



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Panik Bozukluğunda Psikolojik
Dayanıklılığın Klinik Belirtiler Ve
Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisi**

Dr. Ekin Ezgi Pınar Yücel

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Raşit Tükel

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

2019



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Panik Bozukluğunda Psikolojik
Dayanıklılığın Klinik Belirtiler Ve
Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisi**

Dr. Ekin Ezgi Pınar Yücel

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Raşit Tükel

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

2019

TEŞEKKÜR

Meslek hayatım boyunca etik ve bilime dayalı uygulamalarını örnek alacağım, eğitimimde büyük emekleri olan, tez sürecim boyunca yönlendirme ve yardımlarından faydalandığım hocam Prof. Dr. Raşit Tükel'e,

Bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, birçok hasta grubuyla çalışabilmemi ve uzmanlık eğitimim sürecinde yetkinliğimi arttırabilmemi sağlayan tüm hocalarıma,

Asistanlık hayatımın en büyük şanslarından olan, bu uzun dönemi gülümseyerek hatırlamamı sağlayacak tüm asistan arkadaşlarıma,

Her zaman sevgisini ve desteğini yanımda hissettiğim, anneme, babama ve kardeşim Etkin'e,

Ve son olarak tüm sabrıyla her zaman yanımda olan yol arkadaşım, eşim Umut'a sonsuz teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	IV
TABLO DİZİNİ	V
EKLER DİZİNİ	VII
ÖZET	1
ABSTRACT	2
I.GİRİŞ VE AMAÇ	3
II.GENEL BİLGİLER	5
A. Panik Bozukluğu ve Agorafobi	5
1. Tanım	5
2. Tanı ölçütleri ve tarihçe	5
3. Epidemiyoloji	8
4. Etiyoloji	9
4.1. Psikolojik Etmenler	9
4.2. Biyolojik Etmenler	10
4.3. Genetik Etmenler	11
5. Doğal Seyir ve Eşlik Eden Bozukluklar	12
B. Psikolojik Dayanıklılık	14
1. Tanım	14
2. Tarihçe	14
3. İlişkili Faktörler	15
3.1. Çevresel ve Psikolojik Etmenler	15
3.2.Biyolojik Etmenler	16
4. Psikopatoloji Üzerine Etkileri	17

III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
A. Örneklem.....	19
B. Veri Toplama Araçları.....	19
C. İşlem.....	22
D. Veri Analizi.....	22
IV. BULGULAR.....	23
A. Sosyodemografik Veriler.....	23
B. Klinik Ölçekler.....	25
C. Psikolojik Dayanıklılık – Klinik Değişkenler İlişkisi.....	29
D. Panik Bozukluğu Şiddeti – Klinik Değişkenler İlişkisi.....	32
E. Tedavi Sonrası Psikolojik Dayanıklılık ve Hastalık Şiddeti.....	34
F. Regresyon Analizi.....	35
V. TARTIŞMA.....	36
A. Sosyodemografik Veriler.....	36
B. Psikolojik Dayanıklılık.....	37
C. Yaşam Kalitesi.....	39
D. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları.....	40
E. Başa Çıkma Tutumları.....	40
F. Tedavi Sonrası Değerlendirme.....	41
G. Çalışmanın Önemi ve Kısıtlılıkları.....	42
VI. SONUÇ.....	43
VII. KAYNAKLAR.....	44
VIII. EKLER.....	63

KISALTMALAR

BDNF: Beyin Kaynaklı Nörotrofik faktör

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

COMT: Katekol-O-Metiltransferaz

COPE: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GABAA: Gama Aminobütirik asit, Tip A

HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

MAOA: Monoamin Oksidaz A

PB: Panik Bozukluğu

PBŞÖ: Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği

PD: Psikolojik Dayanıklılık

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

SSGİ: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü

SPECT: Tek Foton Emisyon Tomografisi

YPDÖ: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ölçeği

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler, Niteliksel

Tablo 2: Sosyodemografik Veriler, Niceliksel

Tablo 3: HAM-A, HAM-D Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 4: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 6: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 7: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 8: YPDÖ Puanları ile CTQ Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Panik Bozukluğu Grubu)

Tablo 9: YPDÖ Puanları ile CTQ Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Kontrol Grubu)

Tablo 10: YPDÖ Puanları ile WHOQOL-BREF Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Panik Bozukluğu Grubu)

Tablo 11: YPDÖ Puanları ile WHOQOL-BREF Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Kontrol Grubu)

Tablo 12: YPDÖ Puanları ile COPE Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Panik Bozukluğu Grubu)

Tablo 13: YPDÖ Puanları ile COPE Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Kontrol Grubu)

Tablo 14: PBŞÖ Puanları ile YPDÖ Ölçek Puanlarının Bağıntısı

Tablo 15: PBŞÖ Puanları ile CTQ Ölçek Puanlarının Bağıntısı

Tablo 16: PBŞÖ Puanları ile WHOQOL-BREF Ölçek Puanlarının Bağıntısı

Tablo 17: PBŞÖ Puanları ile COPE Ölçek Puanlarının Bağıntısı

Tablo 18: PBŞÖ ve YPDÖ Alt Ölçek Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması

Tablo 19: Lojistik Regresyon Analizi



EKLER DİZİNİ

Ek-1: Etik Kurul Onayı

Ek-2: Çalışmaya Katılan Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-3: Çalışmaya Katılan Sağlıklı Kontroller İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-4: Sosyodemografik Veri Formu

Ek-5: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Ek-6: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Ek-7: Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği

Ek-8: Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

Ek-9: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Ek-10: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Ek-11: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Ek-12: Özgeçmiş Formu

ÖZET

PANİK BOZUKLUĞUNDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞIN KLİNİK BELİRTİLER VE TEDAVİ YANITI ÜZERİNE ETKİSİ

AMAÇ: Psikolojik dayanıklılık; hastalığın gidişatı, belirti şiddeti, işlevsellik düzeyi, tedaviye yanıtı ve kişinin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkilere sahiptir. Psikolojik dayanıklılık düzeyini belirlemede çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının ve kullanılan başa çıkma yöntemlerinin önemli olduğu gösterilmiştir. Çeşitli ruhsal hastalıklar ile yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin kişinin belirti şiddetine ve yaşam kalitesine etkisi bildirilmiştir. Çalışmamızın amacı, panik bozukluğunda psikolojik dayanıklılık düzeyini belirlemede çocukluk çağı travmalarının ve başa çıkma tutumlarının etkisini incelemek ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin panik bozukluğunda belirti şiddeti, tedavi yanıtı ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Çalışmaya 35 panik bozukluğu hastası ile yaş, cinsiyet ve eğitim yılı yönünden eşleştirilmiş 33 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların 17'sinde agorafobi mevcuttu. Tüm katılımcılara DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon (SCID-I/CV), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBSÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) uygulanmıştır.

BULGULAR: Hasta ve sağlıklı kontrol grubu yaş, cinsiyet ve eğitim yılı olarak birbiri ile eşleşmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalar yapıldığında PB hastaları CTQ fiziksel istismar alt ölçeğinden daha yüksek, WHOQOL-BREF toplam, genel sağlık durumu, fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık alt ölçeklerinden ise daha düşük puan almıştır. PB hastalarında sağlıklı kişilerden farklı olarak YPDÖ toplam puanı CTQ fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçeği puanı ile, WHOQOL-BREF genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık alt ölçeği ile ve COPE ölçek puanları ile ilişkili bulunmuştur. Hastalık şiddeti YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği ile ilişkili bulunmuştur ve tedavi sonrası YPDÖ yapısal stil alanında anlamlı değişiklik gösterilmiştir.

SONUÇ: PB hastaları sağlıklı kişilerden fiziksel sağlıklarına dair memnuniyetleri ile ayrılmaktadır. PB hastalarının ruhsal sağlamlığını devam ettirebilme kapasitesini ve ruhsal hastalık varlığında belirti şiddetini belirlemede çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve başa çıkma yöntemlerinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

ABSTRACT

EFFECT OF RESILIENCE ON CLINICAL SYMPTOMS AND TREATMENT RESPONSE IN PANIC DISORDER

AIM: Resilience has important effects on the course of illness, severity of symptoms, level of functioning, treatment response and quality of life. It has been shown that adverse experiences during childhood and the coping mechanisms used against them are important in determining the level of resilience. The effect of resilience on severity of symptoms and the quality of life has been reported on many studies conducted on patients with different mental disorders. The aim of our study is to investigate the effect of childhood trauma and the coping mechanisms on resilience and to discover the relationship between the level of resilience and symptom severity, treatment response, quality of life in panic disorder (PD).

METHODS: 35 patients with panic disorder and 33 healthy volunteers matched by age, sex and years of education has been included in the study. 17 of the patients with panic disorder also have the diagnosis of agoraphobia. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version(SCID-IV/CV), Coping Orientation to Problems Experienced Scale (COPE), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Panic Disorder Severity Scale, Resilience Scale for Adults (RSA), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), World Health Organization Quality-of-Scale, Short form (WHOQOL-BREF) have been applied to all participants.

RESULTS: Patients and the controls were matched by age, sex and years of education. Compared with control group, patients with PD have higher scores in CTQ physical abuse subscale and lower scores in WHOQOL-BREF in total and in general health, physical health and psychological health subscales. As a difference from the healthy participants, RSA total score of patients with PD was found to be correlated with CTQ physical abuse, sexual abuse and physical neglect subscales' scores, with WHOQOL-BREF general health, physical health subscales' scores and with COPE scores. Severity of disorder was correlated with RSA social resources subscale and RSA structured style scores were significantly changed after treatment.

CONCLUSION: Patient with PD differs from healthy controls by their satisfaction about their physical health. Childhood trauma and coping mechanisms are thought to play an important role in the capacity of maintaining mental resilience and in determining symptom severity in patients with PD.

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Panik bozukluğu (PB) yineleyen beklenmedik panik atakları ile seyreden ve panik atakları arasında tekrar yeni bir atağın geleceğine ilişkin sürekli bir anksiyete hali ya da ataklarla ilgili davranış değişikliklerin görüldüğü bir ruhsal bozukluktur [1]. Bir panik atağı ise sakin ya da endişeli bir anda ortaya çıkabilen dakikalar içerisinde doruğa ulaşan yoğun bedensel ve bilişsel belirtilerin ortaya çıktığı bir durum olarak tanımlanmaktadır [2].

PB ile ilgili yapılan çok sayıda araştırmaya rağmen etiyojisi hala net olarak anlaşılamamıştır. Genel kaniya göre gen-çevre etkileşimleriyle ortaya çıktığı düşünülmektedir [3].

Çocukluk çağı travmaları PB gelişiminde önemli çevresel faktörlerden bir tanesidir. Çocukluk çağı cinsel, duygusal ve fiziksel istismarı PB hastalarında sağlıklı kişilere göre çok daha sık görülmektedir. Çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri PB hastalarında sağlıklı kontrollere göre 8.7 kat daha fazla bildirilmiştir [4].

PB hastalarında yaşam kalitesi de belirgin şekilde azalmıştır [5] [6]. PB hastaları daha az uyum sağlayıcı ve etkin olmayan baş etme yöntemleri kullanmaktadır ve bu durumun da yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir [7].

Agorafobi ve PB uzun yıllar boyunca aynı başlık altında yer aldıktan sonra 2013 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) ile birbirinden bağımsız iki farklı psikiyatrik tanı haline gelmiştir. Agorafobi, PB hastaların yaklaşık dörtte birinde görülür ve hastalığın şiddetini artırarak daha kötü bir seyir izlemesine neden olur [8]. Ancak, bu birlikteliğin hangi durumlarda daha sık görüldüğüne dair net bir açıklama henüz yapılamamıştır.

Psikolojik dayanıklılık kavramı ise kişilerin strese ve sıkıntı verici olaylara verdiği tepkilerdeki bireysel farklılıkların olumlu kısmını tanımlamaktadır [9]. Psikolojik Dayanıklılık, ruh sağlığı alanında koruyucu bir faktör olarak görülmektedir ve yalnızca kişilerin hastalığa sahip olup olmamalarına ilişkin değildir; Psikolojik dayanıklılığın aynı zamanda hastalığın gidişatını, şiddetini ve işlevselliği bozma düzeyini de etkilediği düşünülmektedir [10][11][12].

