik hastalık varlığı (n=36), %41,5'inin ailesinde ise panik bozukluğu tanılı kişi olduğu (n=22) öğrenilmiştir.

Hastaların PB için hastalık başlangıç yaşlarının 13 ile 64 yaş aralığında değiştiği ve semptom başlangıç yaşının ortalamasının 31,9 olduğu saptanmıştır. Hastalık süreleri ise 1ay ile 252 ay arasında değişmektedir. Ortalama hastalık süresi 77,4 ay olarak belirlenmiştir. Hastaların %54,7'sinin hiç 6 aylık remisyon dönemi yaşamadığı (n=29) öğrenilmiştir. Son 1 ay içinde acile başvurma sıklığı incelendiğinde, hastaların %71,7'sinin (n=38) ayda birden az, %24,5'inin (n=13) ayda 1 ile 4 arasında, %3,8'inin (n=2) haftada 2 veya daha fazla acile başvurduğu öğrenilmiştir.

Hastaların %67,92'sinin (n=36) dolaşım sistemine, %11,32'sinin (n=6) sinir sistemine, %15,09'unun (n=8) solunum sistemine, %1,88'inin (n=1) sindirim sistemine, %3,77'sinin (n=2) birden fazla sisteme özgü şikayetlerle acile başvurduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda panik atak sonrası hiç acil başvurusu olmayan hasta bulunmamaktadır. Hastaların acile başvurmasına neden olan semptom değişkenine göre, içgörü düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Hastaların %66'sı (n=35) stresör sonrası panik ataklarının tetiklenebildiğini belirtmiştir.

Hastaların %69,8'inin (n=37) daha önce psikiyatri kliniğine başvurduğu ve psikiyatrik ilaç kullanımının olduğu öğrenilmiştir. Geçmiş psikiyatrik ilaç öyküsü incelendiğinde, hastaların %54,7'sinin (n=29) SSRI, %9,4'ünün (n=5) SNRI, %1,8'inin (n=1) mirtazapin kullandığı, antipsikotik kullanımının hiç olmadığı, hastaların %3,7'sinin (n=2) diğer ajanları kullandığı öğrenilmiştir. Geçmiş psikoterapi öyküsü incelendiğinde, hastaların %83'ünün (n=44) psikoterapi sürecine hiç dahil olmadığı öğrenilmiştir.

PB hastalığına ilişkin içgörü düzeylerinin araştırmacı tarafından değerlendirilmesi sonucunda, hastaların %45,3'ünün (n=24) içgörüsünün olmadığı, %54,7'sinin (n=29) içgörüsünün olduğu belirlenmiştir.

Hastaların temel klinik özellikleri tablo 4.1.2.' de sunulmuştur.

Tablo 4.1.2. Hastaların klinik özellikleri

Klinik Özellikler		Hasta Verileri
Sigara Kullanımı	Aktif kullanıyor	%41,5 (n=22)
	Hiç kullanmamış	%49,5 (n=26)
	Geçmişte kullanmış	%9,4 (n=5)
Alkol Kullanımı	Aktif kullanıyor	%9,4 (n=5)
	Hiç kullanmamış	%83 (n=44)
	Geçmişte kullanmış	%7,5 (n=4)

Tablo 4.1.3. Hastaların klinik özellikleri (devamı)

Madde Kullanımı	Aktif kullanıyor	%1,9 (n=1)
	Hiç kullanmamış	%90,6 (n=48)
	Geçmişte kullanmış	%7,5 (n=4)
Aktif Suisidal Düşünce	Var	%7,5 (n=4)
	Yok	%92,4 (n=49)
Suisidal Girişim Öyküsü	Var	%13,2 (n=7)
	Yok	%86,7 (n=46)
Adli Öykü	Var	%9,4 (n=5)
	Yok	%90,5 (n=48)
Hastalık Başlangıç Yaşı	Minimum	13
	Maksimum	64
	Ortalama	31,9
Hastalık Süresi (ay)	Minimum	1
	Maksimum	252
	Ortalama	77,4
Remisyon (6 ay)	Var	%45,2 (n=24)
	Yok	%54,7 (n=29)
Acile Başvurma Sıklığı (son ay)	Haftada birden az	%71,7 (n=38)
	Ayda 1 ile 4 arasında	%24,5 (n=13)
	Haftada iki veya daha fazla	%%3,8 (n=2)
Nöbeti Başlatan Stres Etkeni	Var	%66 (n=35)
	Yok	%34 (n=18)

Tablo 4.1.4. Hastaların klinik özellikleri (devamı)

Ek Psikiyatrik Hastalık	BBB/ HKB	%22,6 (n=12)
	MDB/ Distimi	%20,7 (n=11)
	YAB	%9,4 (n=5)
	SAB	%5,6 (n=3)
	OKB	%3,7 (n=2)
	Yok	%37,7 (n=20)
Ek Tıbbi Hastalık	Var	%58,5 (n=31)
	Yok	%41,5 (n=22)
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	%67,9 (n=36)
	Yok	%32 (n=17)
Ailede Panik Bozukluğu Tanılı Kişi	Var	%41,5 (n=22)
	Yok	%58,4 (n=31)
Hastalık (PB) başlangıç yaşı	Minimum	13
	Maksimum	64
	Ortalama	31,9
Geçmiş Psikiyatri Başvurusu	Var	%69,8 (n=37)
	Yok	%30,1 (n=16)
Geçmiş Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	%69,8 (n=37)
	Yok	%30,1 (n=16)
Geçmiş Psikiyatrik İlaç Öyküsü	SSRI	%54,7 (n=29)
	SNRI	%9,4 (n=5)
	Mirtazapin	%1,8 (n=1)
	Antipsikotik	%0
	Diğer	%3,7 (n=2)
	Yok	%30,1 (n=16)

Tablo 4.1.2. Hastaların klinik özellikleri (devamı)

Geçmiş Psikoterapi Öyküsü	Var	%17 (n=9)
	Yok	%83 (n=44)
İçgörü (araştırmacı görüşü)	Var	%54,7 (n=29)
	Yok	%45,3 (n=24)

Panik bozukluk şiddet skoru, cinsiyete ve medeni duruma göre anlamlı fark göstermemektedir (sırasıyla $p=0,342$, $p=0,193$).

Panik bozukluk şiddet skoru, eğitim düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p=0,972$).

Panik bozukluk şiddet skorunun, acile başvurusu sıklığı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,590$).

Remisyon varlığı, panik bozukluk şiddet düzeyine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p=0,029$).

Araştırmacı tarafından belirlenen içgörü kategorizasyonu, cinsiyete göre anlamlı fark göstermemektedir ($p=0,174$).

Eğitim düzeyine göre, araştırmacı tarafından belirlenen kategorizasyonu anlamlı fark göstermemektedir ($p=0,612$).

Araştırmacı tarafından belirlenen içgörü kategorizasyonu, hastalık süresine göre anlamlı fark göstermemektedir ($p=0,642$).

BİDÖ, İÜBDÖ, ADDÖ, BBİÖ skorları cinsiyete göre anlamlı fark göstermemektedir (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,345$, $p=0,925$, $p=0,729$).

BİDÖ, İÜBDÖ, ADDÖ, BBİÖ skorları medeni duruma göre anlamlı fark göstermemektedir (sırasıyla $p=0,620$, $p=0,073$, $p=0,73$, $p=0,057$).

Acile başvurma sıklığı, BİDÖ, İÜBDÖ, ADDÖ, BBİÖ skorlarına göre anlamlı fark göstermemektedir (sırasıyla $p=0,063$, $p=0,115$, $p=0,140$, $p=0,340$).

Psikoterapi tedavisinin, BİDÖ, İÜBDÖ, ADDÖ, BBİÖ skorları üzerinde anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,812$, $p=0,795$, $p=0,469$, $p=0,397$).

4.2. Klinik Ölçekler ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri

Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği sonuçları incelendiğinde puanların 4 ile 26 arasında değiştiği, 11 hastanın kesme değeri altında puan aldığı, ortalamanın $12,83 \pm 5,48$ olduğu saptanmıştır.

Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 ölçeğinin fiziksel alt bileşen ortalama puanı $15,3 \pm 6,04$, sosyal alt bileşen ortalama puanı $11,03 \pm 7,18$, ruhsal alt bileşen puanı ortalama $10,22 \pm 6,88$ olarak saptanmış olup; bu skorlar fiziksel belirtilerin daha yüksek anksiyete düzeyine neden olduğunu düşündürmüştür.

Belirti Yorumlama Ölçeğinde ruhsal atıf ortalama puanı $42,28 \pm 11,38$, bedensel atıf ortalama puanı $33,18 \pm 11,32$, normalleştiren atıf puanı $36,81 \pm 10,14$; bu skorlar belirtilerin ruhsal atıfla açıklanmaya çalışıldığını düşündürmüştür.