Psikolojik dayanıklılığı; erken doğum öyküsü, kronik fiziksel hastalıklar, ebeveynde psikopatolojinin varlığı, kişinin kullandığı baş etme mekanizmaları, çocukluk çağı travmaları ve olumsuz yaşam olaylarının etkilediği düşünülmektedir [13][14]. Aktif başa çıkma yöntemleri kullanan bireylerde psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha yüksek bulunmaktadır [15].

Farklı psikiyatrik tanılar ile ilgili yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın hastalarda yaşam kalitesini belirgin etkilediğine dair sonuçlar bulunmuştur; psikolojik dayanıklılık düzeyi arttıkça hastaların yaşam kalitesinde artış gözlenmektedir [16][12].

Farklı psikiyatrik tanıları olan hastalar ile ilgili yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olması; psikiyatrik tanı ve belirti şiddetinden bağımsız olarak iyileşme ile ilişkili bulunmuştur [17]. Psikolojik dayanıklılık psikiyatrik hastalıklarda iyileşmeyi belirlemede önemli bir faktör olmakla birlikte, belirtilerin azalması ve iyileşme hali de psikolojik dayanıklılığı artırmaktadır [18].

Psikolojik dayanıklılık kavramı literatürde ilk kez 1960'lı yılların sonlarına doğru karşımıza çıkmaya başlamasına rağmen, bu konudaki çalışmalar 2000'li yıllarda artmaya başlamıştır ve bu kavram son 10-15 yıldır tekrar gün yüzüne çıkmıştır. İlk dönem psikolojik dayanıklılık kavramı yalnızca travma ile ilişkili bozukluklar ile ilişkilendirilir ve çalışmalar bu yönde yapılırken, son 15 yıldır şizofreni, bipolar bozukluk, madde ve alkol kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu gibi çeşitli ruhsal hastalıklarda da psikolojik dayanıklılığın hastalığın şiddetine, iyileşme sürecine ve yaşam kalitesine etkileri yoğun bir şekilde araştırılmaktadır.

Wesner ve arkadaşları (2015) 20 PB hastası ve 24 sağlıklı kontrol üzerinde yaptıkları çalışmada PB grubuna bilişsel davranışçı grup terapisi uygulamışlar ve 12 ay takip etmişlerdir. Süreçte belirti şiddeti, yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri belirli aralıklarda değerlendirilmiş; psikolojik dayanıklılık düzeyinin belirti şiddeti ile negatif ilişkili olduğu ve tedavinin birinci ayında hasta grubunda psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı artış olduğu saptanmıştır [19].

Wesner ve arkadaşlarının çalışması literatürde PB hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ele alındığı tek çalışmadır. Bu nedenle bu çalışmanın psikolojik dayanıklılığın PB'nin klinik görünümüne etkisinin anlaşılmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

II. GENEL BİLGİLER

A. Panik Bozukluğu ve Agorafobi

1. Tanım

Panik atağının kliniklere başvurmayan genel popülasyonda oldukça yaygın olduğuna dair genel bir fikir birliği mevcuttur. Toplum tabanlı yapılan araştırmalarda 6 aylık izlemde panik atağı oranı %3 olarak bildirilmiştir [20].

PB terleme, titreme, baş dönmesi, göğüs ağrısı ve çarpıntıyla birlikte çıldırma ya da ölüm korkusuyla seyreden panik ataklarıyla karakterize bir ruhsal bozukluktur [8] ve PB’de bu ataklar yineleyici biçimdedir.

PB tüm anksiyete bozuklukları arasında en sık tıbbi başvuruya sebep olan ve bu nedenle maliyeti en yüksek olan anksiyete bozukluğudur. PB hastaları sıklıkla acil kliniklerine gitmektedirler [21].

Agorafobi ise kişinin kaçmanın güç olabileceği ya da panik benzeri belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü durumlarda yoğun sıkıntı hissi yaşaması ve ya bu durumlardan tamamen kaçınması durumudur [1].

2. Tanı ölçütleri ve tarihçe

Freud 1895 yılındaki bir makalesinde, baş dönmesi, pareteziler, kalp spazmları, terleme ve solunum güçlüğü gibi belirtiler ile panik atağı benzeri yaşantıları anksiyete nevrozu şeklinde tanımlayarak bu hastalığın kardiyoloji ile ilgili alandan çıkartılıp ruhsal bozukluklar alanına girmesini sağlamıştır. Bu genel anksiyete tanımlamasından uzun bir süre sonra, Klein’in çalışmaları ışığında 1983 yılında yayımlanan DSM-III ile, ilk kez PB ayrı bir tanı olarak ele alınmaya başlanmıştır [22][23][24][25].

1987 yılında yayımlanan DSM-III-R’de ise PB; ‘‘agorafobi ile birlikte’’ ve ‘‘ agorafobi olmadan’’ şeklinde iki alt gruba ayrılmıştır [26]. ‘‘Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi’’, anksiyete bozuklukları içinde ayrı bir tanı olarak yer almıştır.

DSM-IV ve DSM-IV-TR’de, panik atağı ve agorafobi için ölçütler, PB için belirlenen ölçütlerden çıkarılmıştır. Anksiyete bozuklukları grubunda ‘‘agorafobi olmadan panik bozukluğu’’, ‘‘agorafobi ile birlikte panik bozukluğu’’ ve ‘‘panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi’’ olarak üç ayrı tanıya yer verilmiştir. PB’nin tanımı, tekrarlayan beklenmedik ataklar ve ataklar arasında devam eden beklenti anksiyetesi ve ya davranış değişiklikleri olarak yeniden düzenlenmiştir [27][28].

2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile agorafobi için 6 ay ya da daha uzun sürer ifadesi eklenmiştir [1].

DSM-5 Panik Bozukluğu Tanı Ölçütleri

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

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

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

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

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

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, 'çıldırma') ilgili olarak sürekli bir anksiyete duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.
- C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, sosyal anksiyete bozukluğunda olduğu gibi yalnızca korkulan sosyal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlara tepki olarak; travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır).

DSM-5 Agorafobi Tanı Ölçütleri

- A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da anksiyete duyma.
 1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).
 2. Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).
 3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).
 4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.
 5. Tek başına evin dışında olma.
- B. Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da aciz bırakan ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.
- C. Agorafobik durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da anksiyete doğurur.
- D. Agorafobik durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da anksiyete ile buna katlanılır.

- E. Duyulan korku ya da anksiyete, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye ve toplumsal-kültürel bağlama göre orantısızdır.
- F. Korku, anksiyete ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, anksiyete ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. inflamatuvar bağırsak hastalığı, Parkinson hastalığı), korku, anksiyete ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.
- I. Korku, anksiyete ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözgelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal tür ile sınırlı değildir; yalnızca sosyal durumları (sosyal anksiyete bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca obsesyonlarla (obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi), travmatik olayları anımsatıcılarla (travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir.
- Not:* Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü, hem panik bozukluğu, hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır.

3. Epidemiyoloji

PB genel popülasyonun %3-4'ünü etkilemektedir [29]. Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2006) yaşam boyu panik atağı yaygınlığı %22.7, yaşam boyu PB yaygınlığı %4.8, 1 yıllık yaygınlığı ise %2.8 olarak bulunmuş olup PB hastalarının yaklaşık dörtte birine agorafobinin eşlik ettiği saptanmıştır [8].

Kikuchi ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, PB hastalarının %26'sında başlangıçtan sonraki ilk bir haftada, %40'ında ise 6 ay içerisinde agorafobi geliştiği gösterilmiştir [30].

PB ve agorafobi arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu düşünülmektedir. PB agorafobinin ilk kez ortaya çıkmasını, spontan panik ataksız agorafobi ise PB'nin ilk kez ortaya çıkmasını yordamaktadır [31].

İngiltere'de toplum tabanlı yapılan bir çalışmada, agorafobili ya da agorafobisiz PB, agorafobi ve eşik altı panik benzeri belirtilerin bir aylık yaygınlığı %4.42 saptanmış ve kadınlarda panik atağının daha sık olduğu bildirilmiştir [32].

PB yaşam boyu yaygınlığı kadınlar arasında daha yüksek olup çeşitli çalışmalarda kadın erkek oranı 1.3 ile 5.8 arasında değişmektedir [33][34][35][36]. Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında 1.8 ila 23.3 gibi değişen oranlar bulan çalışmalar olsa da, agorafobi de kadınlarda daha sık görülmektedir [37][38][39][40]. Yapılan saha çalışmalarında da sonuçlar bu verileri destekler niteliktedir; PB için kadın-erkek oranı 2.5 ile 3 arasında, agorafobi için kadın-erkek oranı 2 ile 2.5 arasında saptanmıştır [41][42][43].

Medeni durum, eğitim düzeyi gibi psikososyal faktörlerin PB üzerine etkileri hala netlik kazanmamıştır [44].

Yapılan klinik araştırmalarda PB'nin başlama yaşı ortalama 23 ila 27 arasında, agorafobinin başlangıç yaşı 26-28 arasında saptanmıştır [45][46][47]. PB'nin 11-20 ve 41-50 yaşları arasında iki ayrı dönemde doruk yaptığı belirtilmiştir [39].

4. Etiyoloji

PB etiyojisini, genetik varyasyon ile hem paylaşılmış hem de kişiye özgü çevresel faktörlerin oluşturduğu düşünülmektedir [48][49][50].

4.1. Psikolojik etmenler

PB'nin de etiyojisine ilişkin çeşitli açıklamalar yapılmıştır. Bu açıklamaların bir bölümü bilişsel temellidir. Beck ve Clark'ın bedensel duyuların felaketleştirilmesi yaklaşımı bunlardan bir tanesidir. Bu yaklaşıma göre, kişi beden duyularına fazlaca odaklanmıştır ve hissettiği tüm duyular için aşırı ve abartılı kötü sonuçlar zihninden geçmektedir. Sonuçta duyular ve düşünceler birbirlerini giderek şiddetlendirir ve böylece bir kısır döngü sonucu panik atağı ortaya çıkar [51][52][53].

Anksiyete duyarlılığı, Reiss tarafından ortaya atılmıştır [54]. Anksiyete duyarlılığı, zararlı fizyolojik ve sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak nitelendirilmiştir ve kişinin yapısındaki sürekli bir özellik olduğu düşünülmektedir. Yüksek anksiyete duyarlılığı, PB ve agorafobiye yatkınlık yaratan bir etkidir.

Koşullanma modelinde ise, olaylar ya da durumlar panik atağı ile eşleştğinde oluşabilecek öğrenmenin, bu durumlar ya da olaylar yaşandığı takdirde panik atağını tetikleyebileceği öne sürülmektedir [55].

Psikodinamik kurama göre, PB oluşma nedenlerine dair çeşitli açıklamalar bulunmaktadır. Psikanalitik kuram, PB belirtilerinin bilinçdışı çatışmalar sonucu ortaya çıktığını ileri sürer [56]. Bağlanma biçimleri ve ayrılık anksiyetesinin de hastalık oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir [57][58][59].

Shear ve arkadaşlarının (1993) hipotezine göre, bağımlılık ve ayrılma korkusu hastalık gelişimi için önemli faktörlerdir. Bu hipoteze göre, PB geliştirmeye yatkın bireyler ayrılığa duyarlı ve/veya bağımlı kişilerdir; her iki durumda da kişi kendini zayıf diğerlerini ise güçlü algılar. Bu kişiler yaşamın başından itibaren, yetersizlik duygularıyla baş etmek ve güvenliği sağlamak için bakım verenlere bağımlı olma duygusuna sahiptirler [60][61].

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar erişkin yaşta PB gelişimi için iki ila dört kat artmış risk ile ilişkili bulunmuştur [62][63][64][65]. Çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının varlığı, hastalığın gidişi ve tedavi sonrası nüksetme ile de ilişkili bulunan faktörlerdendir [44][66][67]. Yetişkinlik çağına ise kronik ya da akut seyirli hastalıklar, ölüm, sevilen birinin kaybı, maddi sorunlar gibi olumsuz yaşam deneyimleri sıklıkla hastalık başlangıcından hemen önce yaşanmıştır [68][69]. PB hastalarının %80'i ilk panik atağından önce en az bir olumsuz yaşam deneyiminden söz etmektedir [70].

Stresli yaşam olayları sonrası etkili başa çıkma becerilerinin kullanılamamasının bir sonucu olan olumsuz uyumun da PB başlangıcında bir etken olabileceği düşünülmektedir [71]. PB hastaları baş etme mekanizması olarak kaçma, bilişsel kaçınma ve ruminasyon stratejilerini kullanmaktadırlar [72][73]. PB hastaları stresli olaylar karşısında sorun çözme stratejisini çok daha az kullanmaktadırlar [7].

Ergenlik döneminde sigara kullanımı; erişkinlikte sigara bağımlılığı ve alkol kullanım sorunları da PB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur [74][75][76].

4.2. Biyolojik etmenler

Nöroanatomik hipotezlerde amigdala merkezli bir korku ağı modeli öne sürülmüştür. Bu ağa striatum, hipokampus, singulum, prefrontal ve orbito frontal bölgeler ve insular korteks gibi bir çok bölge dahildir [77][78]. Fizyolojik ve davranışsal panik ile ilgili reaksiyonlara yol açan kortikal ("yukarı akış") ve beyin sapı bilgisinin ("aşağı akış") işlevsiz bir şekilde koordine olması sonucu bu atakların yaşandığı düşünülmektedir [79].

Anterior singulat korteks ve amigdala etkileşimi PB oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Anterior singulat korteks ve amigdaladaki nöronal aktivasyon özellikle korku ile ilişkili emosyonel görevlerde sağlıklı kontrollere göre belirgin farklılıklar göstermektedir [80][81].

Beyin kaynaklı nörotrofik faktörün (BDNF) çeşitli çalışmalarda PB'de önemli rol oynadığı görülmüş; düşük serum BDNF düzeyleri PB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur [82][83]. BDNF gen polimorfizmlerinin de PB oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir [84].

Noradrenerjik sistemin PB oluşumuna etkilerini araştıran çalışmalarda, hastalara bir alfa-2 reseptör antagonisti olan yohimbin uygulanmış ve hastalarda sağlıklı kontrollere göre lokus seruleus ateşlenmesinin ve norepinefrin salınımının arttığı, buna bağlı olarak da anksiyete ve panik ataklarının sıklığında artma görüldüğü bildirilmiştir [85][86].

Serotonerjik sistemin PB oluşumuna etkilerini inceleyen çalışmalarda, serotonin sentezindeki bozulma nedeniyle sinaptik aralıktaki serotonin miktarında azalma ve buna yanıt olarak postsinaptik reseptörlerde duyarlılık artışı olduğu hipotezi üzerinde durulmuştur [86][87]. Neumeister ve arkadaşlarının (2004) PB hastalarıyla yaptıkları pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmasında, sağlıklı kişilere göre anterior ile posterior singulat ve rafe çekirdeğinde serotonin 5-HT_{1A} reseptör bağlanması düşük saptanmıştır. Bu da, PB etiolojisinde serotonerjik nörotransmisyonundaki azalmanın rol oynadığını düşündürmektedir [88].

Yapılan tek foton emisyon tomografisi (SPECT) çalışmalarında, beyin bölgelerinden frontal lob, temporal lob ve hipokampüste gama aminobütirik asit, tip A (GABAA) ve benzodiazepin reseptör bağlama kapasitesinde sağlıklı kontrollere göre azalma bulunmuştur [89][90][91].

PB tedavisinde birinci basamakta kullanılan iki yöntem olan ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapide, bilişsel ve nöroanatomik kuramlar temel alınmaktadır. İlaç tedavisi amigdala ve beyin sapı seviyesinde, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ise prefrontal korteks bölgesinde etki ederek PB'nin tedavisinde kullanılmaktadır [3].

4.3. Genetik etmenler

PB ile ilgili yapılan aile çalışmalarında; bu hastaların birinci derece akrabaları normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla PB tanısı konulmuştur [92]. İkiz çalışmaları PB'nin gelişiminde genetik etmenlerin de önemli rol oynadığını göstermektedir [93][48].

PB'nin genetik kökenine dair özellikle son yirmi yılda oldukça fazla araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda çok sayıda potansiyel aday gen tanımlanmasına rağmen PB fenotipi ile doğrudan ilişkili bir genetik varyant bulunamamıştır. Ancak öne çıkan birkaç aday lokus saptanabilmiştir [94].

Kohort tabanlı çalışmalarda, NPSR1 geninin T aleli kadınlarda PB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu alel aynı zamanda PB hastalarında daha yüksek kalp hızı, daha ciddi hastalık belirtileri ve kaçınma davranışları ile de ilişkilendirilmiştir [95].

Kortikotrofin salgılayıcı hormon reseptörü 1 (CRHR 1) genindeki çeşitli varyantlar yine kadınlarda PB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur [96].

G-protein bağlı sinyal reseptörleri ailesinin bir üyesi olan RGS2 proteinindeki tek nükleotit polimorfizmleri, PB gelişimi ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkili bulunmuştur. Bu polimorfizmler daha fazla agorafobik düşünceler ve kaçınma davranışları ile de ilişkilendirilmiştir [97].

Serotonin taşıyıcı gen promotör bölgesindeki (5-HTTLPR) düşük ekspresyon genotipi PB'nin psikoterapiye tedavi yanıtı ve tedavi öncesi kaçınma davranışları ile ilişkili bulunmuştur [98].

Monoamin oksidaz A (MAOA) geninin daha uzun ve aktif alelleri, MAOA ekspresyonunu artırarak kadınlarda PB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Uzun alele sahip PB hastalarında, bilişsel davranışçı terapide yer alan alıştırma egzersizlerinden sonra korku tepkilerinde azalma olmadığı görülmüştür. MAOA genindeki bu polimorfizmlerin daha şiddetli PB belirtileri, daha kötü bir klinik gidiş ve daha fazla kaçınma belirtisi ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir [99][100]. Menopoz sonrası dönemdeki sağlıklı kadınlarla yapılan bir çalışmada da, uzun alele sahip kişilerin daha yüksek anksiyete duyarlılığı gösterdikleri bulunmuştur [101]. Yüksek ekspresyon alelinin PB ile ilişkisinin kadın cinsiyetine özgü olduğu düşünülmektedir [102].

5. Doğal Seyir ve Eşlik Eden Bozukluklar

PB, zaman zaman alevlenmeler ve remisyonun görüldüğü, süreğen gidiş gösteren ve bu nedenle yaşam kalitesini önemli derecede azaltan bir ruhsal hastalıktır [103][104]. Belirgin bir heterojenite gösterir; hastalar arasında farklı klinik görünüm, farklı klinik gidişler ve farklı tedavi yanıtları görülebilir [105].

PB ciddi iş gücü kaybına neden olur. PB hastalarında işsizlik oranları daha yüksektir ve PB olmayan kişilere göre daha fazla medikal yardım aradıkları ve daha sık hastaneye yattıkları bilinmektedir [106]. ABD'de yapılan bir çalışmada, bir aylık süre zarfında PB olan kişilerin olmayanlara göre 2 kat daha fazla mesai günü çalışmadıkları ve ayda ortalama 1.7 iş gününü kaçırdıkları saptanmıştır [107].

Kanser, diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi kronik fiziksel hastalığı olanlara göre PB hastaları, daha az genel ve ruhsal iyilik hali tariflemektedirler [108]. PB hastalarında yaşam kalitesi belirgin şekilde azalmıştır; yaşam kalitesindeki belirgin azalma agorafobinin eşlik ettiği durumlarda daha da derinleşmektedir [6][109] [110][111].

PB’de serotonin geri alım inhibitörleri ile 8-12 haftalık tedavi sonrası farklı çalışmalarda hastaların %17-61’inin tedaviye yanıtının olmadığı görülmüştür [112][113]. Venlafaksin ile yapılan çalışmalarda, 10-12 haftalık tedavi sonrası remisyona girmeyen hastaların oranları %49-64 arasında olduğu saptanmıştır [114].

PB hastalarının tedavinin ilk bir yılında yaklaşık yarısı, iki yıllık tedaviden sonra yaklaşık üçte biri remisyona girmemektedir [115]. Remisyona giren hastaların yaklaşık olarak yarısında daha sonraki yıllarda hastalık tekrarlamaktadır [116][117][103].

Bilişsel davranışçı terapi sonrası çeşitli çalışmalarda %50-60 arasında remisyon oranları saptanmış; ancak izlemde yüksek oranda nüksetme görülmüştür [118][119][120].

PB’ye sıklıkla başka bir ruhsal hastalık eşlik eder. Majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozukluğu, sosyal fobi ve özgül fobiler, PB’ye sıklıkla eşlik eden ruhsal bozukluklardır [121].

Yapılan bazı çalışmalarda PB hastalarının %68’inde yaygın anksiyete bozukluğunun, %38.6’sında majör depresyonun eşlik ettiği saptanmıştır [122][123]. Ancak çoğu çalışmada, PB’ye en sık eşlik eden ruhsal hastalığın majör depresif bozukluk olduğu bulunmuştur [105][8][124][125].

Kessler ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, PB hastalarının yaklaşık dörtte birinde agorafobinin eşlik ettiği, %50-60’nda ise başka bir ruhsal hastalığın bulunduğu saptanmıştır [8].

B. Psikolojik Dayanıklılık

1. Tanım

Amerikan Psikiyatri Birliği psikolojik dayanıklılığı; sıkıntı, travma, trajedi, aile ve ilişki sorunları, ciddi sağlık sorunları, iş ve finansal stresler gibi önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlayabilme süreci olarak tanımlarken, araştırmalar psikolojik dayanıklılığın bireylerde nadir rastlanan bir özellik olmadığını, aksine her bireyde rastlanan bir özellik olduğunu göstermektedir [126].

Psikolojik dayanıklılık, biyolojik ve psikolojik gelişim sürecine olumsuz etkide bulunacak durumlara karşı pozitif uyumun elde edilmesini sağlayan dinamik bir süreç olarak da tanımlanmaktadır [127][128].

Masten ve arkadaşları (1990) psikolojik dayanıklılığı olan grubu üçe ayırmaktadırlar; psikopatoloji gelişimi için riskli bireylerde beklenenden daha iyi sonuçların var olduğu grup, stres verici durumların varlığında uyum halini devam ettirebilen grup ve travma sonrası iyileşen grup [129].

2. Tarihçe

Psikolojik dayanıklılık kavramı literatürde ilk kez 1960'lı yılların sonlarında karşımıza çıkması rağmen, bu kavrama dair bilgimizi artıracak asıl araştırmalar 1970'li yıllarda yapılmaya başlanmıştır. Riskli gruplarda koruyucu faktörler üzerine çalışmalar yapan Norm Garmezy, konuyla ilgili ilk araştırmaları yapan ve konunun önemini ilk vurgulayan araştırmacılardan birisidir [13].

Garmezy ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarının çocuklarının yetkinlik ve uyum becerilerinin araştırıldığı çalışmayla, psikolojik dayanıklılık kavramı ilk kez bir çalışmanın merkezine konulmuştur. Bu çalışmalarla, çocuklukta psikolojik dayanıklılığın ve sıkıntıya yanıt olarak verilen tepkilerin bireyler arasında çeşitlilik gösterdiği gözler önüne serilmiştir [130][131].

Werner ve arkadaşlarının Hawaii'deki çocuklar ile ilgili izlem çalışması bu konuda çığır açmış; olmakla birlikte, bu çalışma sonrası psikolojik dayanıklılık ve koruyucu faktörler ayrıntılı bir şekilde araştırılmaya başlanmıştır [132][133][127]. İlk etapta araştırılan faktörlerin başlıcaları ebeveynin ruhsal hastalığı, kötü muamele, kentsel yoksulluk ve topluluk şiddeti, kronik hastalıklar ve yıkıcı yaşam olaylarıdır [134][135][136][137].