Hastaların BİDÖ puanlarının 0 ile 12 arasında değiştiği ve ortalama $5,88 \pm 3,00$ olduğu, ADDÖ puanlarının 1,20 ile 7,00 arasında değiştiği ve ortalama $4,28 \pm 1,41$ olduğu, İÜBD puanlarının 11 ile 18 arasında değiştiği ve ortalama $14,90 \pm 1,59$ olduğu saptanmıştır. BBİÖ'nin Kendinden Eminlik ortalama puanı $12,64 \pm 2,90$, Kendini Hakkı Düşünme ortalama puanı $14,13 \pm 4,06$ ve toplam puan yani Birleşik İndeks (Bİ) ortalaması ise $1,49 \pm 5,38$ olarak saptanmıştır. Hastalara uygulanan klinik ölçekler ve içgörü değerlendirme ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 4.2.1'de verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları

Klinik Ölçek	Ortalama $\pm$ SS
Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ)	$12,83 \pm 5,48$
Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ)	
Fiziksel	$15,3 \pm 6,04$
Sosyal	$11,03 \pm 7,18$
Bilişsel	$10,22 \pm 6,88$
Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)	
Ruhsal Atıf	$42,28 \pm 11,38$

Tablo 4.2.2. Uygulanan klinik ölçekler ve ortalama puanları (devamı)

Klinik Ölçek	Ortalama $\pm$ SS
Bedensel Atıf	33,18 $\pm$ 11,32
Normalleştiren Atıf	36,81 $\pm$ 10,14
Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)	5,88 $\pm$ 3,00
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBD)	14,90 $\pm$ 1,59
Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ)	4,28 $\pm$ 1,41
Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)	
Kendi Hakkında Düşünme	14,13 $\pm$ 4,06
Kendinden Eminlik	12,64 $\pm$ 2,90
Birleşik İndeks	1,49 $\pm$ 5,38

ADDÖ ile BİDÖ skorlarının, araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir. İÜBDÖ ile BBİÖ skorlarının, araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi ile diğer içgörü ölçeklerinin ilişkisi Tablo 4.2.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.3. Araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi ile diğer içgörü ölçeklerinin ilişkisi

	ADDÖ	İÜBDÖ	BBİÖ	BİDÖ
Araştırmacı				
Değerlendirmesi	p= 0,000	p= 0,41	p= 0,503	p= 0,000

4.3. Semptom Şiddeti ile Klinik Ölçeklerin ve İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonu

PBŞÖ ile İÜBDÖ, BBİÖ, BYÖ- Ruhsal, BYÖ- Normalleştiren ve ADİ- Sosyal Atıf skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyonu ile ölçülmüştür. Bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

PBŞÖ ile ADDÖ, BİDÖ, BYÖ- Bedensel, ADİ- Fiziksel Atıf ve ADİ- Bilişsel Atıf arasında Pearson Korelasyon analizine göre, orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Hastalara uygulanan PBŞÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. PBŞÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon analizi

	ADDÖ	İÜBDÖ	BBiÖ	BİDÖ	BYÖ Ruhsal	BYÖ Bedensel	BYÖ Normal	ADİ Fiziksel	ADİ Sosyal	ADİ Bilişsel	
PBŞÖ	r	,523**	-0,16	0,152	,428**	0,231	,459**	0,094	,444**	0,055	,421**
	p	0	0,252	0,279	0,001	0,097	0,001	0,503	0,001	0,697	0,002

4.4. Anksiyete Duyarlılığı ile Belirti Yorumlama Şekli Korelasyonu

Pearson korelasyon analizine göre ADİ'nin alt kategorizasyonlarının kendi aralarında ve BYÖ'nin alt kategorizasyonlarının kendi aralarında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır.

BYÖ-Ruhsal Atıf ile ADİ-Fiziksel, BYÖ-Ruhsal Atıf ile ADİ-Sosyal, BYÖ-Ruhsal Atıf ile ADİ-Bilişsel, BYÖ-Bedensel Atıf ile ADİ-Fiziksel, BYÖ-Bedensel Atıf ile ADİ-Bilişsel arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalara uygulanan ADİ ile BYÖ korelasyon analizi Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Anksiyete duyarlılığı ile belirti yorumlama şekli korelasyon analizi

	ADİ- Fizik.	ADİ-Sosyal	ADİ-Biliş.	BYÖ-Ruhs.	BYÖ-Bed.	BYÖ-Norm
ADİ- Fizik.	1					
ADİ-Sosyal	r= ,325* p=,018	1				
ADİ-Biliş.	r= ,479** p= ,000	r= ,410** p= ,002	1			
BYÖ-Ruhs.	r= ,304* p= ,027	r= ,551** p= ,000	r= ,339* p= ,013	1		
BYÖ-Bed.	r= ,618** p= ,000	r= ,185 p= ,185	r= ,570** p= ,000	r= ,351** p= ,010	1	
BYÖ-Norm	r= ,117 p= ,405	r= ,195 p= ,163	r= ,227 p= ,102	r= ,475** p= ,000	r= ,366** p= ,007	1

4.5. Klinik Ölçekler ile Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonu

Pearson korelasyon analizine göre BYÖ- Ruhsal Atıf ile BBIÖ arasında, ADİ- Fiziksel ile BBIÖ arasında, ADİ- Bilişsel ile ADDÖ arasında, ADİ- Bilişsel ile BBIÖ arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BYÖ- Normalleştirilen Atıf ile BBIÖ, ADİ- Fiziksel ile ADDÖ arasında Pearson Korelasyon analizine göre, düşük seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalara uygulanan klinik ölçekler ile farklı içgörü ölçeklerinin korelasyon analizi Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Klinik ölçekler ile farklı içgörü ölçeklerinin korelasyon analizi

	BİDÖ	İÜBDÖ	ADDÖ	BBIÖ
BYÖ- Ruhsal	p= ,480 r= -,099	p= ,431 r= ,110	p= ,964 r= ,006	p= ,011 r= ,347*
BYÖ-Bedensel	p= ,684 r= ,057	p= ,976 r= ,004	p= ,143 r= ,204	p= ,073 r= ,248
BYÖ- Normalleştirilen	p= ,541 r= -,086	p= ,697 r= ,055	p= ,949 r= -,009	p= ,026 r= ,305*
ADİ-Fiziksel	p= ,947 r= ,009	p= ,635 r= ,067	p= ,046 r= ,276*	p= ,001 r= ,447**
ADİ-Sosyal	p= ,565 r= -,081	p= ,229 r= ,168	p= ,906 r= -,017	p= ,063 r= ,257
ADİ-Bilişsel	p= ,402 r= ,117	p= ,214 r= ,173	p= ,005 r= ,381**	p= ,000 r= ,467**

4.6. İçgörü Ölçeklerinin Birbirleriyle Korelasyonu

Pearson korelasyon analizine göre BİDÖ ile ADDÖ arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunurken; BİDÖ ile İÜBDÖ arasında orta seviyede, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İÜBDÖ ile ADDÖ, BBIÖ ile ADDÖ, BBIÖ ile İÜBDÖ ve BİDÖ ile BBIÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastalara uygulanan farklı içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi Tablo 4.6.1'de verilmiştir.

Tablo 4.6.1. Farklı içgörü ölçeklerinin birbiriyle korelasyon analizi

	ADDÖ	İÜBDÖ	BBIÖ	BİDÖ
ADDÖ	1			
İÜBDÖ	p= ,131 r= -,210	1		
BBIÖ	p= ,072 r= ,249	p= ,253 r= ,160	1	
BİDÖ	p= ,002 r= ,413**	p= ,000 r= -,475**	p= ,230 r= -,168	1

Hastalara uygulanan tüm ölçeklerin birbirleriyle korelasyon analizi Tablo 4.6.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.6.2. Kullandığımız tüm ölçeklerin birbirleriyle korelasyon analizi

	PBŞÖ	BİDÖ	İÜBDÖ	ADDÖ	BBİÖ	ADİ Fiz.	ADİ Sos.	ADİ-Biliş.	BYÖ-Ruh.	BYÖ-Bed.	BYÖ-Nor..
PBŞÖ	1										
BİDÖ	r=,428* * p=0,001	1									
İÜBDÖ	r= -0,16 p=0,252	r= - ,475* * p= ,000	1								
ADDÖ	r=,523* * p=0	r= ,413* * p= ,002	r= - ,210 p= ,131	1							
BBİÖ	r=0,152 p=0,279	r= - ,168 p= ,230	r= ,160 p= ,253	r= ,249 p= ,072	1						
ADİ-Fiziksel	r=,444* * p=0,001	r= ,009 p= ,947	r= ,067 p= ,635	r= ,276* * p= ,046	r= ,447* * p= ,001	1					
ADİ-Sosyal	r=0,055 p=0,697	r= - ,081 p= ,565	r= ,168 p= ,229	r= - ,017 p= ,906	r= ,257 p= ,063	r= ,325* p= ,018	1				
ADİ-Bilişsel	r=,421** p=0,002	r= ,117 p= ,402	r= ,173 p= ,214	r= ,381** p= ,005	r= ,467** p= ,000	r= ,479** p= ,000	r= ,410* * p= ,002	1			
BYÖ-Ruhsal	r=0,231 p=0,097	r= - ,099 p= ,480	r= ,110 p= ,431	r= ,006 p= ,964	r= ,347* p= ,011	r= ,304* p= ,027	r= ,551* * p= ,000	r= ,339* p= ,013	1		
BYÖ-Bedensel	r=,459* * p=0,001	r= ,057 p= ,684	r= ,004 p= ,976	r= ,204 p= ,964	r= ,248 p= ,073	r= ,618** p= ,000	r= ,185 p= ,185	r= ,570* * p= ,000	r= ,351* * p= ,010	1	
BYÖ-Normalleştirilen	r=0,094 p=0,503	r= - ,086 p= ,541	r= ,055 p= ,697	r= - ,009 p= ,949	r= ,305* p= ,026	r= ,117 p= ,405	r= ,195 p= ,163	r= ,227 p= ,102	r= ,475* * p= ,000	r= ,366* * p= ,007	1

4.7. Çoklu Lineer Regresyon Analizi

PBŞÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri, ADİ ve BYÖ puanları bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizinde; ADDÖ, BYÖ-Bedensel ve BİDÖ'nin Panik Bozukluğu şiddetini pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. ADDÖ puanları tek başına, panik bozukluğu şiddetindeki

değişimin %25,9'unu açıklamaktadır (ADDÖ: B=1,737, Std Beta=0,448). ADDÖ ve BYÖ-Bedensel puanları birlikte panik bozukluğu şiddetindeki değişimin %37,9'unu açıklamaktadır (BYÖ-Bedensel: B=0,178, Std Beta=0,367). Panik bozukluğu şiddetindeki değişimin %43'ü ADDÖ, BYÖ-Bedensel ve BİDÖ tarafından açıklanmaktadır (BİDÖ: B=0,490, Std Beta=0,268). Çoklu lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.7.1'de verilmiştir.

Tablo 4.7.1. PBŞÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçekleri, ADİ ve BYÖ puanları bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi

Change Statistics									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	Df2	Sig. F Change
1	,523	,274	,259	4,71903	,274	19,208	1	51	,000
2	,635	,403	,379	4,32135	,129	10,819	1	50	,002
3	,680	,463	,430	4,14122	,060	5,444	1	49	,024

(1:ADDÖ) (2: ADDÖ+ BYÖ-Bedensel) (3: ADDÖ+ BYÖ_Bedensel+ BİDÖ)

PBŞÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçek puanları bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizinde; ADDÖ ve BİDÖ'nin Panik Bozukluğu şiddetini pozitif yönde ve anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. ADDÖ puanları tek başına, panik bozukluğu şiddetindeki değişimin %25,9'unu açıklamaktadır (ADDÖ: B=1,617, Std Beta=0,493). BİDÖ puanları tek başına, panik bozukluğu şiddetindeki değişimin %4,2'sini açıklamaktadır (BİDÖ: B=0,468, Std Beta=0,232). Çoklu lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.7.2'de verilmiştir.