Psikolojik dayanıklılığa dair ilk çalışmalar, olumsuz yaşam koşulları nedeniyle psikopatoloji gelişimi açısından risk altında olan çocukları uzun yıllar boyunca takip edip sosyal, ekonomik ve mesleki durumlarını değerlendirerek yapılmış ve bu süreçte daha az psikopatoloji geliştirmiş olan çocuklar psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler olarak nitelendirilmişlerdir [138].

3. İlişkili Faktörler

Psikolojik dayanıklılık düzeyinin hem biyolojik hem de psikososyal belirleyicileri olduğu düşünülmektedir [13].

3.1. Çevresel ve Psikolojik Etmenler

Sosyoekonomik düzey psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler arasında en çok araştırılmış olanıdır [139]. Ebeveynin düşük statülü bir mesleğinin olması, annenin eğitim düzeyinin düşük olması, ebeveynlerden birinin yokluğu, psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili olup psikolojik dayanıklılık düzeyini azaltmaktadır [140].

Entelektüel kapasitenin iyi olması ve kişinin kendi hayatı üzerinde kontrol hissine sahip olması, psikolojik dayanıklılığı arttıran koruyucu faktörler olarak tanımlanmaktadır [141][142]. Kişinin kendi hayatı üzerinde kontrol hissini artmasıyla aktif başa çıkma yöntemlerinin kullanımının arttığı; bu durumun sonucunda da psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı düşünülmektedir [143][144].

Sıcaklık, spontanlık ve dışavurum gibi yüksek sosyal becerilere sahip çocukların daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeylerine sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [145].

Zeka ve psikolojik dayanıklılık ilişkisine dair literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalar yüksek zekanın psikolojik dayanıklılık düzeylerini arttırdığını göstermekle birlikte, stres seviyesi arttıkça zekanın psikolojik dayanıklılık düzeyine olan olumlu katkısının gittikçe azaldığı gösterilmiştir [146][147]. Bazı çalışmalar ise, daha yüksek zekaya sahip çocukların çevresine karşı daha yüksek hassasiyet gösterdiğini, bunun da kişinin psikolojik dayanıklılık düzeyini azalttığını saptamıştır [148].

Olumlu yaşam olayları da psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkileyen değişkenlerden birisidir; ancak çalışmalarda bu etkinin ne yönde olduğuna dair farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Olumlu yaşam olaylarının psikolojik dayanıklılığı artırıcı etkisini, yalnızca olumsuz yaşam olaylarını takiben yaşanması halinde gösterdiği düşünülmektedir [149][150].

Olumsuz yaşam olayları ve travmatik yaşantıların psikolojik dayanıklılık düzeyi üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda da yine farklı sonuçlar elde edilmiştir. Genel kanı, olumsuz yaşam olaylarının psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinin kişiler arası belirgin farklılıklar gösterdiği ve bu olayların zamanlamasının etkinin yönünü belirlediği şeklindedir [151][152]. Çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin belirleyicileri olarak, bakım veren ile kurulan tutarlı ve olumlu ilişkiler ve çocuğun yetkinliği olduğu düşünülmektedir [153][154].

Benlik (ego) gelişim düzeyi ile psikolojik dayanıklılık düzeyi çalışmalarda doğrudan ilişkili bulunmuştur [155][139].

Destekleyen sosyal yapılar ve yakınlık hissi, psikolojik dayanıklılık düzeyini artıran faktörler arasında yer almaktadır [156][157].

Aktif başa çıkma stratejileri ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur; bu ilişki iki yönlü bir ilişki olarak değerlendirilmektedir. Aktif başa çıkma stratejileri kullanıldıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı, yine aynı şekilde psikolojik dayanıklılık düzeyi arttıkça daha fazla aktif başa çıkma stratejisinin kullanıldığı düşünülmektedir [14][158].

3.2. Biyolojik Etmenler

Psikolojik dayanıklılık düzeyini etkileyen biyolojik faktörlerden bir tanesi nöropeptit Y salınımıdır. Nöropeptit Y lokusundaki genetik çeşitlilikler, psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur [159][160][161].

Hipotalamik-pituiter-adrenal ekseninde etkili olan CRHR1 ve FKBP5 gen bölgelerindeki genetik çeşitlilikler, psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur [162][163].

Noradrenerjik ve dopaminerjik sistemi düzenleyen çeşitli gen bölgelerinde görülen genetik çeşitlilikler de, psikolojik dayanıklılık düzeyini etkilemektedir. Bunlardan en bilineni Katekol-O-Metiltransferaz (COMT) gen polimorfizmidir [164][165]. Sadece dopaminerjik sistem üzerinden psikolojik dayanıklılık düzeyini etkileyen gen polimorfizmleri de bulunmuştur; dopamin reseptör genlerinden DRD2 ve DRD4 polimorfizmi ve dopamin taşıyıcı genlerinden olan DAT1 polimorfizmi bunlar arasında yer alır [166][167][168].

Serotonerjik sistem üzerine yapılan araştırmalarda ise, serotonin taşıyıcı geninin promotör bölgesindeki (5-HTTLPR) polimorfizmler, HTR1A, HTR3A ve HTR2C gibi serotonin reseptör genlerindeki polimorfizmler yine psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur [169][170][171][172].

Yapılan genetik çalışmaların tümünde bulgular gen polimorfizmlerinin psikolojik dayanıklılık üzerine etkilerinin gen-çevre ve gen-gen etkileşimleri sonucu gerçekteştiğini düşündürmektedir [173].

4. Psikopatoloji Üzerine Etkileri

Psikolojik dayanıklılık düzeyi, stres verici olay ile karşılaşma sonrasında psikopatoloji gelişimini yordayan faktörlerden birisidir [174].

Fiziksel hastalığı olan kişilerde psikolojik dayanıklılığın psikopatoloji gelişimi üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar literatürde oldukça yaygındır. Kardiyovasküler hastalık geçirmiş kişilerden anksiyete ve depresif belirtileri gösterenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha düşük bulunmuştur [175]. Renal kanseri olan hastalar ile yapılan bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyi düşük olan hastaların daha çok anksiyete ve depresyon belirtisi gösterdikleri saptanmıştır [176].

Anyan ve arkadaşları (2016) ergenler ile yaptıkları bir çalışmada, stres verici olaylarla karşılaşma sonrası depresyon belirtilerinin gelişmesine düşük psikolojik dayanıklılık düzeylerinin aracılık ettiğini saptamışlardır [174].

Travmatik yaşantı sonrası psikiyatrik belirti varlığı, düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur [177][15][178][179]. Yüksek psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise, travmatik yaşantı sonrası aktif başa çıkma mekanizmalarının kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır [15]. Travma sonrası stres bozukluğunda psikolojik dayanıklılık düzeyleri, hastalık şiddetinden bağımsız olarak psikososyal işlevsellikle ilişkili bulunmuştur [180].

Galderisi ve arkadaşlarının (2014) 921 şizofreni hastası ile yaptıkları çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile işlevsellik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [181]. Daha küçük örneklem grubu ile yapılan başka bir çalışmada, şizofreni hastalarında düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile kötülük görme hezeyanlarının ilişkili olduğu gözlenmiştir [182].

Bozikas ve arkadaşlarının (2016) şizofreni hastaları ile yaptığı bir çalışmada, hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur; ayrıca şizofreni hastalarında daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyi daha az

pozitif belirti, daha az genel psikopatolojik belirti ve daha iyi sosyal ve mesleki işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur [183][184].

Kanada’da psikoz için yüksek risk grubunda yapılan bir çalışmada, yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyleri; daha düşük düzeyde anksiyete, depresyon ve negatif belirtiler ile ilişkili bulunmuştur [10].

Şizofreni hastaları ile yapılan çeşitli çalışmalarda, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile hastaların yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir [16][185][186].

Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan çalışmalarda da, psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuş; hastalarda psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça daha az depresif belirti saptanırken yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikte artış saptanmıştır [16][187][12][11].

Major depresif bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, psikolojik dayanıklılık düzeyleri; hastalardaki kalıntı belirtiler, yürütücü işlev bozuklukları ve emosyon düzenleme sorunları ile ilişkili bulunmuştur [188]. Major depresif bozukluk hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyleri hastalık şiddeti ile ilişkili bulunmuş ve remisyona giren hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin remisyona girmeyen hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır [189]. Major depresif bozuklukta psikolojik dayanıklılık düzeyi, hastalık şiddetinden bağımsız olarak psikososyal işlevsellik düzeyi ile ilişkili bulunmuştur [180].

Major depresif bozukluğu olan hastalarda düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri, intihar fikirlerinin ve intihar girişiminin varlığı ile ilişkili bulunmuştur [190][191]. Kendine zarar verme öyküsü olan kişilerde, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin intihar riskini belirlemede anlamlı olduğu gözlenmiştir [192].

Calvete ve arkadaşlarının (2018) yeme bozukluğu hastaları ile yaptığı bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyleri yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuş; takiplerde psikolojik dayanıklılık düzeylerindeki artışın hastalık belirtilerindeki azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir [193].

Farklı psikiyatrik hastalıkları olan 592 hastayla yapılan bir çalışmada, psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile iyileşme büyük oranda ilişkili bulunmuştur [17]. Yine farklı psikiyatrik tanıları olan hastalarla yapılan daha küçük ölçekli bir çalışmada, tedavi ile psikolojik dayanıklılık düzeylerinin arttığı, belirtilerdeki ve sıkıntı düzeyindeki azalmanın psikolojik dayanıklılık düzeylerindeki artış ile bağıntılı olduğu saptanmıştır [18].

III. GEREÇ VE YÖNTEM

A. Örneklem

Araştırmanın örneklemini; Nisan 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran ve DSM-IV'e göre "agorafobi olmadan panik bozukluğu" ya da "agorafobi ile birlikte panik bozukluğu" tanıları konulan 18-65 yaş arasındaki 35 hasta ve hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim yılı yönünden eşleştirilmiş 33 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Çalışmaya, alınan hastaların 17'sinde agorafobi mevcuttur. Katılım gönüllülük esasına dayalı olmuştur.

Araştırmanın işleme ve dışlama ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir.

İşleme ölçütleri:

1. DSM-IV'e göre, agorafobi olmadan panik bozukluğu ya da agorafobi ile birlikte panik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamak,
2. 18-65 yaş aralığında olmak,
3. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak.

Dışlama ölçütleri:

1. DSM-IV'e göre, agorafobi olmadan panik bozukluğu ve agorafobi ile birlikte panik bozukluğu dışında başka bir psikiyatrik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamak,
2. Okur-yazar olmamak,
3. Herhangi bir kronik fiziksel hastalığa sahip olmak.

B. Veri Toplama Araçları

Çalışma için, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu ve onay alındı. Tüm katılımcılara çalışmanın amacı, yöntemi ve olası riskleri ile ilgili sözel ve yazılı bilgi verildi ve bu ayrıntılı bilgileri içeren onam formu ile yazılı onayları alındı.

Sosyodemografik veri formu: Araştırmacılar tarafından katılımcının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık öyküsü gibi verilerinin kaydedilmesi için oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir veri formudur.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik

Versiyon (SCID-I/CV): DSM-IV' nin birinci eksen bozukluklarının tanısallık değerlendirme amacı ile geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Sırasıyla duygudurum epizodları, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşmaktadır. [194]. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır [195]. Katılımcılarda klinik tanıları taramak amacıyla kullanılmıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ): Çocukluk ve ergenlik döneminde istismar ve ihmal yaşantılarını niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçek 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı, CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır [196].

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE): Kişilerin günlük yaşamlarında güç ve ya sıkıntı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdiklerini değerlendirmede yararlı olan, 60 sorudan oluşan bir öz bildirime dayalı bir ölçektir. 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçek 15 alt ölçekten, alt ölçekler 4'er sorudan oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği, hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir. Alt ölçekler şunlardır: 1. Aktif başa çıkma, 2. Geri durma, 3. Plan yapma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Diğer meşguliyetleri bastırma, 6. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Duygusal sosyal destek kullanımı, 10. Kabullenme, 11. Davranışsal olarak boş verme, 12. Madde kullanımı, 13. İnkâr, 14. Zihinsel boş verme, 15. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma. Bu alt ölçeklerden ilk beşinin puanlarının toplamı Sorun Odaklı Başa Çıkma puanını, 6-10. alt ölçek puanlarının toplamı Duygusal Odaklı Başa Çıkma puanını, son beş alt ölçek puanlarının toplamı ise İşlevsel Olmayan Başa Çıkma puanını vermektedir [197].

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Depresif belirtilerin şiddetini ölçmeye yarayan görüşmeci tarafından doldurulan bir araçtır. Ölçek 17 sorudan oluşmaktadır ve her soru 0 ile 4 arasında puanlanır [198].

Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği : Agorafobinin eşlik ettiği ya da eşlik etmediği PB'nin şiddetini değerlendirebilmek için kullanılan görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. 7 sorudan oluşur, ölçek soruları 0 ile 4 arasında puanlanır [199].

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ): Kişilerin psikolojik dayanıklılığının boyutsal olarak değerlendirilmesinde kullanılan öz bildirim dayalı bir araçtır. Ölçek 33 sorudan oluşmaktadır; her soru 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Toplam 6 boyuttan oluşmaktadır: 1. Yapısal stil, 2. Gelecek algısı, 3. Aile uyumu, 4. Kendilik algısı, 5. Sosyal yeterlilik, 6. Sosyal kaynaklar. Yapısal stil ve gelecek algısı boyutu 4'er; aile uyumu, kendilik algısı ve sosyal yeterlilik boyutu 5'er, sosyal kaynaklar boyutu 6 madde ile ölçülmektedir. Şematik biçimde yapılan değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek ve ya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır [200]. Araştırmada puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması tercihi seçilerek işlem yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) : Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını değerlendirmede kullanılan görüşmeci tarafından doldurulan yarı yapılandırılmış bir araçtır. 14 sorudan oluşur ve her soru 0 ile 4 arasında puanlanır [201].

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF): Yaşam kalitesini niceliksel olarak değerlendirebilmeyi sağlayan öz bildirim dayalı bir araçtır. Ölçek 27 sorudan oluşmaktadır ve her soru 1 ile 5 arasında puanlanır. 4 alt ölçeği vardır: 1. Fiziksel, 2. Psikolojik, 3. Sosyal ilişkiler, 4. Çevresel alandır. 27. soru ölçeğin yalnızca Türkçe sürümünde bulunmaktadır ve kullanıldığında çevre puanı çevre-TR olarak adlandırılır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır [202].

C. İşlem

Hastalar ve sağlıklı kontroller ile görüşmeler 45 ve 30 dakikalık iki oturumda gerçekleştirilmiştir. Birinci oturumda görüşmeciler ile klinik görüşme yapılmış ve SCID-I uygulanmıştır. Bu aşamada hasta grubunda agorafobi olmadan panik bozukluğu ya da agorafobi ile birlikte panik bozukluğu dışında majör psikopatoloji saptananlar ile sağlıklı kontrol grubunda herhangi bir majör psikopatoloji saptanan kişiler çalışmadan çıkartılmıştır. Sonrasında kişilere Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği uygulandıktan sonra ilk oturum sonlandırılmıştır. İkinci oturumda kişiye öz bildirimine dayalı Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, WHOQOL-BREF, COPE ve CTQ-28 verilmiş ve tamamlandıktan sonra görüşme sağlıklı kontroller için sonlandırılmıştır.

Hasta grubuna ise görüşme sonunda kliniğimiz Anksiyete Bozuklukları Birimi'nde de uygulandığı şekilde bir seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGI) ile tedaviye başlanmıştır. Bu aşamada 5 hasta ilaç tedavisini kabul etmediği için görüşmeler sonlandırılmıştır. İlaç kullanımına başlanan hastalardan 9'u takiplerine devam etmemiştir. İlaç tedavisi başlanan ve takiplerine devam eden 21 hasta ile tedavi yanıtını değerlendirmek amacıyla 12 ile 16. haftalar arasında 30 dakika süren birer görüşme yapılmıştır; bu görüşmede Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği uygulanmıştır.

D. Veri Analizi

Klinik verilerin analizi için IBM SPSS 22 programı kullanıldı. Analiz yöntemlerinin seçiminde; niteliksel değişkenler non-parametrik yöntemlerle analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerden, basıklık ve çarpıklık değerleri göz önüne alınarak normal dağılıma uyanlar parametrik yöntemlerle, normal dağılıma uymayanlar non-parametrik yöntemlerle analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için istatistiksel hata olasılığının %5' in altında olması ($p < 0,05$) gerekliliği kabul edilmiştir.

IV. BULGULAR

A. Sosyodemografik Veriler

Çalışmanın örneklemini 35 panik bozukluğu hastası ve 33 sağlıklı kontrol olmak üzere iki grup ve 68 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların niteliksel sosyodemografik özellikleri Tablo 1’ de, niceliksel sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler, Niteliksel

		Panik Bozukluğu		Sağlıklı Kontrol			
		n	%	n	%	x ²	p
Cinsiyet	Kadın	25	71,4	23	69,6	0,250	0,876
	Erkek	10	28,6	10	30,4		
Medeni Durum	Evli	21	60	16	51,5	0,908	0,341
	Bekar	14	40	17	48,5		
Okurken Sene Kaybı	Var	3	8,6	6	18,2	0	0,209
	Yok	32	91,4	27	81,8		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	28	80	4	12,2	31,413	<0,001
	Yok	7	20	29	87,8		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	23	65,7	32	96,9	10,731	0,001
	Çalışmıyor	12	34,3	1	3,1		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	14	40	6	18,2	3,895	0,048
	Yok	21	60	27	81,8		
Sigara Kullanımı	Var	15	42,9	9	30,4	1,578	0,209
	Yok	20	57,1	23	69,6		
Alkol Kullanımı	Var	15	42,9	12	35,4	0,299	0,584
	Yok	20	57,1	21	63,6		
Madde Kullanımı	Var	2	5,8	0	0	0	0,261
	Yok	33	94,2	33	100		
Doğum Komplikasyonu	Var	3	8,6	1	3,1	0	0,330
	Yok	32	91,4	32	96,9		
İntihar Girişimi	Var	2	5,8	1	3,1	0	0,522
	Yok	33	94,2	32	96,9		

Tablo 1’de gösterilen niteliksel veriler ki kare bağımsızlık testleri ile analiz edilmiştir. Analizlerde gruplarda kontenjans tablolarında beklenen yüzde değişkenlerine göre, Fisher’ in kesin ki kare testi ve ya Pearson’ un ki kare testi uygulanmıştır.

Katılımcıların okurken sene kaybı, madde kullanımı, doğum komplikasyonu ve intihar girişimi değişkenleri Fisher’in kesin ki kare testi ile, diğer niteliksel veriler Pearson’ un ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Uygulanan testlerin sonucunda değişkenlerin istatistiksel anlamlılık açısından p değerleri Tablo 1’ de gösterilmiştir.

Çalışmaya 23’ ü sağlıklı gönüllü, 25’ i PB hastası olmak üzere 48 kadın, 10’u sağlıklı gönüllü, 10’u PB hastası olmak üzere 20 erkek katılımcı dahil olmuştur. Gruplar arasında kadın erkek dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,876$).

Gruplar arasında medeni durum, okurken sene kaybı, doğum komplikasyonu, intihar girişimi, alkol-madde ve sigara kullanımı verileri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Psikiyatrik özgeçmiş ($p<0,001$), çalışma durumu ($p=0,001$) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ($p=0,048$) gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiştir.

Katılımcıların niceliksel sosyodemografik verileri Bağımsız Örneklem t testi ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Sosyodemografik Veriler, Niceliksel

	Panik Bozukluğu		Sağlıklı Kontrol			p
	Ortalama $\pm$ SS	Medyan	Ortalama $\pm$ SS	Medyan		
Yaş	32,51 $\pm$ 1,63	30	32,69 $\pm$ 1,66	30	t=-0,078	0,938
Eğitim Yılı	12,11 $\pm$ 0,70	12	12,24 $\pm$ 0,76	14	Z= -0,180	0,857
Kardeş Sayısı	3,54 $\pm$ 0,24	3	3,39 $\pm$ 0,25	3	Z= -0,228	0,820

Sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 32,69 $\pm$ 1,66 ve PB grubunun yaş ortalaması 32,51 $\pm$ 1,63 olarak bulunmuş, iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p=0,938$). Gruplar eğitim durumu açısından incelendiğinde, sağlıklı kontrol grubunun ortalamasının 12,24 $\pm$ 0,76, PB grubunun ortalamasının ise 12,11 $\pm$ 0,70 olduğu görülmüş, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,857$). İki grup kardeş sayısı açısından da anlamlı fark sergilememiştir ($p=0,820$).

B. Klinik Ölçekler

Depresyon ve anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesinde kullanılan HAM-A ve HAM-D ölçeklerinin puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: HAM-A, HAM-D Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

	Panik Bozukluğu		Sağlıklı Kontrol		Z	p
	Ortalama $\pm$ SS	Medyan	Ortalama $\pm$ SS	Medyan		
HAM-A	15,94 $\pm$ 1,276	14	2,72 $\pm$ 0,461	2	-6,895	<0,001
HAM-D	7,34 $\pm$ 0,566	7	1,27 $\pm$ 0,299	1	-6,559	<0,001

HAM-A ve HAM-D puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında HAM-A puanı ($p<0,001$) ve HAM-D puanı ($p<0,001$) arasında anlamlı farklılık göstermiştir.

Psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmek için kullanılan YPDÖ toplam puanının, kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar alt ölçeklerinin puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği	Panik Bozukluğu		Sağlıklı Kontrol			p
	Ortalama $\pm$ SS	Medyan	Ortalama $\pm$ SS	Medyan		
Toplam Puan	122,77 $\pm$ 3,015	123	127,27 $\pm$ 2,878	130	t= -1,077	0,285
Kendilik Algısı Puanı	21,82 $\pm$ 0,634	22	21,45 $\pm$ 0,685	22	t=0,401	0,690
Gelecek Algısı Puanı	14,71 $\pm$ 0,536	14	15,69 $\pm$ 0,446	16	t= -1,398	0,167
Yapısal Stil Puanı	15,65 $\pm$ 0,427	16	16,06 $\pm$ 0,541	17	Z=-1,009	0,313
Sosyal Yeterlilik Puanı	21,34 $\pm$ 0,704	21	22,51 $\pm$ 0,620	22	t= -1,244	0,218
Aile uyumu Puanı	22,71 $\pm$ 0,679	23	23,63 $\pm$ 0,754	24	t= -0,910	0,366
Sosyal Kaynaklar Puanı	26,45 $\pm$ 0,806	27	27,90 $\pm$ 0,775	29	t= -1,295	0,200

YPDÖ toplam puanı, alt ölçeklerden kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar puanlarının analizinde Bağımsız Örneklem t testi kullanılmıştır. Yapısal stil alt ölçeğinin puanı ise Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

YPDÖ toplam puanı ($p=0,285$), kendilik algısı ($p=0,690$), gelecek algısı ($p=0,167$), yapısal stil ($p=0,313$), sosyal yeterlilik ($p=0,218$), aile uyumu ($p=0,366$) ve sosyal kaynaklar ($p=0,200$) puanları arasında iki grup arasında anlamlılık bulunamamıştır.

Yaşam kalitesinin değerlendirildiği WHOQOL-BREF ölçeğinin toplam puanının, genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri Tablo 5’ te gösterilmiştir.