Tablo 4.7.2. PBŞÖ puanları bağımlı değişken; içgörü ölçek puanları bağımsız değişken alınarak uygulanan çoklu lineer regresyon analizi

Change Statistics									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	Df2	Sig. F Change
1	0,523	0,274	0,259	4,71903	0,274	19,208	1	51	0
2	0,573	0,328	0,301	4,58377	0,054	4,054	1	50	0,049

(1:ADDÖ) (2: ADDÖ+ BİDÖ)

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Psikiyatrideki en tartışmalı konulardan biri olan içgörü kavramının kapsamı ve sınırları kesinleştirilememiş olmasına rağmen, içgörü kavramı seçeceğimiz tedaviden prognoz ile ilgili akıl yürütmemize kadar birçok alanda muayenemizin kıymetli bir parçası olmaya devam etmektedir.

Literatürde öncelikle psikotik bozukluklar için çalışılan içgörü kavramı, sonrasında OKB, BDB, yemek bozukluğu gibi hastalıklarda da çalışılmaya başlanmıştır. Panik bozukluğunda içgörü kavramı ise tek bir çalışmada ele alınmıştır.

Bu çalışmadaki temel amacımız PB hastalarında içgörü ölçeklerinin birbirleriyle ilişkisini, anksiyete duyarlılık düzeyi ve belirti yorumlama şeklinin içgörü düzeyiyle ilişkisini, içgörü düzeyi ile diğer klinik özelliklerin hastalık şiddetini ne kadar predikte ettiğini inceleyerek literatüre katkı sağlamaktır.

5.1. Sosyodemografik- Klinik Veriler ile Hastalık Şiddeti ve İçgörü

PB epidemiyolojik verilerine uygun olarak, çalışmamızda örneklemimiz ağırlıklı olarak kadın hastalardan oluşmakta (Sadock ve ark., 2016), hastaların çoğunluğu şehirde yaşamakta (Öztürk ve Uluşahin, 2015) ve hastalık başlangıç yaşları oldukça geniş bir aralıktadır. Farklı olarak ise hastaların yaş ortalaması (Burke ve ark., 1990) ve evli olan hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Bu çalışmada panik bozukluk şiddet skorunun, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Kadın cinsiyetin PB belirtilerini daha yoğun yaşadığı ve hastalık gidişatının daha kötü olduğunu belirten çalışmalar da vardır. (Clayton ve ark., 2006). Hastalık şiddetinin, 6 aylık remisyon süresi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur. Remisyon süresi üzerinde hastalık şiddetinin öngördüren bir faktör olmadığını belirten yayınlar da mevcuttur (Katschnig ve Amering, 1998).

Çalışmamızda hastaların %83,01'inin dolaşım ve solunum sistemlerine özgü şikayet tariflemesi, panik bozukluğunda kardiyorespiratuar semptoma yönelik korkuların belirgin olduğunu ifade eden literatür ile uyumludur (Blais ve ark., 2001). Son bir ay

içinde acile başvurma sıklığı değişkenine göre, içgörü düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Hastalık süresi uzadıkça acile başvurma sıklığı azaldığı için, son ay içindeki acil başvurusu sıklığının istatistiksel bir farka neden olamayabileceğini düşünüyoruz.

Son bir ay içinde acile başvurma sıklığı değişkenine göre, panik bozukluğu şiddetinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. PBŞÖ; panik atak sıklığı, atak esnasında zorlanma düzeyi, beklenti anksiyetesi, agorafobi, panik atakla ilişkili duyumlardan kaçınma, çalışma ve toplumsal işlevsellikte bozulma düzeyine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. PBŞÖ’nde, acile başvurma motivasyonu olan semptomların katastrofik yorumlanması ile ilgili bir madde olmadığı için, hastalık şiddeti ve acil başvurusu arasında istatistiksel bir fark saptanmadığını düşünüyoruz.

Araştırmacı tarafından belirlenen içgörü var ya da yok belirtecinin; cinsiyet, eğitim düzeyi ve hastalık süresi değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği saptanmıştır. Farklı içgörü ölçek puanlarının da; hastaların cinsiyet, medeni durum ve psikoterapi değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde bu verileri karşılaştırabileceğimiz bir çalışma bulunmamaktadır. BDT tedavisini tamamlayan hastaların, 12 aylık izleminde nüks oranının % 0-14 arasında tespit edilmesi, psikoterapi değişkenine göre içgörü düzeyinde anlamlı fark olmamasını açıklayabilir (Van Dis ve ark., 2019).

Çalışmamızın bulgularını genel olarak değerlendirdiğimizde, sosyodemografik ve klinik değişkenlerin panik bozukluk şiddeti (PBŞÖ) ve içgörü ölçüm araçları olan BİDÖ, İÜBDÖ, ADDÖ, BBİÖ ile anlamlı ilişkilerinin olmadığını söyleyebiliriz.

5.2. Semptom Şiddeti ve Anksiyete Duyarlılığı

Yüksek anksiyete duyarlılığı, panik atak gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (McNally,2002; Plehn K ve Peterson RA,2002). Panik bozukluğu veya diğer anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalara ADİ uygulandığında, ADİ-Fiziksel alt kategorisinde PB hastalarının daha yüksek puan aldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Kemper ve ark., 2012). Carleton ve arkadaşlarının, ADİ (3 alt başlık şeklinde) ile PBŞÖ’nin (Ölçeğe dahil edilen sorular: 2.,3.,4.,5. sorular) ilişkisini inceledikleri çalışmada ADİ-Fiziksel ile PBŞÖ’nin dahil edilen tüm soruları arasında

anlamalı bir ilişki tespit edilmiştir. ADİ-Sosyal ve ADİ-Bilişsel alt başlıkları ile PBŞÖ'nin 3.,4.,5. soruları arasında anlamalı bir ilişki tespit edilmiştir (Carleton ve ark., 2013). Biz de çalışmamızda fiziksel ve bilişsel anksiyete duyarlılığı arttığında PB hastalık şiddetinin arttığını tespit ettik. Farklı olarak ise sosyal anksiyete duyarlılığı ile PB şiddet skoru arasında anlamalı bir ilişki bulunmamıştır. Carleton ve arkadaşlarından farklı sonuç elde etmemizin nedenlerinden biri PBŞÖ'nin tüm sorularının ortalamasını alarak korelasyon analizi yapmamız olabilir. Panik bozukluğu olan kişilerde yüksek anksiyete duyarlılığı içeriğinin sağlık kaygısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Karapınar ve ark., 2011; Otto ve ark.,1992). Anksiyete içeriğinin fiziksel ya da zihinsel hastalık kaygısıyla ilişkilendirilmiş olması, neden ADİ-Sosyal ile hastalık şiddetinin ilişkili olmadığını açıklayabilir.

Bulgularımızı genel olarak değerlendirdiğimizde, fiziksel ve bilişsel anksiyete duyarlılığı yüksek olan PB hastalarının, panik bozukluğu daha şiddetli yaşadığını söyleyebiliriz.

5.3. Semptom Şiddeti ve Belirti Yorumlama Şekli

Panik bozukluğu şiddeti ile belirtileri normalleştiren yorumlama ilişkisinin anlamalı olmadığını tespit etmemiz, PB hastalarında bilişsel tuzaklardan felaketleştirmeye yatkın olduklarını belirten çalışmaları desteklemektedir (Clark ve ark.,1997). Fibromiyalji hastaları ile yapılan çalışmada, belirtileri normalize eden bireylerin tedavi arayışının düşük olması gibi, örneklemimizin polikliniğe başvuran PB hastalarından oluşması da verimizi açıklar niteliktedir (Güleç, 2007).

Hastaların belirtileri bedensel yorumlama eğiliminde olduklarında PB şiddetinin de arttığını ve BYÖ- Bedensel değişkeninin, PB şiddetini tek başına %14 oranında açıklayabildiğini tespit ettik. Ruhsal yorumlama eğilimi ile hastalık şiddeti arasında ise anlamalı bir ilişki olmadığını tespit ettik.

Bu bulgular ışığında, belirtilerini bedensel yorumlama eğiliminde olan PB hastalarının, panik bozukluğu daha şiddetli yaşadığını söyleyebiliriz.

5.4. Anksiyete Duyarlılığı ve Belirti Yorumlama Şekli

Belirtileri ruhsal atıflarla açıklamaya eğilimli PB hastalarının, tüm alanlarda (fiziksel, sosyal, bilişsel) anksiyete duyarlılığının arttığı tespit edilmiştir.

Belirtileri bedensel atıflarla açıklamaya eğilimli PB hastalarının, fiziksel ve bilişsel alanlarda anksiyete duyarlılığının arttığı görülmüştür. Bu bulgumuzu Tablo 4.3. (Hastalık şiddeti ile BYÖ-Bedensel Atıf, ADİ-Fiziksel ve ADİ-Bilişsel alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.) ile beraber değerlendirdiğimizde fiziksel duyuları bedensel atıflarla açıklamaya eğilimli PB hastalarının, fiziksel ve bilişsel alanlarda anksiyeteye daha duyarlı olduklarını ve hastalığı daha şiddetli yaşadıklarını söyleyebiliriz. Literatürde ise PB hastalarında, ADİ ve BYÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

5.5. Semptom Şiddeti ve İçgörü

Literatürde panik bozukluğu hastalarında, farklı içgörü ölçekleri ile hastalık şiddetinin karşılaştırıldığı bir çalışma henüz yoktur. Farklı psikiyatrik tanılar için yaptığımız incelemede, şizofreni için hastalık şiddeti arttığında klinik içgörünün azaldığını belirten meta analiz çalışmaları mevcuttur (Mintz ve ark., 2003). Bazı araştırmacılar ise hastalık şiddeti azaldığında, uyum sağlama becerilerinin arttığını ve hastaların hastalığıyla ilişkili bilgilendirmeye göre davrandıklarını, bunun içgörü tam olarak değerlendirilemeyeceğini belirtmiştir (Aslan S, 2010). OKB hastalarında hastalık şiddeti ile içgörü ilişkisini inceleyen çalışmaların sonuçları da heterojendir. Semptom şiddeti ile içgörü arasında anlamlı ilişki olmadığını belirten çalışmaların (Marazziti ve ark., 2002; Shimshoni ve ark., 2011) yanı sıra, semptom şiddetinin zayıf içgörü ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar da (Guillen-Font ve ark., 2021; Ottoni ve ark., 2022) vardır.