Tablo 5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF)
Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

WHOQOL-BREF	Panik Bozukluğu		Sağlıklı Kontrol			p
	Ortalama $\pm$ SS	Medyan	Ortalama $\pm$ SS	Medyan		
Toplam Puan	89,4 $\pm$ 2,047	88	99,72 $\pm$ 2,009	101	Z= -3,298	0,001
Genel Sağlık Durumu Puanı	5,91 $\pm$ 0,225	6	7,21 $\pm$ 0,237	7	t= -3,963	<0,001
Fiziksel Sağlık Puanı	23,85 $\pm$ 0,861	23	29,51 $\pm$ 0,554	30	t= -5,5526	<0,001
Psikolojik Sağlık Puanı	20,82 $\pm$ 0,522	21	22,60 $\pm$ 0,548	23	t= -2,347	0,022
Sosyal İlişkiler Puanı	10,34 $\pm$ 0,347	11	11,12 $\pm$ 0,350	11	t= -1,576	0,120
Çevre Puanı	28,45 $\pm$ 0,746	28	29,18 $\pm$ 0,924	30	t= -0,610	0,544

WHOQOL-BREF toplam puanı Mann-Whitney U testi ile, tüm alt ölçek puanları ise Bağımsız Örneklem t testi ile analiz edilmiştir.

İki grup arasında WHOQOL-BREF toplam puanı ($p=0,001$), genel sağlık durumu alt ölçeği puanı ($p<0,001$), fiziksel sağlık alt ölçeği puanı ($p<0,001$) ve psikolojik sağlık alt ölçeği puanı ($p=0,022$) arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenirken, sosyal ilişkiler alt ölçeği puanı ($p=0,120$) ve çevre alt ölçeği puanı ($p=0,544$) arasında anlamlılık gösterilememiştir.

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarını değerlendirmek için kullanılan CTQ ölçeğinin toplam puanının, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt ölçeklerinin puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri Tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

CTQ	Panik Bozukluğu		Sağlıklı Kontrol			p
	Ortalama $\pm$ SS	Medyan	Ortalama $\pm$ SS	Medyan		
Toplam Puanı	33,51 $\pm$ 1,234	31	35,36 $\pm$ 1,322	34	t= -1,023	0,310
Duygusal İstismar Puanı	6,31 $\pm$ 0,361	5	7,03 $\pm$ 0,457	6	Z= -1,378	0,168
Fiziksel İstismar Puanı	5,57 $\pm$ 0,246	5	5,09 $\pm$ 0,066	5	Z= -2,193	0,028
Fiziksel İhmal Puanı	6,62 $\pm$ 0,422	5	6,93 $\pm$ 0,428	6	Z= -0,755	0,451
Duygusal İhmal Puanı	9,42 $\pm$ 0,499	9	10,18	10	t= -1,007	0,318
Cinsel İstismar Puanı	5,57 $\pm$ 0,250	5	6,12 $\pm$ 0,388	5	Z= -0,999	0,318

CTQ toplam puanı ve duygusal ihmal alt ölçeği puanı Bağımsız Örneklem t testi ile analiz edilirken diğer alt ölçeklerin istatistiksel analizinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. CTQ toplam puanı (p=0,310), duygusal istismar (p=0,168), fiziksel ihmal (p=0,451), duygusal ihmal (p=0,318) ve cinsel istismar (p=0,318) alt ölçek puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık gösterilememiştir. Yalnızca fiziksel istismar alt ölçeği puanında iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,028).

Başa çıkma tutumlarını değerlendirmek için kullanılan COPE ölçeğinin sorun odaklı başa çıkma, duygusal odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

COPE	Panik Bozukluğu		Sağlıklı Kontrol			p
	Ortalama $\pm$ SS	Medyan	Ortalama $\pm$ SS	Medyan		
Sorun Odaklı Başa Çıkma Puanı	54,77 $\pm$ 1,51	55	57,54 $\pm$ 1,29	60	t= -1,383	0,171
Duygusal Odaklı Başa Çıkma Puanı	54,2 $\pm$ 1,20	54	54,54 $\pm$ 1,54	54	t= -0,178	0,859
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Puanı	41,74 $\pm$ 1,29	42	38,21 $\pm$ 1,24	36	Z=-1,973	0,049

Sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma alt ölçeklerinin istatistiksel analizi

Bağımsız Örneklem t testi ile, işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçeği puanının analizi ise Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Sorun odaklı başa çıkma alt ölçeği puanı (p=0,171) ve duygusal odaklı başa çıkma alt ölçeği puanı (p=0,859) arasında gruplar arası istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir. Yalnızca işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçeği puanında iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,049).

C. Psikolojik Dayanıklılık - Klinik Değişkenler İlişkisi

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin, CTQ ölçekleri ile olan ilişkileri analiz edilmiş, 2 ayrı tablo ile gösterilmiştir (Tablo 8,9). Tablo 8’de PB hastalarının, Tablo 9’da ise kontrol grubunun ilişki analizleri sunulmuştur. Bağlantı analizleri Pearson bağlantı testi ile yapılmıştır.

Tablo 8: YPDÖ Puanları ile CTQ Alt Ölçek Puanlarının Bağlantısı (Panik Bozukluğu Grubu)

		CTQ Duygusal İstismar Puanı	CTQ Fiziksel İstismar Puanı	CTQ Fiziksel İhmal Puanı	CTQ Duygusal İhmal Puanı	CTQ Cinsel İstismar Puanı
YPDÖ Toplam Puanı	R	-0,414*	-0,395*	-0,490**	-0,700**	-0,377*
	p	0,013	0,019	0,003	<0,001	0,026
	N	35	35	35	35	35

Tablo 9: YPDÖ Puanları ile CTQ Alt Ölçek Puanlarının Bağlantısı (Kontrol Grubu)

		CTQ Duygusal İstismar Puanı	CTQ Fiziksel İstismar Puanı	CTQ Fiziksel İhmal Puanı	CTQ Duygusal İhmal Puanı	CTQ Cinsel İstismar Puanı
YPDÖ Toplam Puanı	R	-0,379*	-0,102	-0,135	-0,410*	0,039
	p	0,030	0,573	0,455	0,018	0,830
	N	33	33	33	33	33

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin WHOQOL-BREF alt ölçekleri ile olan bağıntı analizleri yapılmış 2 ayrı tablo ile gösterilmiştir (Tablo 10,11). Tablo 10’da PB hastalarının, Tablo 11’de ise kontrol grubunun ilişki analizleri sunulmuştur. Normal dağılan değişkenlerin analizinde Pearson bağıntı testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerin analizinde Spearman bağıntı testi kullanılmıştır.

Tablo 10: YPDÖ Puanları ile WHOQOL-BREF Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Panik Bozukluğu Grubu)

		WHOQOL-BREF Genel Sağlık Durumu Puanı	WHOQOL-BREF Fiziksel Sağlık Puanı	WHOQOL-BREF Psikolojik Sağlık Puanı	WHOQOL-BREF Sosyal İlişkiler Puanı	WHOQOL-BREF Çevre Puanı
YPDÖ Toplam Puanı	R	0,530**	0,425*	0,339*	0,427*	0,405*
	p	0,001	0,011	0,047	0,011	0,016
	N	35	35	35	35	35

Tablo 11: YPDÖ Puanları ile WHOQOL-BREF Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Kontrol Grubu)

		WHOQOL-BREF Genel Sağlık Durumu Puanı	WHOQOL-BREF Fiziksel Sağlık Puanı	WHOQOL-BREF Psikolojik Sağlık Puanı	WHOQOL-BREF Sosyal İlişkiler Puanı	WHOQOL-BREF Çevre Puanı
YPDÖ Toplam Puanı	R	0,296	0,213	0,559**	0,352*	0,401*
	p	0,095	0,233	0,001	0,044	0,021
	N	33	33	33	33	33

Psikolojik dayanıklılık ölçeğinin COPE alt ölçekleri ile olan bağıntı analizleri yapılmış 2 ayrı tablo ile gösterilmiştir (Tablo 12,13). Tablo 12’de PB hastalarının, Tablo 13’de ise kontrol grubunun ilişki analizleri sunulmuştur. Normal dağılan değişkenlerin analizinde Pearson bağıntı testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerin analizinde Spearman bağıntı testi kullanılmıştır.

Tablo 12: YPDÖ Puanları ile COPE Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Panik Bozukluğu Grubu)

		Sorun Odaklı Başa Çıkma Tutumu Puanı	Duygusal Odaklı Başa Çıkma Tutumu Puanı	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumu Puanı
YPDÖ Toplam Puanı	R	0,388*	0,164	0,388*
	p	0,021	0,345	0,021
	N	35	35	35

Tablo 13: YPDÖ Puanları ile COPE Alt Ölçek Puanlarının Bağıntısı (Kontrol Grubu)

		Sorun Odaklı Başa Çıkma Tutumu Puanı	Duygusal Odaklı Başa Çıkma Tutumu Puanı	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumu Puanı
YPDÖ Toplam Puanı	R	0,215	0,27	-0,116
	p	0,23	0,128	0,522
	N	33	33	33

D. Panik Bozukluğu Şiddeti – Klinik Değişkenler İlişkisi

Panik bozukluğu şiddeti ölçeği ile YPDÖ ölçeğinin ilişkisi, Pearson bağıntı testi ile analiz edilmiş ve sonuçları Tablo 14 ile gösterilmiştir.

Tablo 14: PBŞÖ Puanları ile YPDÖ Ölçek Puanlarının Bağıntısı

		YPDÖ Toplam Puanı	YPDÖ Kendilik Algısı Puanı	YPDÖ Gelecek Algısı Puanı	YPDÖ Yapısal Stil Puanı	YPDÖ Sosyal Yeterlilik Puanı	YPDÖ Aile Uyumu Puanı	YPDÖ Sosyal Kaynaklar Puanı
Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği	R	-0,291	-0,163	-0,103	-0,269	-0,249	-0,174	-0,376*
	p	0,089	0,350	0,556	0,118	0,149	0,318	0,026
	N	35	35	35	35	35	35	35

Panik bozukluğu şiddeti ile CTQ ölçeğinin ilişkisi, Spearman bağıntı testi ile analiz edilmiş ve sonuçları Tablo 15 ile gösterilmiştir.

Tablo 15: PBŞÖ Puanları ile CTQ Ölçek Puanlarının Bağıntısı

		CTQ Toplam Puanı	CTQ Duygusal İstismar Puanı	CTQ Fiziksel İstismar Puanı	CTQ Fiziksel İhmal Puanı	CTQ Duygusal İhmal Puanı	CTQ Cinsel İstismar Puanı
Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği	R	0,128	-0,060	0,146	0,030	0,215	0,115
	p	0,464	0,733	0,401	0,865	0,215	0,511
	N	35	35	35	35	35	35

Panik bozukluğu şiddeti ile WHOQOL-BREF ölçeğinin ilişkisi, Spearman bağıntı testi ile analiz edilmiş ve sonuçları Tablo 16’ da gösterilmiştir.

Tablo 16: PBŞÖ Puanları ile WHOQOL-BREF Ölçek Puanlarının Bağıntısı

		WHOQOL-BREF Toplam Puanı	WHOQOL-BREF Genel Sağlık Durumu Puanı	WHOQOL-BREF Fiziksel Sağlık Puanı	WHOQOL-BREF Psikolojik Sağlık Puanı	WHOQOL-BREF Sosyal İlişkiler Puanı	WHOQOL-BREF Çevre Puanı
Panik	R	-0,509**	-0,399*	-0,551**	-0,256	-0,318	-0,164
Bozukluğu	p	0,002	0,018	0,001	0,138	0,062	0,348
Şiddet	N	35	35	35	35	35	35
Ölçeği							

Panik bozukluğu şiddeti ile COPE ölçeğinin ilişkisi, Pearson bağıntı testi ile analiz edilmiş ve sonuçları Tablo 17’ de gösterilmiştir.