ADDÖ ve BİDÖ, hastalığa ilişkin temel inanç üzerinden hastanın içgörüsünü değerlendirmektedir. Çalışmamızın verilerinde, ADDÖ ve BİDÖ puanlarının yükseldiğinde (içgörü azaldığında) PB hastalık şiddetinin arttığı görülmüştür. ADDÖ puanları tek başına PB şiddetindeki değişimin %25'ini, BİDÖ puanları tek başına PB şiddetindeki değişimin %6'sını açıklamaktadır. ADDÖ ile BİDÖ skorlarının, araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir. ADDÖ ve BİDÖ puanları arttığında hastalık şiddetinin artması, semptomların yorumlanmasında nesnellikten uzaklaşma ve inançların sabitliğine yatkınlık anlamına gelerek, Clark'ın bilişsel teorisini desteklemektedir (Clark, 1988).

İÜBDÖ ise hastalığın varlığı, tedavi ihtiyacı ve semptom farkındalığı üzerinden içgörüyü değerlendirmektedir. Hastalık şiddeti ile İÜBDÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Örneklemimizin tedavi talebi ile polikliniğe başvuran hastalardan oluşması nedeniyle bu veriyi açıklayabiliriz. İÜBDÖ skorunun, araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir.

Diğer içgörü ölçüm araçlarından olan BBİÖ ile hastalık şiddeti arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde hastalık şiddeti ile BBİÖ'nin korele olmadığı çalışmalardan biri de Shimshoni ve arkadaşlarının yaptığı, obsesyon şiddeti ve BBİÖ ölçeğinin karşılaştırıldığı çalışmadır. Araştırmacılar bu sonucun, BBİÖ'nin obsesyona yönelik değil (semptoma yönelik değil), düşünce sürecine ilişkin içgörüyü değerlendirmesiyle ilgili olabileceğini belirtmişlerdir (Shimshoni ve ark., 2011). BBİÖ skorunun, araştırmacı tarafından içgörünün kategorik değerlendirilmesi üzerinde anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir.

5.6. Anksiyete Duyarlılığı ve İçgörü

Çalışmamızda kullandığımız içgörü ölçüm araçlarından BİDÖ ve İÜBDÖ ile ADİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fiziksel ve bilişsel alanlarda anksiyete duyarlılığı artan PB hastalarının, ADDÖ skorlarının yükseldiği (içgörü düzeyleri azaldığı); BBİÖ skorlarının da yükseldiği (içgörü düzeylerinin arttığı) tespit edilmiştir. Literatürde, PB hastalarında bu ölçeklerin karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu bulgular ışığında, anksiyete duyarlılığı ile içgörü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmediğini söyleyebiliriz.

5.7. Belirti Yorumlama Şekli ve İçgörü

BYÖ ile ADDÖ, İÜBDÖ, BİDÖ arasında ilişki saptanmamıştır. Belirtilerini ruhsal veya normalleştiren atıflarla açıklama eğiliminde olan PB hastalarının, BBİÖ skorlarının da yükseldiği (içgörü düzeylerinin arttığı) tespit edilmiştir. Literatürde, PB hastalarında bu ölçeklerin ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızdaki verileri incelediğimizde, belirti yorumlama şekli ile içgörü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmediğini söyleyebiliriz.

5.8. Farklı İçgörü Ölçeklerinin Korelasyonları

Çalışmamızda BBİÖ ile diğer içgörü ölçekleri (İÜBDÖ, BİDÖ, ADDÖ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. BİDÖ ile İÜBDÖ arasında, BİDÖ ile ADDÖ arasında ise anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Bu veriyi karşılaştırabileceğimiz PB hastalarının dahil edildiği bir araştırma bulunmamaktadır. OKB hastalarına BİDÖ, ADDÖ ve BBİÖ'nin uygulandığı çalışmada, BBİÖ ile diğer iki ölçek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. BİDÖ ve ADDÖ arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Shimshoni ve ark., 2011). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumludur. BBİÖ'nin diğer içgörü ölçekleri ile korele bulunduğu çalışmalar da vardır. Şizofreni hastalarının dahil edildiği bir çalışmada BBİÖ ile İÜBDÖ'nin korele olduğu (Aslan ve ark. 2005); OKB ve Şizofreni hastalarının dahil edildiği başka bir çalışmada ise BBİÖ ile BİDÖ'nin korele olduğu (Özcan ve ark.,2013) belirtilmiştir. İçgörü ölçeklerinin karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise OKB hastalarına BİDÖ, ADDÖ ve AHIÖ uygulanmış ve tüm ölçeklerin birbiri ile anlamlı ilişkilerinin olduğu belirtilmiştir (Guillén-Font ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda AHIÖ dahil edilmemiştir, BİDÖ ile ADDÖ arasında anlamlı ilişki olması ise verilerimizle uyumludur.

BBİÖ, hastanın akıl yürütme şeklinin farkında olup olmadığını değerlendirir. BİDÖ ve ADDÖ, temel inancının gerçeklikle olan ilişkisini inceler. İÜBDÖ ise psikiyatrik hastalığı tanıma, semptomların olağandışı olduğunu bilme ve tedaviye uyum alt başlıkları ile klinik içgörüyü değerlendirir. BBİÖ'nin kullandığımız diğer içgörü ölçeklerinden hiçbiri ile korele olmamasının iki nedeni olduğunu düşünüyoruz. İÜBDÖ, BİDÖ, ADDÖ bir semptom üzerinden ya da PB hastalarının bu semptomla ilgili temel inancı üzerinden içgörü düzeyiyle ilgili fikir sahibi olmamızı sağlar. BBİÖ ise semptom ya da semptomla ilgili temel inançları ele almamaktadır, düşünce sürecini ve bilişsel yetersizliklerin ruhsal hastalıkla açıklanma düzeyini inceler. Bir diğer sebep ise ölçekler içinde sadece BBİÖ bir öz bildirim ölçeğidir.

BBİÖ'nin diğer içgörü ölçekleri ve araştırmacı görüşü ile anlamlı ilişkisinin olmaması nedeniyle, panik bozukluğu hastalarının içgörü düzeyiyle ilgili genellenebilir sonuçlar veremeyeceğini öngörüyoruz.

5.9. Panik Bozukluğu Şiddetinin Prediktörleri

Literatürde hastalık şiddeti ile içgörü düzeyinin ilişkisini inceleyen çalışmaların sonuçları oldukça heterojendir. (Guillen-Font ve ark., 2021; Mintz ve ark., 2003; Shimshoni ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda ise PBŞÖ puanını en çok predikte eden ölçekler sırasıyla ADDÖ, BYÖ- Bedensel ve BİDÖ olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında azalmış içgörünün PB hastalık şiddetini artırabileceğini öngörebiliriz.

5.10. Sonuç

Literatürde PB hastalarında içgörü ölçeklerini karşılaştıran, anksiyete duyarlılık düzeyi ve belirti yorumlama şekli gibi klinik özelliklerin içgörü düzeyiyle ilişkisini inceleyen, içgörü düzeyi ile diğer klinik özelliklerin hastalık şiddetini ne kadar predikte ettiğini inceleyen başka bir çalışma olmaması nedeniyle araştırmamızın literatüre önemli bir katkısı olacağını düşünüyoruz.

Çalışmamızın bulgularını genel olarak değerlendirdiğimizde,

- Sosyodemografik ve klinik değişkenlerin, hastalık şiddeti ve içgörü düzeyi ile anlamlı ilişkilerinin olmadığını,
- Hastalık şiddetini en çok predikte eden üç ölçüm aracının sırasıyla ADDÖ; BYÖ-Bedensel Atıf, BİDÖ olduğunu,
- İçgörünün azalmasının hastalık şiddetini artırdığını,
- İçgörü ölçeklerinin kendi aralarında korele olduğu (BBİÖ dışında); ancak hastalık şiddetini predikte etme oranlarının farklı olduğu,
- BBİÖ'nin PB hastalarında içgörü düzeyiyle ilgili genellenebilir sonuçlar veremeyebileceğini,
- Anksiyete duyarlılığı ve belirti yorumlama şeklinin içgörü düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını,
- Fiziksel ve bilişsel anksiyete duyarlılığı arttığında, belirtileri bedensel atıflarla açıklama eğiliminin ve hastalık şiddetinin arttığını söyleyebiliriz.

6.KAYNAKLAR

- Abelson, J. L., Curtis, G. C., & Uhde, T. W. (2005). Twenty-four hour growth hormone secretion in patients with panic disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 30(1), 72-79.
- Akdoğan, R., & Ceyhan, E. (2011). Terapötik ilişkide insan faktörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 117-141.
- Akdoğan, R., & Türküm, A. S. (2014). Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 375-388.
- Amador, X. F., & David A. S. (1998). *Insight and psychosis*, Oxford University Press.
- Amador, X. F., & David, A. S. (Eds.). (2004). *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. *Insight and psychosis*. 2nd ed., Oxford Univ Press., Oxford.
- Amador, X. F., & Strauss, D. H. (1993). Poor insight in schizophrenia. *The Psychiatric quarterly*, 64(4), 305–318.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 17(1), 113-132.
- American Psychiatric Association, & Spitzer, R. L. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American psychiatric association, Washington DC.
- American Psychiatric Association. (1987). *American psychiatric association: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed., Arlington.
- American Psychiatric Association. (1994). *American psychiatric association: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., Arlington.
- American Psychiatric Association. (2013). *American psychiatric association: diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Arlington.
- Aslan, S., & Altınoç, A. E. (2010). İçgörü kavramı ve şizofreni. *RCHP*, 4(1-2), 23-32.
- ASLAN, S., Karakılıç, H., Işıklı, S., COŞAR, B., & Işık, E. (2001). İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri*, 3(1).
- Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., & Karakaş, G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 186-196.
- Beck, A. T. (1979). *Depressogenic assumptions*.(Eds.) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press 244, 71.

- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2-3), 319-329.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Cognitive structures and anxiogenic rules. *Anxiety disorders and phobias*, 54-66.
- Bell, C. J., & Nutt, D. J. (1998). Serotonin and panic. *The British Journal of Psychiatry*, 172(6), 465-471.
- Belvederi Murri, M., & Amore, M. (2019). The multiple dimensions of insight in schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 45(2), 277-283.
- Blais, M. A., Otto, M. W., Zucker, B. G., McNally, R. J., Schmidt, N. B., Fava, M., & Pollack, M. H. (2001). The anxiety sensitivity index: item analysis and suggestions for refinement. *Journal of personality assessment*, 77(2), 272-294.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer-Verlag.
- Boyden S. (2005). Psychologist bereavement and self-disclosure: impact on the therapeutic process. California Institute Of Integral Studies. Doctoral Thesis, California.
- Brown, R. (1973). Schizophrenia, language, and reality. *American Psychologist*, 28(5), 395.
- Budak, S. (2005). Psikoloji terimleri sözlüğü. 3. Baskı, Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of general psychiatry*, 47(6), 511-518.
- 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(3), 234.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G. & Hotopf, M. (2005). Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 187(4), 379-385.
- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 328-341.
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(3), 169-173.
- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V., & Maj, M. (2010). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 323-330.

- Charney, D. S., Heninger, G. R., & Breier, A. (1984). Noradrenergic function in panic anxiety: effects of yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of general psychiatry*, 41(8), 751-763.
- Clark, D. M. (2013) A cognitive model of panic. In (1988). Rachman, S., & Maser, J. D. *Panic: psychological perspectives*. Routledge.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Öst, L. G., Breitholtz, E., Koehler, K. A., Westling, B. E., & Gelder, M. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(2), 203.
- Clayton, A. H., Stewart, R. S., Fayyad, R., & Clary, C. M. (2006). Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Archives of women's mental health*, 9, 151-157.
- Cooke, M. A., Peters, E. R., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 4-17.
- Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks.
- Cortese, B. M., & Phan, K. L. (2005). The role of glutamate in anxiety and related disorders. *CNS spectrums*, 10(10), 820-830.
- Cox, B. J., Borger, S. C., & Enns, M. W. (1999). Anxiety sensitivity and emotional disorders: Psychometric studies and their theoretical implications. *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*, 115-148.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Taylor, S., Fuentes, K., & Ross, L. M. (1999). Anxiety sensitivity and the five-factor model of personality. *Behaviour Research and Therapy*, 37(7), 633-641.
- Cuesta, M. J., & Peralta, V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 359-366.
- Cutting, J. (1985). The psychology of schizophrenia. *Brit J Psychiat*.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 156, 798-808.
- Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N., & Kapczinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 110(1-2), 75-83.
- Dunn, A. J., Swiergiel, A. H., & Palamarchouk, V. (2004). Brain circuits involved in corticotropin-releasing factor-norepinephrine interactions during stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1018(1), 25-34.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U., & Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *The American journal of psychiatry*, 151(3), 413-420.

- Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 164.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 102-108.
- Engel, K., Bandelow, B., Gruber, O., & Wedekind, D. (2009). Neuroimaging in anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 116, 703-716.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 90-96.
- Freeman, D., Pugh, K., & Garety, P. (2008). Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population. *Schizophrenia research*, 102(1-3), 254-260.
- Freud, S. (1959). The neuropsychoses of defence. In: Strachey J, eds. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 3rd ed., Hogarth Press., London, p:45-61
- Freud, S. (1964). The dissection of the psychical personality. *Standard Ed.*, p:57-80.
- Freud, S. (1933). The dissection of the psychical personality. *Se*, 22, 57-80.
- Fyer, A. J., Hamilton, S. P., Durner, M., Haghighi, F., Heiman, G. A., Costa, R., & Knowles, J. A. (2006). A third-pass genome scan in panic disorder: evidence for multiple susceptibility loci. *Biological psychiatry*, 60(4), 388-401.
- Gander, M. J., Gardiner, H. W., Onur, B., & Dönmez, A. (1993). Çocuk ve ergen gelişimi. *İmge kitabevi*.
- Gardiner, H. W., Gander, M. J. (1993). Çocuk ve ergen gelişimi Çeviren: Dönmez, A., Onur, B. *İmge Kitapevi*, Ankara.
- Gerretsen, P., Plitman, E., Rajji, T. K., & Graff-Guerrero, A. (2014). The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(11), 1145-1161.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E., & Goodwin, F. K. (2000). Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(3), 167-171.
- Ghaemi, S. N., Hebben, N., Stoll, A. L., & Pope Jr, H. G. (1996). Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report. *Psychiatry Research*, 65(2), 113-120.
- Goddard, A. W., Mason, G. F., Appel, M., Rothman, D. L., Gueorguieva, R., Behar, K. L., & Krystal, J. H. (2004). Impaired GABA neuronal response to acute benzodiazepine administration in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2186-2193.
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M., & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 493-505.

- Gorwood, P., Duriez, P., Lengvenyte, A., Guillaume, S., & Criquillion, S. (2019). Clinical insight in anorexia nervosa: Associated and predictive factors. *Psychiatry research*, 281, 112561.
- Graeff, F. G., Garcia-Leal, C., Del-Ben, C. M., & Guimarães, F. S. (2005). Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis?. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 77, 477-491.
- Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B., & Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 245-252.
- Guillén-Font, M. A., Cervera, M., Puigoriol, E., Foguet-Boreu, Q., Arrufat, F. X., & Serra-Millàs, M. (2021). Insight in obsessive-compulsive disorder: relationship with sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(6), 427.
- Güleç, C., & Köroğlu, E. (1997). *Panik bozukluğu. Temel psikiyatri kitabı*, 1. Cilt, Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Güleç, H. (2007). Tedavi arayışı olmayan semptomatik fibromiyaljili kişilerde normalize atıf yapma tarzı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 86-92.
- Halaj, A., & Huppert, J. D. (2022). Insight in nonpsychotic disorders: A new model of insight and a systematic review of measures. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(1), 28-38.
- Halaj, A., Strauss, A. Y., Zalaznik, D., Fradkin, I., Zlotnick, E., Andersson, G., & Huppert, J. D. (2023). Examining the relationship between cognitive factors and insight in panic disorder before and during treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-16.
- Helton, D. R., Tizzano, J. P., Monn, J. A., Schoepp, D. D., & Kallman, M. J. (1998). Anxiolytic and side-effect profile of LY354740: a potent, highly selective, orally active agonist for group II metabotropic glutamate receptors. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 284(2), 651-660.
- Hersen, M., & Sturmey, P. (2012). *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, child and adolescent disorders*.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 182-189.
- Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical psychology review*, 81, 101894.
- Huppert, J.D. (2022). Panic disorder. In: Asmundson GJG ,eds. *Comprehensive clinical psychology*. 2nd ed., Elsevier, p:320–335.
- Huq, S. F., Garety, P. A., & Hemsley, D. R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, 40(4), 801-812.

- Jaspers, K. (1968). *Allgemeine psychopathologie* Translators: Hoenig J, Hamilton M. Appendix. General psychopathology. The University of Chicago Press., Chicago.
- Kao, Y. C., & Liu, Y. P. (2010). Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 557-565.
- Karapınar, Ö. K., Aslan, S., & Utku, Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 43-51.
- Kaschka, W., Feistel, H., & Ebert, D. (1995). Reduced benzodiazepine receptor binding in panic disorders measured by iomazenil SPECT. *Journal of psychiatric research*, 29(5), 427-434.
- Katerndahl, D. A., & Realini, J. P. (1999). Relationship between substance abuse and panic attacks. *Addictive Behaviors*, 24(5), 731-736.
- Katon, W. (1984). Panic disorder and somatization: Review of 55 cases. *The American Journal of Medicine*, 77(1), 101-106.
- Katschnig, H., & Amering, M. (1998). The long-term course of panic disorder and its predictors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(6), 6S-11S.
- Keck, M. E., Kern, N., Erhardt, A., Unschuld, P. G., Ising, M., Salyakina, D., & Binder, E. B. (2008). Combined effects of exonic polymorphisms in CRHR1 and AVPR1B genes in a case/control study for panic disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 147(7), 1196-1204.
- Keller, M. B., Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Pratt, L. A., Gollan, J. K., Massion, A. O., & Lavori, P. W. (1994). Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*, 182(5), 290-296.
- Kemper, C. J., Lutz, J., Bähr, T., Rüddel, H., & Hock, M. (2012). Construct validity of the anxiety sensitivity index-3 in clinical samples. *Assessment*, 19(1), 89-100.
- Kent, J. M., Mathew, S. J., & Gorman, J. M. (2002). Molecular targets in the treatment of anxiety. *Biological psychiatry*, 52(10), 1008-1030.
- Keshavan, M. S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P. D., & Schooler, N. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 70(2-3), 187-194.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kikuchi, M., Komuro, R., Oka, H., Kidani, T., Hanaoka, A., & Koshino, Y. (2005). Relationship between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(1), 77-81.

- Klein, D. F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5(6), 397-408.
- Knowles, J. A., Fyer, A. J., Vieland, V. J., Weissman, M. M., Hodge, S. E., Heiman, G. A., & Gilliam, T. C. (1998). Results of a genome-wide genetic screen for panic disorder. *American journal of medical genetics*, 81(2), 139-147.
- Koerner, N., Vorstenbosch, V., Antony, M. M. (2012). Panic disorder. In: Sturme, M., Hersen, M., eds. *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology*. 2nd ed., p:285-311.
- Konishi, Y., Tani, H., Otowa, T., Sasaki, T., Motomura, E., Fujita, A., & Okada, M. (2014). Gender-specific association between the COMT Val158Met polymorphism and openness to experience in panic disorder patients. *Neuropsychobiology*, 69(3), 165-174.
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M., & Erkmn, H. (2003). Panik bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam*, 6, 219-22.
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1), 34-43.
- Lee, Y. S., Hwang, J., Kim, S. J., Sung, Y. H., Kim, J., Sim, M. E., & Lyoo, I. K. (2006). Decreased blood flow of temporal regions of the brain in subjects with panic disorder. *Journal of psychiatric research*, 40(6), 528-534.
- Lepine, J. P., & Pelissolo, A. (1999). Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*. London: Martin Dunitz.
- Lepine, J. P., Chignon, J. M., & Teherani, M. (1993). Suicide attempts in patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 144-149.
- Lesch, K. P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S. Z., Greenberg, B. D., Petri, S., & Murphy, D. L. (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274(5292), 1527-1531.
- Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of medical psychology*. 14: 332-348.
- Liu, Y., Sareen, J., Bolton, J., & Wang, J. (2015). Development and validation of a risk-prediction algorithm for the recurrence of panic disorder. *Depression and Anxiety*, 32(5), 341-348.
- Logue, M. W., Vieland, V. J., Goedken, R. J., & Crowe, R. R. (2003). Bayesian analysis of a previously published genome screen for panic disorder reveals new and compelling evidence for linkage to chromosome 7. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 121(1), 95-99.
- Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., & Vohs, J. L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*, 17(1), 12-23.

- Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of anxiety disorders*, 6(3), 241-247.
- Mantar, A. (2008). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. D.E. Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Beyazıt Yemez).
- Marazziti, D., Dell'Oso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry*, 17(7), 407-410.
- Markova, I. S., & Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry revisited. *Comprehensive psychiatry*, 36(5), 367-376.
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E., & Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 549-575.
- McEvoy, J. P., Apperson, L. J., Appelbaum, P. S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K. & Roth, L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 43-47.
- McGlynn, S. M., & Schacter, D. L. (1997). The neuropsychology of insight: Impaired awareness of deficits in a psychiatric context. *Psychiatric Annals*, 27(12), 806-811.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52(10), 938-946.
- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W. Y. C., Canino, G. R. S. M., Rubio-Stipe, M., Wacker, H., & Kupfer, D. J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *The British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 58-67.
- Milrod, B. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Pub. Washington.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A. C., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., & Shear, M. K. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(4), 239.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 61(1), 75-88.
- Monkul, E. S., Tural, Ü., Onur, E., Fidaner, H., Alkın, T., & Shear, M. K. (2004). Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version. *Depression and anxiety*, 20(1), 8-16.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., & O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*, 14(5), 264-269.

- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour research and therapy*, 41(2), 251-256.
- Murdock, N. L. (2012). Theories of counseling and psychotherapy Çeviren: Akkoyun F. Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., & David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 152(1), 191-200.
- Nash, J. R., Sargent, P. A., Rabiner, E. A., Hood, S. D., Argyropoulos, S. V., Potokar, J. P., & Nutt, D. J. (2008). Serotonin 5-HT_{1A} receptor binding in people with panic disorder: positron emission tomography study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(3), 229-234.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 881-902.
- Norton, G. R. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry*, 151(1), 882-887.
- Nutt, D. J., Glue, P., Lawson, C., & Wilson, S. (1990). Flumazenil provocation of panic attacks: evidence for altered benzodiazepine receptor sensitivity in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47(10), 917-925.
- Orfei, M. D., Robinson, R. G., Bria, P., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2008). Unawareness of illness in neuropsychiatric disorders: phenomenological certainty versus etiopathogenic vagueness. *The Neuroscientist*, 14(2), 203-222.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., & Rosenbaum, J. F. (1992). Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(2), 93-104.
- Otoni, R., Pellegrini, C., Mora, L., Marchesi, C., & Tonna, M. (2023). Psychopathology of insight in obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*, 42(17), 14760-14768.
- Owen, G. S., David, A. S., Richardson, G., Szukler, G., Hayward, P., & Hotopf, M. (2009). Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric in-patients: a cross-sectional study. *Psychological medicine*, 39(8), 1389-1398.
- Ozkan, M., & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity?. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 20-26.
- Özcan, T., Kuru, E., Şafak, Y., Karadere, M. E., Yavuz, F. K., & Türkçapar, M. H. (2013). Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2015) Panik bozukluğu. ruh sağlığı ve bozuklukları. 13. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:264.

- Perna, G., Cocchi, S., Bertani, A., Arancio, C., & Bellodi, L. (1995). Sensitivity to 35% CO₂ in healthy first-degree relatives of patients with panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(4), 623-625.
- Pfleiderer, B., Zinkirciran, S., Arolt, V., Heindel, W., Deckert, J., & Domschke, K. (2007). fMRI amygdala activation during a spontaneous panic attack in a patient with panic disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(4), 269-272.
- Plehn, K., & Peterson, R. A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. *Journal of anxiety disorders*, 16(4), 455-474.
- Pollack, M. H., & Smoller, J. W. (1995). The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(4), 785-801.
- Pyne, J. M., Bean, D., & Sullivan, G. (2001). Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(3), 146-153.
- Quebbeman, A. J., & Rozell, E. J. (2002). Emotional intelligence and dispositional affectivity as moderators of workplace aggression: The impact on behavior choice. *Human Resource Management Review*, 12(1), 125-143.
- Reddy, M. S. (2015). Insight and psychosis. *Indian journal of psychological medicine*, 37(3), 257-260.
- Reiss, S., McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, eds. *Theoretical issues in behavior therapy*. Academic Press, San Diego, s: 107–121.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical psychology review*, 11(2), 141-153.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological medicine*, 21(4), 1029-1045.
- Robins L. N., Regier D. A. (1991). *Psychiatric disorder in america*. Free Press, New York.
- Roe, D., & Kravetz, S. (2003). Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(7), 417-424.
- Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (2002). Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. *A guide to treatments that work*, 337, 365.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *The Lancet*, 368(9540), 1023-1032.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., & Sherbourne, C. D. (1999). Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(7), 13763.

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2016). Kaplan& Sadock. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciensis/ Clinical Psychiatry Çeviren: Bozkurt A. Kaplan& Sadock Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri. 11.basım, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, s:392-398.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. Archives of General psychiatry, 46(2), 157-162.
- Saravanan, B., Jacob, K. S., Prince, M., Bhugra, D., & David, A. S. (2004). Culture and insight revisited. The British Journal of Psychiatry, 184(2), 107-109.
- Sayar, K., Güleç, H., Ak, İ. (2001). Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı. İstanbul, p:130.
- Scheibe, G., & Albus, M. (1994). Prospective follow-up study lasting 2 years in patients with panic disorder with and without depressive disorders. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 244, 39-44.
- Scherrer, J. F., True, W. R., Xian, H., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., & Tsuang, M. T. (2000). Evidence for genetic influences common and specific to symptoms of generalized anxiety and panic. Journal of affective disorders, 57(1-3), 25-35.
- Schmidt, NB. (1999). Prospective evaluations of anxiety sensitivity. In: Taylor S, eds. Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety. Mahwah, NJ: Erlbaum, p:217–235.
- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2006). Cognitive vulnerability to panic disorder. Cognitive vulnerability to emotional disorders, 207-234.
- Schwartz, R. C., & Smith, S. D. (2004). Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. Journal of psychiatric research, 38(2), 185-191.
- Shad, M. U., Muddasani, S., & Keshavan, M. S. (2006). Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia—a pilot study. Psychiatry Research: Neuroimaging, 146(1), 35-42.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. American journal of psychiatry, 154(11), 1571-1575.
- Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., & Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. The American journal of psychiatry, 150(6), 859-866.
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., & Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. Journal of psychiatric research, 35(5), 293-296.
- Shih, R. A., Belmonte, P. L., & Zandi, P. P. (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. International review of psychiatry, 16(4), 260-283.

- Shimshoni, Y. A., Reuven, O., Dar, R., & Hermesh, H. (2011). Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 389-396.
- Smits, J. A., Powers, M. B., Cho, Y., & Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 646.
- Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E., Covino, J. (2008). The genetic basis of panic and phobic anxiety disorders. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 148:118–126
- Sonstegard, M. A. (1998). The theory and practice of Adlerian group counseling and psychotherapy. *Individual Psychology*, 54(2), 217.
- Tadic, A., Rujescu, D., Szegedi, A., Giegling, I., Singer, P., Möller, H. J., & Dahmen, N. (2003). Association of a MAOA gene variant with generalized anxiety disorder, but not with panic disorder or major depression. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 117(1), 1-6.
- Takai, A., Uematsu, M., Ueki, H., & Sone, K. (1992). Insight and its related factors in chronic schizophrenic patients: A preliminary study. *The European journal of psychiatry*, 6:159-70
- Tamam, L. (2009). Panik Bozukluk. *Actual Medicine*, s:32-38
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?. *Journal of anxiety disorders*, 6(3), 249-259.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176.
- Teachman, B. A. (2005). Information processing and anxiety sensitivity: Cognitive vulnerability to panic reflected in interpretation and memory biases. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 479-499.
- Thirioux, B., Harika-Germaneau, G., Langbour, N., & Jaafari, N. (2020). The relation between empathy and insight in psychiatric disorders: phenomenological, etiological, and neuro-functional mechanisms. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 966.
- Tranulis, C., Corin, E., & Kirmayer, L. J. (2008). Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 225-241.
- Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 3:5-13
- Tükel, R., Kora, K., Hekim, N., Oğuz, H., & Alagöl, F. (1999). Thyrotropin stimulating hormone response to thyrotropin releasing hormone in patients with panic disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 24(2), 155-160.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.

- Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö., & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(4), 413-423.
- Üstün, T. B., & Sartorius, N. (Eds.). (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons.
- Van der Werf-Elderling, M. J., Van der Meer, L., Burger, H., Holthausen, E. A., Nolen, W. A., & Aleman, A. (2011). Insight in bipolar disorder: associations with cognitive and emotional processing and illness characteristics. *Bipolar disorders*, 13(4), 343-354.
- Van Dis, E. A., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L., Van Den Heuvel, R. M., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(3), 265-273.
- Van Valkenburg, C., Akiskal, H. S., Puzantian, V., & Rosenthal, T. (1984). Anxious depressions: clinical, family history, and naturalistic outcome—comparisons with panic and major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 6(1), 67-82.
- Vigne, P., de Menezes, G. B., Harrison, B. J., & Fontenelle, L. F. (2014). A study of poor insight in social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 219(3), 556-561.
- Vohs, J. L., Leonhardt, B. L., James, A. V., Francis, M. M., Breier, A., Mehdiyou, N., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognitive reflection and insight therapy for early psychosis: a preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophrenia Research*, 195, 428-433.
- Wang, H., Wong, P. T. H., Spiess, J., & Zhu, Y. Z. (2005). Cholecystokinin-2 (CCK2) receptor-mediated anxiety-like behaviors in rats. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(8), 1361-1373.
- Warshaw, M. G., Massion, A. O., Peterson, L. G., Pratt, L. A., & Keller, M. B. (1995). Suicidal behavior in patients with panic disorder: retrospective and prospective data. *Journal of affective disorders*, 34(3), 235-247.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wen, L., Zinbarg, R. E. (2007). Anxiety sensitivity and panic attacks: a 1-year longitudinal study. *Behavior Modification*, 31(2), 145-161.
- Westen, D. (1996). *Psychology, Mind, Brain and Culture*. New Jersey: Wile.
- Wright, A. C., Lysaker, P. H., Fowler, D., & Greenwood, K. (2023). Clinical insight in first episode psychosis: the role of metacognition. *Journal of Mental Health*, 32(1), 78-86.
- Xavier, R. M., & Vorderstrasse, A. (2016). Neurobiological basis of insight in schizophrenia: a systematic review. *Nursing research*, 65(3), 224-237.