Tablo 17: PBŞÖ Puanları ile COPE Ölçek Puanlarının Bağıntısı

		Sorun Odaklı Başa Çıkma Tutumu Puanı	Duygusal Odaklı Başa Çıkma Tutumu Puanı	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumu Puanı
Panik Bozukluğu	R	-0,034	-0,159	0,034
Şiddet Ölçeği	p	0,845	0,362	0,846
	N	35	35	35

E. Tedavi Sonrası Psikolojik Dayanıklılık ve Hastalık Şiddeti

SSGİ tedavisinin 12-16. haftaları arasında takibe devam eden 21 hasta değerlendirilmiştir. Panik bozukluğu şiddet ölçeğinin istatistiksel analizi Wilcoxon İşaret Sıralama testi ile YPDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanlarının istatistiksel analizi Eşleştirilmiş Örneklem t testi ile yapılmış, sonuçlar Tablo 15 ile gösterilmiştir.

Tablo 18: PBŞÖ ve YPDÖ Alt Ölçek Puanlarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası			p
	Ortalama±SS	Medyan	Ortalama±SS	Medyan		
PBŞÖ	13,52±0,942	13	2,14±0,553	2	Z= -4,019	<0,001
YPDÖ Toplam Puanı	127,04±3,567	130	129,04±3,202	134	t= -1,235	0,231
YPDÖ Kendilik Algısı Puanı	22,23±0,819	23	22,80±0,782	22	t= -1,073	0,296
YPDÖ Gelecek Algısı Puanı	15,71±0,680	16	14,71±0,548	15	t= 1,720	0,101
YPDÖ Yapısal Stil Puanı	16,00±0,609	16	17,00±0,402	17	t= -2,562	0,019
YPDÖ Sosyal Yeterlilik Puanı	22,28±0,802	22	23,00±0,669	23	t= -1,541	0,139
YPDÖ Aile Uyum Puanı	23,52±0,764	23	24,38±0,863	25	t= -1,718	0,101
YPDÖ Sosyal Kaynaklar Puanı	27,19±0,844	26	27,19±0,869	28	t= 0,000	1

F. Regresyon Analizi

PB grubu ile sağlıklı kontrol grubunu birbirinden ayırmakta bağımsız katkısı olan değişkenlerin araştırılması için gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlılık gösteren değişkenler lojistik regresyon analizine Enter yöntemi ile dahil edilmiştir, sonuçlar Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 19: Lojistik Regresyon Analizi

	B	Std. Error	Wald	df	p	Exp(B)
WHOQOL-BREF Toplam Puanı	-0,077	0,071	1,151	1	0,283	0,926
WHOQOL-BREF Genel Sağlık Durumu Puanı	0,494	0,349	2,003	1	0,157	1,639
WHOQOL-BREF Fiziksel Sağlık Puanı	0,416	0,15	7,669	1	0,006	1,516
WHOQOL-BREF Psikolojik Sağlık Puanı	0,042	0,186	0,052	1	0,819	1,043
CTQ Fiziksel İstismar Puanı	-0,831	0,768	1,169	1	0,280	0,436
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumu Puanı	-0,065	0,047	1,894	1	0,797	0,267

V. TARTIŞMA

A. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve eğitim süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Örnekleminizin sosyodemografik verileri incelendiğinde, PB hastalarında çalışma durumu, kişide geçmişte bir ruhsal hastalığın varlığı ve ailede ruhsal hastalığın varlığı verilerinin kontrol grubundan anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmüştür.

Grant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kişide ruhsal hastalık öyküsünün varlığı PB tanısı konulması için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir [203]. Çalışmamızda da bu bulgular ile uyumlu olarak PB tanısı konan kişilerin %80'nde daha önceden bir ruhsal hastalık tanısı olduğu görülmüştür.

Çeşitli çalışmalarda ailede ruhsal hastalık varlığının PB için risk faktörü olduğu gösterilmiştir [204][205][44]. Çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak PB hastalarında ailede ruhsal hastalık varlığı sağlıklı kontrollere göre daha fazla bulunmuştur.

Mojtabai ve arkadaşlarının ABD'de hastaların 10 yıllık klinik izlemi ile yaptıkları çalışmada PB tanısı konmuş kişilerde işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir [206]. Çalışmamızda, Mojtabai ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu olarak bir işte çalışma durumu PB grubunda sağlıklı kişilere göre çok daha düşük bulunmuştur.

Sigara, alkol ya da madde kullanımı açısından gruplar karşılaştırıldığında aralarında fark olmadığı gözlenmiştir. Sawchuk ve arkadaşları çalışmalarında PB'de sigara kullanımının 2 kat daha fazla olduğunu [207], Isensee ve arkadaşları ise PB hastalarında sigara kullanımının yaklaşık 3 kat daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

Alkol ve madde kullanımı PB hastalarında anksiyeteyi azaltmak için başvuru alan yöntemlerden biri olarak karşımıza çıkabilmektedir [208][209]. Ancak 2009 yılında Grant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, alkol ya da madde kullanımının PB hastalarında daha yüksek olmadığı belirlenmiştir [203]. Çalışmamıza alkol ve madde kötüye kullanımı olan kişiler dahil edilmediğinden bu konuda bir karşılaştırma yapma olanağı bulunmamaktadır.

B. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, çalışmamızda YPDÖ ile değerlendirilmiştir ve PB grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında hem toplam puan hem de alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmemiştir. PB grubunda psikolojik dayanıklılık düzeyini gösteren YPDÖ toplam puanının; yaşam kalitesi ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları ölçeklerinin tüm alt ölçekleri ile, başa çıkma tutumları ölçeğinin ise sorun odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını gösteren alt ölçekleri ile anlamlı olarak bağıntılı olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkilerini inceleyen çalışmalarda, bu ilişkinin hangi yönde olduğuna dair farklı sonuçlar mevcuttur. Bu ilişkinin karmaşık bir ilişki olduğu; olaylar üzerindeki kontrol hissi, başa çıkma tutumları ve sosyal destek varlığı gibi çeşitli değişkenlerin bu ilişkiyi belirlediği düşünülmektedir [138]. Rutter'in 1987 yılındaki çalışmasında, çocukluk çağı travmalarının psikolojik dayanıklılık düzeyine olumlu etkileri olduğu ve gelecekteki travmatik yaşantılara karşı koruyucu olduğu bulunmuştur [9]. Ancak çok sayıda yakın tarihli çalışma, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik dayanıklılık düzeyine olumsuz etkileri olduğunu ve ruhsal hastalıklar için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir [210][211][13]. Çalışmamızda da hem sağlıklı bireylerde hem de PB hastalarında, psikolojik dayanıklılık düzeyi ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında anlamlı negatif bağıntılar bulunmuştur.

Duygusal ihmal ve duygusal istismar yaşantıları her iki grupta da psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. Ancak, çocukluk çağı travmatik yaşantılarından fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar sağlıklı kişilerde psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmazken, PB hastalarında aynı değişkenler açısından negatif yönde bir ilişkinin var olduğu görülmüştür. Bu bulgular, bedensel duyumlara aşırı duyarlılığın ön planda olduğu PB'de, hastaların, çocukluk dönemlerinde, bedenin fiziksel ya da cinsel olarak zarar gördüğü durumlara karşı daha duyarlı ve daha savunmasız olabildiklerini, bu durumun da psikolojik dayanıklılık üzerinde olumsuz etki gösterdiğini düşündürmektedir.

PB grubunda hastalık öncesi dönemde de bedenlerine yönelik duyarlılığın daha yüksek bulunması, Poletti ve arkadaşlarının çalışmasında gösterilen anksiyete duyarlılığının ve insular korteksin PB etiyojisindeki yerini [77] destekleyen bir durum olarak yorumlanmıştır.

Şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalarda [185][16] ve yeme bozukluğu hastaları ile yapılan bir çalışmada [193], psikolojik dayanıklılık düzeyi yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda da yapılan bağıntı analizlerinde her iki grupta da yaşam kalitesi ile psikolojik dayanıklılık düzeyinin ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bulgu, yeme bozukluğu ve şizofreni hastaları ile yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Analize yalnızca sağlıklı kontrol grubu

dahil edildiğinde, bu ilişki genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık alanında kaybolmuştur; analize yalnızca PB grubu dahil edildiğinde ise genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık alanı da dahil olmak üzere yaşam kalitesinin tüm alanları psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum, PB’de psikolojik dayanıklılık düzeyini, sağlıklı kişilerden farklı olarak, fiziksel sağlığa ilişkin memnuniyetin anlamlı olarak etkilediğini düşündürmüştür ve PB tanısı konan kişilerin fiziksel hastalık durumunda sağlıklı kişilere göre daha düşük psikolojik dayanıklılık gösterebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Aktif başa çıkma yöntemlerinin psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur ve tüm çalışmalarda bu ilişki iki yönlü bir ilişki olarak değerlendirilmektedir [14][158]. Yaptığımız bağıntı analizlerinde, psikolojik dayanıklılık düzeyi; sorun odaklı başa çıkma yöntemleriyle pozitif ilişkili bulunurken, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanımıyla negatif ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki sağlıklı kontrollerle yapılan analizde gösterilememiştir. Bu bulgular ışığında PB’de sorun odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında karşılıklı bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür.

Literatürde PB’de belirti şiddeti ve psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilgili yapılmış iki çalışma bulunmaktadır. Aynı grubun yaptığı bu çalışmalardan birinde belirti şiddeti ile psikolojik dayanıklılık düzeyinin negatif ilişki gösterdiği ancak bu ilişkinin istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı belirtilmiştir [19]. Diğer çalışma daha büyük bir örneklem grubu ile yapılmış, depresyon ve yaygın anksiyete belirtileri olan hastalar da dahil edilmiştir. Bu çalışmada belirti şiddetindeki azalma, psikolojik dayanıklılık düzeyinde artış ile ilişkili bulunmuştur [212]. Çalışmamızda ise, hastalık şiddeti ile psikolojik dayanıklılığın sosyal kaynaklar alanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. PB’de agorafobi belirtilerinin, kaçınma ve güvenlik sağlama davranışlarının yoğun olması ve hastaların yaşadıkları durumu fiziksel bir hastalık olarak yorumlamaya eğilimli olmaları, bu ilişkinin sadece sosyal kaynaklar alt ölçeğinde anlamlı düzeye ulaşmasını açıklayabilir. Çalışmamızda ayrıca, PB şiddeti ile psikolojik dayanıklılık toplam puanı arasında negatif yönde olan ancak anlamlılığa ulaşmayan ($p=0,089$) bir ilişki elde edilmiştir. PB şiddetinin psikolojik dayanıklılık düzeyi üzerine etkilerini bu sonuçlar üzerinden yorumlarken, daha büyük örneklem grupları ile yapılacak çalışmalarda PB şiddeti ile psikolojik dayanıklılığın diğer alanları arasında da negatif yönde anlamlı ilişkileri gösterecek sonuçların elde edilebileceği dikkate alınmalıdır.

C. Yaşam Kalitesi

PB’de yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiği bilinmektedir [103]. Yen ve arkadaşlarının PB hastaları ile yaptığı çalışmada, yaşam kalitesi hasta grubunda belirgin olarak azalmış bulunmuştur [213]. Sonuçlarımız, söz konusu çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak, yaşam kalitesinin PB’de sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir.

Gruplar arasındaki anlamlı farklılık; ilk ikisinde ileri düzeyde olmak üzere, genel sağlık, fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık alanlarında görülürken, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında kaybolmaktadır. Genel sağlık ve fiziksel sağlık alanlarındaki bu belirgin farklılaşma, PB hastalarının yaşadıkları zorluğu ruhsal bir hastalıktan çok fiziksel bir hastalık olarak değerlendirdiğini düşündürmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda PB hastalarının acil kliniklerine ve kardiyoloji kliniklerine çoklu başvurularının olduğunu gösterilmesinin [214][215][216], elde ettiğimiz sonucu açıklayabileceğini düşünüyoruz.