Yen, C. F., Chen, C. S., Yang, S. J., Ko, C. H., Yen, J. Y., & Huang, C. F. (2007). Relationships between insight and psychosocial adjustment in patients with bipolar I disorder. *Bipolar disorders*, 9(7), 737-742.

Yıldız, M., Yazıcı A., Ünal S., Aker T., Özgen G., Ekmekçi H. ve ark. (2002). Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi-belirtilerle başatme ve ilaç tedavisi yaklaşımının türkiye’de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Derg*, 13(1), 41-47.

Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*, 17(3), 173-179.

Young, D. A., Davila, R., & Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10(2), 117-124.

Zilboorg, G. (1952). The emotional problem and the therapeutic role of insight. *The Psychoanalytic Quarterly*, 21(1), 1-24.

Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2007). Introduction to anxiety sensitivity: Recent findings and new directions. *Behavior modification*, 31(2), 139-144.

7.EKLER

7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Hasta No:

Yaş:

T.C. Kimlik No:

Cinsiyet: E/ K

Eğitim düzeyi	1. Okur yazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Üniversite ve üzeri
Eğitim süresi	 yıl
Medeni hali	1. Evli 2. Bekar
Çocuk sayısı	1. Var varsa sayısı: 2. Yok
Evde yaşayan kişi sayısı	 kişi
Birlikte yaşadığı kişiler	1. Anne-baba/kardeşler 2. Eş ve çocuklar 3. Yalnız 4. Arkadaşlar 5. Diğer (yurt, kurum... vs)
Yaşadığı yer	1. Kentsel 2. Kırsal
Çalışma durumu	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
Mesleği	1. İşçi 2. Memur 3. Serbest meslek

	4. Öğrenci 5. Emekli 6. Diğer
Ekonomik düzey (yaşanılan hanenin geliri)	1. 0-2.500 TL 2. 2.500-5.000 TL 3. 5.000-10.000 TL 4. 10.000 TL ve üzeri
Sigara kullanımı • Miktar: • Süre:	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Alkol kullanımı • Miktar: • Süre:	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Madde kullanımı • Miktar • Süre: • Madde cinsi:	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
İntihar düşüncesi	1. Var 2. Yok
İntihar girişi	1. Var varsa kaç kere: 2. Yok
Adli öyküsü	1. Var varsa kaç kere: 2. Yok
Hastalık başlangıç yaşı	
Hastalık süresi (yıl)	
Remisyon (6 ay)	1. Var 2. Yok
Acile başvurma sıklığı	1. Ayda 1'den az 2. Ayda 1 kez 3. Ayda 2-3 kez 4. Haftada 1 kez 5. Haftada 2 veya daha

	fazla
Nöbeti başlatan stres etkeni	1. Var 2. Yok
Ek psikiyatrik hastalık	1. Var 2. Yok
Ek tıbbi hastalık	1. Var 2. Yok
Ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış kişi	1. Var yakınlığı: 1.derece /2.derece /3.derece Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar Bipolar bozukluk Unipolar depresyon Anksiyete bozuklukları Obsesif kompulsif bozukluk Tssb Disosiyasyon bozuklukları Bedensel belirti bozuklukları Yeme bozukluğu Uyku bozuklukları Cinsel işlev bozuklukları Kişilik bozuklukları 2. Yok
Ailede panik bozukluğu tanısı almış kişi	1. Var yakınlığı: 1.derece /2.derece /3.derece 2. Yok
Daha önce psikiyatri başvurusu	1. Var varsa kaç kere: 2. Yok
Daha önce psikiyatrik ilaç tedavisi	1. Var 2. Yok
Tedavi uyumu	1. Uyumlu

	2. Uyumsuz
Geçmiş tedaviler / Son tedavi	1. Ssrı: sitapram / essitalapram / sertralin / paroksetin / fluoksetin / fluvoksamin 2. Snrı: duloksetin / venlafaksin 3. Mirtazapin 4. Antipsikotik: ketiapin / olanzapin / risperidon / paliperidon / aripiprazol / klozapin / sülpirid / amilsülpirid / haloperidol / klorpromazin 5. Diğer (belirtiniz)
Geçmiş psikoterapi öyküsü	1. Var 2. Yok

7.3. Ek 3: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

1. **Son hafta içinde** sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu?

Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):

2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil ya da önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir ya da olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamiyle ikna olmuş durumda(%100 emin)

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?

(Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplarırken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamiyle emindir
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindi

3. Farklı bakış açılarının açıklanması

Demiştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmecı eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürt olduğu konusunda tamamiyla emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir; inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamiyla emindir; diğerlerinin inançları yanlıştır doğru değildi

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıldığınıza ikna edebilir miyim?

(Eğer gereklyse hastayı yüzleştirmeyen bir örnek veriniz.) (Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas olarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İnancın yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde inancın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İnancın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz?
İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu inancın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İlgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etiyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığı- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etiyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.
- 3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.
- 4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu?
OPSİYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir—değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

- 0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.
- 1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.
- 2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.
- 3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.
- 4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.



7.4. Ek 4: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- Hiçbir zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir)
- Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa)

2a. Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” ya da “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?” (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya “Bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde sorunuz.

- Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- Hiçbir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2b 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2c “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?” diye sorunuz.

- Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar = 2

ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar

o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar yada “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1

o Delüzyonel açıklamalar = 0

3a. “..... (özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da “..... (özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?”

o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)

o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

o “Hastalığımın bir parçası” =2

o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1

o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

7.5. Ek 5: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ)

Ad ve Soyad:

Tarih:

AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ

Hastanın bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde var olduğunu ifade ettiği obsesyon ve/veya kompulsiyonları için aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Hastada geçen hafta mevcut olan temel inancı belirtiniz. Bu, puanlamacı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, hastada en yoğun sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açmış olan bir inanç olmalıdır (örn; hastaneyi ziyaret ettikten sonra uygun biçimde yıkanmazsam AIDS olurum; evden çıkarken sobayı kontrol etmezsem evim yanabilir; topladıklarımı atarsam önemli bilgileri kaybedebilirim; çekici değilim; burnum şekilsiz; benim kompleksim sivilcelerimdir, vb.). Puanlar hastanın inançlarını yansıtmalıdır (örn; hasta inancını ne kadar mantıklı buluyor; korkulan sonuçları önlemede kompulsiyonlar ne kadar etkili, vb.). **Yalnız obsesif kompulsif bozuklukla ilgili olan inancı belirtiniz. Bütün maddeleri hastanın inancını değerlendirmenize göre puanlayınız. İnancın, şiddeti, mantıklı olup olmadığı gibi çeşitli yönlerini değerlendirmek için her kategorinin altında yer alan üç sorudan yararlanabilirsiniz.**

Aşağıda, temel inancı belirtiniz:

Hastayı her bir madde için puanlarken, hastanın özgül inancını gözönüne alın. Örn; hastaneye giderseniz, AIDS olacağınıza dair inancınız ne kadar güçlü?

1) İNANCIN ŞİDDETİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Bu inancın doğru olduğuna ne kadar kuvvetle inanıyorsunuz?

Bu inancın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

İnancınız siz ya da başka birisi tarafından sarsılabilir mi?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

(Çok zayıftan çok güçlüye doğru giden derecelendirme, inancın doğru olma olasılığına işaret etmektedir. Örn., çok zayıf düşük bir olasılığa; çok güçlü yüksek bir olasılığa karşılık gelir.)

Ad ve Soyad:

Tarih:

Puanlama maddesi 1: _____

2) İNANCIN AKLA UYGUNLUĞU

Buğün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar akla uygun?

İnancınız doğrulanabilir ya da makul görülebilir mi?

İnancınız mantıklı ya da akla uygun görüntüyor mu?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümtüyle mantıksız	Hemen hemen mantıksız		Çok mantıklıdan daha azı		Az mantıklıdan daha fazlası		Hemen hemen mantıklı		Tümtüyle mantıklı

Puanlama maddesi 2: _____

3) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN DÜŞÜK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en düşük puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar zayıfladı?

Geçen hafta bir an için bile olsa, bu inancın doğru olup olmadığı konusunda kuşku duyduğunuz zamanlar oldu mu? Eğer öyleyse, bu konuda biraz daha fazla konuşun.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

Puanlama maddesi 3: _____

4) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN YÜKSEK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en yüksek puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar kuvvetlendi?

Geçen hafta inancınızdan ne kadar emindiniz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

Puanlama maddesi 4: _____

Ad ve Soyad:

Tarih:

5) İNANCIN DOĞRULUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar kesin?

İnancınız ne kadar doğru?

İnancınız ne oranda yanlış?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle doğru değil	Hemen hemen doğru değil		Çok doğrudan daha azı		Az doğrudan daha fazlası		Hemen hemen doğru		Tümüyle doğru

Puanlama maddesi 5: _____

6) İNANCIN BAŞKALARI TARAFINDAN PAYLAŞILMASININ BOYUTU

Toplumdaki diğer insanların sizinle aynı inanca sahip olmaları ne kadar mümkündür?

Başkaları inancınıza ne oranda katılmaktalar?

Başkaları inancınızı ne boyutta paylaşıyorlar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle uyuşmama	Hemen hemen uyuşmama		Çok uyuşmadan daha azı		Az uyuşmadan daha fazlası		Hemen hemen uyuşma		Tümüyle uyuşma

Puanlama maddesi 6: _____

7) BAŞKALARININ BENZER YA DA FARKLI BİR İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkaları sizinle aynı inancı paylaşıyor mu? Evet _____ Hayır _____

Hasta evet yanıtı vermişse 7a'ya, hayır yanıtı vermişse 7b'ye geçiniz.

7a) BAŞKALARININ AYNI İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkalarının inancınıza katıldığını düşündüğünüze göre, bu kişilerin inancınız hakkında sizin kadar bilgili olduğunu düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

Ad ve Soyad:

Tarih:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tümüyle bilgisiz		Biraz bilgisiz		Az bilgiliden daha fazlası		Çok bilgiliden daha azı		Hemen hemen kendisi kadar bilgili		Bilgisi kendisiyle aynı

Puanlama maddesi 7a: _____

7b) BAŞKALARININ FARKLI İNANÇLARININ OLMASI

Başkalarının size katılmadıklarını düşündüğünüze göre, bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduklarını düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz ?

Başkalarının bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bilgisi kendisiyle aynı		Hemen hemen kendisi kadar bilgili		Çok bilgiliden daha azı		Az bilgiliden daha fazlası		Biraz bilgisiz		Tümüyle bilgisiz

Puanlama maddesi 7b: _____

8) KOMPULSİYONLARIN ETKİLİLİĞİ

Buğün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Anksiyete dışındaki olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonlar/törenselle davranışlar ne kadar etkili?

Korkulan sonucu durdurmada kompulsiyonlarınızın herhangi bir etkisi var mı?

Kompulsiyonlarınızın olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilmesi mümkün mü?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tümüyle etkisiz		Hemen hemen etkisiz		Çok etkiden daha azı		Az etkiden daha fazlası		Hemen hemen etkili		Tümüyle etkili

Puanlama maddesi 8: _____

9) İÇGÖRÜ

Hastalığınızın bu inanca sahip olmanıza neden olduğunu ne oranda düşünüyorsunuz?

İnançlarınızın psikolojik ya da psikiyatrik nedenlere bağlı olma olasılığı ne kadardır?

İnancınızın bir hastalığa bağlı olduğunu düşünüyor musunuz?

Ad ve Soyad:

Tarih:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----		-----		-----		-----		-----	
Tümüyle olası		Biraz olası		Tersine göre daha fazla olası		Tersine göre daha az olası		Biraz olası değil	
								Tümüyle olası değil	

Puanlama maddesi 9: _____

10) DİRENCİN GÜCÜ

İnancınızı aklınızdan atmak için ne kadar enerji harcıyorsunuz?

İnancınızı değiştirmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

İnanacınıza direnmeye kalkışıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----		-----		-----		-----		-----	
Tümüyle direnme		Epey direnme		Az direnmenin daha fazlası		Çok direnmenin daha azı		Az direnme	
								Hiç direnmemeye	

Puanlama maddesi 10: _____

11) İNANCIN SÜRESİ

a) Bu inanca sahip olduğunuz zaman içinde hiç dalgalanma oldu mu?

Eğer öyleyse hangi zaman dilimi içinde?

Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____

b) Geriye dönüp baktığınızda ne kadar zamandır bu inancınız var?

Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____

7.6. Ek 6: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Hastanın adı:

Yaşı:

Doldurma tarihi:

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Epeyce katılıyorum
(1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
(2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
(3) Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımla nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
(4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
(5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
(6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
(7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
(8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanıltıcı olabilir.				
(9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
(10) İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
(11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				

(12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
(13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
(14) insanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
(15) Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				



7.7. Ek 7: Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ)

PANİK BOZUKLUĞU ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ (PBŞÖ)

İsim Soyadı _____ Değerlendirici _____ Tarih _____

DEĞERLENDİRİLEN ZAMAN DİLİMİ: Bir ay _____
(birini daire içine alın) Diğer (belirtiniz) _____

DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ÖNERİLER

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

Her soru 0-4 olarak puanlanır, öyle ki, 0=hiç ya da mevcut değil, 1=ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma; 2=orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edilebilir; 3=şiddetli, aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması ve 4=aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yetiyitimi yaratıcı.

Görüşmeci hastanın tam ya da sınırlı belirtili panik atağı/ları geçirip geçirmediğini bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik yoksa 2. ve 3. sorular 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. sorudan başlatılmalıdır. 4. ve 5. sorular da 0 olarak puanlandıysa 7. ve 8. sorular sorulmadan 0 olarak puanlanır.

1. PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL

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

1=Hafif, ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBP/gün'den daha fazla değil.

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

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

4=Aşırı, günde birden fazla tam panik atağı geçirme, geçirilen günlerin sayısının geçirilmeyenlerden fazla olması.

2. PANİK ATAKLARI SIRASINDAKİ ZORLANMA, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL

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

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

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

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

4=Aşırı, şiddetli ve yetiyitimi yaratıcı zorlanma, etkinliğini durdurmak zorunda, eğer mümkünse odayı ya da durumu terkedecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta, aşırı zorlanmaktadır.

3. BEKLENTİ ANKSİYETESİNİN ŞİDDETİ (Paniğe ilişkin korku, kaygılı beklenti ya da endişe)

0=Panik atağı hakkında tasa yok

1=Ilımlı, panik atağı hakkında arasıra korku, endişe ya da kaygılı beklentisi oluyor.

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

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

4=Aşırı, neredeyse sabit, yetiyitirici anksiyete, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeniyle önemli görevleri sürdürememektedir.

4. AGORAFOBİK KORKU / KAÇINMA

0= Hiç, korku ya da kaçınma yok

1=Ilımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşebilir ve başa çıkabilir Yaşam biçimi değişikliği yok ya da az.

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

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

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

5. PANİK ATAĞI İLE İLİŞKİLİ DUYUMLARDAN KORKU / KAÇINMA

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

1=İlımlı, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyumları uyaran durum ve etkinliklerle az zorlanma ile yüzleşebilir ve sürdürebilir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.

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

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

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

6. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA / AKSAMA.

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

0=Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı bozulma yok.

1=İlımlı, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hala iyidir.

2=Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta, ama hala kontrol edilebilir. Meslek performansı etkilenmiş, ama başkaları çalışmasının hala yeterli olduğunu söylemektedirler.

3=Şiddetli, mesleksel performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki, başkaları farketmiştir; bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapamamaktadır.

4=Aşırı, yeti yitirici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürememektedir).

7. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA / AKSAMA

0=Bozulma yok.

1=İlımlı, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmektedir ama toplumsal işlevsellik hala yeterlidir.

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

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

4=Aşırı, yetiyitimi yaratıcı belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleriyle etkileşmektedir, panik bozukluğu nedeniyle bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

TOPLAM PUAN (1-7. soruların toplamı)

7.8. Ek 8: Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

BELİRTİ YORUMLAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşısında yer alan rakamları, bu nedenin sizin durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşayıp yaşamadığınızı da **A (evet)** ya da **B (hayır)** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız.

Hiç Biraz Orta Çok Pekçok

1- Uzun süren baş ağrılarımla olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm.

1a Duygusal olarak sıkıntılıyım	1	2	3	4	5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorunum var	1	2	3	4	5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde uzun süren baş ağrılarınız oldu mu ?

A- Evet B- Hayır

2-Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	1	2	3	4	5
2b Endişeli ya da sinirliyim	1	2	3	4	5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu?

A- Evet B- Hayır

3- Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

3a Kalbim ya da tansiyonum var	1	2	3	4	5
3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa kalktım	1	2	3	4	5
3c Çok stres altında olmalıyım	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde aniden başınız döndü mü?

A- Evet B- Hayır

4-Ağız kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı	1	2	3	4	5
4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
4cDaha çok su almaya ihtiyacım var	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu?

A- Evet B- Hayır

5- Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş 1 2 3 4 5
olmalıyım

5c Kalbimde bir sorun olmalı 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu?

A- Evet B- Hayır

6- Kendimi yorgun hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

6a Duygusal olarak tükenmişim ya da 1 2 3 4 5
cesaretim kırılmış

6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket yapmıyorum

6c Kansızım ya da kanım yetersiz 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi?

A- Evet B- Hayır

7- Elimin titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

7a Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir 1 2 3 4 5

7b Çok sinirliyim 1 2 3 4 5

7c El kaslarımı yordum 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde elinizin titrediğini farkettiler mi?

A- Evet B- Hayır

8- Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

8a Ağrı ya da fiziksel rahatsızlık beni 1 2 3 4 5
uyutmuyor

8b Yorgun değilim ya da çok kahve içtim 1 2 3 4 5

8c Çok endişeliyim ya da bir şeylere 1 2 3 4 5
sinirlenmiş olmalıyım

Son üç ay içinde uyuma güçlüğü oldu mu ?

A- Evet B- Hayır

9-Midem ağırırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

9a Kendimi endişeden hasta ettim 1 2 3 4 5

9b Grip ya da mide rahatsızlığım var 1 2 3 4 5

9c Bana dokunacak bir şeyler yedim 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu?

A- Evet B- Hayır

10- İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

10a Çok yiyordum ya da şu an vücudumun 1 2 3 4 5
eskisi kadar besine ihtiyacı yok

10b Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi 1 2 3 4 5
yemeklerin tadını alamıyorum

10c Midemde ya da bağırsaklarımda bir sorun 1 2 3 4 5
var

Son üç ay içinde iştahsızlığınız oldu mu?

A- Evet B- Hayır

11-Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

11a Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun 1 2 3 4 5
var

11b Oda havasız ya da hava kirliliği var 1 2 3 4 5

11c Çok heyecanlı ya da kaygılıyım 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu?

A- Evet B- Hayır

12- Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

12a Duygusal stres altındayım 1 2 3 4 5

12b Sinir sistemimde ya da kan dolaşımda 1 2 3 4 5

bir sorun var

12c Üşüyorum ya da elim ayağım dondu 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi?

A- Evet B- Hayır

13- Kabızlığım ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

13a Yediklerim arasında yeterince meyve ve 1 2 3 4 5

lifli besinler yok

13b Sinirsel gerilimim düzenli tuvalete 1 2 3 4 5

çıkma engel oluyor

13c Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu?

A- Evet B- Hayır

14- Göğsümde bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

14a Kalp krizi geçiriyorum 1 2 3 4 5

14b Çok korktum ya da heyecanlandım 1 2 3 4 5

14c Kendimi çok yordum 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu?

A- Evet B- Hayır

7.9. Ek 9: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ)

EK-II

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sınırlı görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıırıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıırıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4