Yapılan regresyon analizinde, PB grubunu sağlıklı kişilerden ayıran tek değişkenin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık düzeyi olduğu görülmüştür. PB hastalarında bedensel sağlıklarına yönelik bu duyarlılığın gözlenmesinin; Gorman ve arkadaşlarının çalışmasında gözlenen CO2 inhalasyonu sonrası sağlıklı kişilerin aksine PB hastalarında tetiklenen panik ataklarını [217], Gloster ve arkadaşlarının çalışmasında belirtilen PB tedavisinde bedensel duyumlara dair hatalı değerlendirmelerin değiştirilmesinde interoseptif tekniklerin yararlılığını [218] ve PB’de yüksek aktivasyon gösterdiği saptanan insular korteksin etiyoloji açısından önemini [219][220] destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür.

Holubova ve arkadaşlarının 2018 yılında farklı psikiyatrik hastalık tanıları olan hastalar ile yaptıkları çalışmada, belirti şiddeti ile yaşam kalitesi arasında belirgin bir ilişki olduğu gösterilmiştir [221]. Yalnızca PB hastalarının dahil edildiği bir çalışmada da, belirti şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki belirlenmiştir [213]. Elde ettiğimiz sonuçlar da bu çalışmanın bulgularıyla uyumludur. Ancak yaşam kalitesinin alt alanlarına bakıldığında, genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık alanlarında gözlenebilen ilişki, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında gösterilememiştir. Bu durumun, PB hastalarının psikolojik sağlıklarına ilişkin memnuniyetlerinin herhangi bir ruhsal hastalık tanısı konmamış kişilerle benzer olduğunu gösterdiği, aynı zamanda da PB hastalarının tedavi arayışı için çoğu zaman son başvurdukları kliniğin psikiyatri klinikleri olmasını açıklayabildiği düşünülmüştür.

D. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları erişkin yaşamda PB tanısı konma riskini arttıran durumlardan biridir [62]. Goodwin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla çocukluk çağı fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmalin daha sık görüldüğü, ancak çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar yaşantılarının PB gelişimi açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir [64]. Bonevski ve arkadaşlarının çalışmasında ise PB hastalarında fiziksel ve duygusal istismar yaşantılarının daha sık görüldüğü belirlenmiştir [222]. Coughie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantılarından yalnızca cinsel istismarın erişkin yaşamda PB gelişimi için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur [63]. Bulgularımız, gruplar arası karşılaştırmada, çocukluk çağı travmalarından yalnızca fiziksel istismar yaşantısını gösteren puanların, PB hastalarında sağlıklı kişilere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Çocukluk çağı travmalarının PB’de daha sık görülmesine ve hastalık gelişimi için bir risk faktörü olarak değerlendirilmesine karşın, bu yaşantıların hastalık şiddeti ile ilişkisi inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır. De Venter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları hastalık şiddeti ile ilişkili bulunamamıştır [223]. Zou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, çocukluk çağı travmatik yaşantıları PB belirti şiddeti ile ilişkili bulunmuştur [224]. Çalışmamızda PB’de belirti şiddeti ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında bir ilişki gösterilememiştir.

E. Başa Çıkma Tutumları

PB’de stresli yaşam olayları karşısında aktif başa çıkma yöntemlerinin daha az kullanıldığı, bunun yerine inkar, kaçma ya da kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin sıklıkla tercih edildiği bilinmektedir [73][7]. Çalışmamızda, PB hastalarının inkar ve kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini, sağlıklı kontrollere göre daha fazla kullandığı bulunmuştur ve bu bulgu Savoia ve arkadaşlarının çalışması ile uyumludur. PB’de belirti şiddeti ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise, doğrudan bir ilişki belirlenememiştir [109].

F. Tedavi Sonrası Değerlendirme

Çalışmamıza dahil edilen 35 PB hastasının 5'i ilk görüşme sonrasında ilaç tedavisini kabul etmediği için takibe alınmamış; takibe alınan hastaların 9'u görüşmelere devam etmediği için takipten çıkarılmıştır. Uygun bir SSGİ tedavisi başlanan 21 hasta ile aylık görüşmelere devam edilmiş ve 12-16. haftalar arasında hastalık şiddeti PBŞÖ ile, psikolojik dayanıklılık düzeyleri YPDÖ ile tekrar değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde takibe devam eden hastalarda PBŞÖ puanlarında anlamlı bir azalma görülmüştür. Literatürde PB'nin klinik gidişi ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastaların yarısından fazlasının uygun tedaviye rağmen tedavi cevabı olmadığı ya da eşik altı belirtilerin devam ettiği, yalnızca hastaların yaklaşık üçte birinin tam remisyona ulaştığı, bu kişilerin de yaklaşık yarısında yaşam boyu hastalığın tekrarladığı bilgisi mevcuttur [115][225][226]. Çalışmamızın takip değerlendirmesinde hastaların üçte biri tam remisyona ulaşmıştı (n=8) ve sadece 1 hasta PB tanı ölçütlerini karşılamaktaydı. Diğer hastalar ise eşik altı belirtilerden yakınmaktaydı. Bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

PB hastalarında iyileşme ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin değerlendirildiği iki çalışmada, Wesner ve arkadaşlarına aittir. Bu çalışmaların birinde bilişsel davranışçı grup tedavisi sonrası psikolojik dayanıklılık düzeyinde anlamlı bir artış gösterilememiş [19]; diğer çalışmada ise iyileşme ile psikolojik dayanıklılık düzeyinin her alanda arttığı gösterilmiştir [212]. Ancak, çalışmada sadece psikotik belirtilerin varlığı dışlama ölçütü olarak kabul edilmiş ve yaygın anksiyete belirtileri ile depresif belirtileri olan kişiler de çalışmaya dahil edilmiş olduğundan, bu etkinin doğrudan PB belirtileri ile ilişkilendirilmesi zordur. Ayrıca çalışmada, bu artışın PB belirtilerinin azalması ile bir ilişki gösterdiği ifade edilmekle birlikte, bu ilişkinin bilişsel davranışçı terapi sonrası bilişsel yeniden yapılandırma ve baş etme yöntemlerindeki değişim tarafından da belirlenmiş olabileceği belirtilmiştir [212].

Ruhsal hastalıklarda belirti şiddetindeki azalma ya da iyileşme ile psikolojik dayanıklılık düzeyinin ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma olmasına rağmen, mevcut bulgular hastalığın tipi ya da şiddetinden bağımsız olarak psikolojik dayanıklılık düzeyinin iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermektedir [17]. Pakalniškienė ve arkadaşlarının (2016) farklı ruhsal hastalık tanıları konan hastalar ile yaptığı çalışmada, sosyal kaynaklar ve sosyal yeterlilik alanları dışında tüm psikolojik dayanıklılık alanlarının puanlarının iyileşme ile arttığı gösterilmiştir; ancak bu ilişki, 6. haftada yaptıkları değerlendirmede istatistiksel anlamlılığı ulaşmazken, 6. aydaki değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda belirti şiddetindeki azalma ile psikolojik dayanıklılığın yalnızca yapısal stil puanı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Elde ettiğimiz bu bulgu, psikolojik dayanıklılık düzeyi ve iyileşme ile ilgili çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile uyumlu bulunmuştur. Diğer alanlarda anlamlı bir ilişki gösterilememesinin, çalışmanın örneklem sayısının

diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında görece küçük olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Literatürdeki mevcut çalışmaların hemen hepsi, birden çok ruhsal hastalık dahil edilerek yapılmıştır. Bu nedenle eştanı olmaksızın belirli bir ruhsal hastalık hedef alınarak yapılacak çalışmalardan alınacak sonuçlar hakkında henüz yeterli bir bilgiye sahip değiliz.

Çeşitli çalışmalarda kısa süreli ölçümlerde istatistiksel anlamlılığa ulaşan değişimler gösterilememiştir [212]. Çalışmamızda psikolojik dayanıklılık düzeylerinin sadece tek bir alt ölçekte anlamlı değişiklik göstermesinin bir nedeninin takip süresinin kısa olması olabileceği; daha uzun izlem süreleri söz konusu olduğunda diğer alt ölçeklerde de bu değişimin gösterilmesinin mümkün olabileceği göz önüne alınmalıdır.

G. Çalışmanın Önemi ve Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sonuçları PB’de psikolojik dayanıklılık düzeyinin hastalığın klinik görünümüne etkilerinin gösterilmesi ve PB hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirleyicilerinin anlaşılması açısından önemlidir. PB ile ilgili diğer çalışmalardan farklı olarak, şiddeti göz önüne alınmaksızın yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk da dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir ve bu sayede bulduğumuz sonuçlar için depresif belirtiler ve yaygın anksiyete belirtilerinin karıştırıcı faktör olması engellenmiştir. Ayrıca, çalışmamız PB’de ilaç tedavisi sonrası psikolojik dayanıklılık düzeylerinde değişimin değerlendirildiği ilk çalışmadır.

Örneklem grubunun küçük olması ve takiplerde bu durumun daha da belirginleşmesi, çalışmamızın önemli kısıtlılıklarındandır. Küçük örneklem ve çok sayıdaki istatistiksel karşılaştırma, çalışmanın gücünü azaltmaktadır. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmayan ancak bağıntı analizlerinde güçlü etki büyüklüğü gösteren değişkenlerin varlığı, daha büyük örneklemle çalışmanın tekrarlanmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Öz bildirime dayalı değerlendirme araçlarının kullanılmış olması da çalışmamızın kısıtlılıkları arasında değerlendirilebilir; çünkü kişiler bazı ölçek maddelerini farklı yorumlamış olabilirler. Ancak, psikolojik dayanıklılık düzeyinin psikososyal belirleyicilerini nesnel olarak değerlendirmede kullanılacak bir araç bulunmamaktadır.

Psikolojik dayanıklılığın yaşam boyu değişiklikler gösterebilen dinamik bir süreç olduğu bilinmektedir [128]. Tedavi sonrası takipte psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlerken kişilerin günlük hayatta yaşadığı zorluklar ya da stres verici olayların göz önüne alınmamış olmasının, tedavi sonrası psikolojik dayanıklılık düzeylerinin değerlendirilmesinde karıştırıcı bir faktör olduğu düşünülmüş ve bu durum çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak yorumlanmıştır.

VI. SONUÇ

Çalışmamızda 35 PB hastası ile 33 sağlıklı katılımcı karşılaştırılmıştır. Gruplar yaş, eğitim yılı ve cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilerek sosyodemografik verilerin karıştırıcı etkilerinin dışlanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda, PB ve kontrol grupları arasında psikolojik dayanıklılık düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde eştanıların dışlanarak PB ile sağlıklı kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

PB hastalarında çocukluk çağında fiziksel istismar öyküsü ve erişkin yaşamda işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanımı, sağlıklı kontrollere göre daha fazladır. Çalışmamızın önemli sonuçlarından biri, PB’de psikolojik dayanıklılık düzeyini belirlemede, sağlıklı kişilerden farklı olarak, çocukluk çağı fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal yaşantılarının rol oynamasıdır. Yaşam kalitesinin genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık alanları ve başa çıkma yöntemleri, yalnızca PB grubunda psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

PB’de belirti şiddeti; psikolojik dayanıklılık alanlarından sosyal kaynaklar alanı, yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık durumu alanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda PB grubu ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı farklılık gösteren değişkenlere uygulanan lojistik regresyon analizinde, PB grubunun istatistiksel olarak anlamlı tek öngörücüsünün yaşam kalitesinin fiziksel sağlık düzeyi olduğu belirlenmiştir. Tüm bu bulgular PB’de beden duyumlarına verilen önemin yalnızca bir hastalık belirtisi ya da bir hastalık sonucu olmaktan öte, bu kişilerin ilk çocukluk yıllarından itibaren bedenlerine atfettikleri önemi ve bedenlerinde oluşan değişikliklere duyarlılıklarını ortaya koymaktadır. Bu duyarlılığın, kişilerin yaşam boyu psikolojik dayanıklılıklarını ve ruhsal hastalıklara yatkınlıklarını belirlemede önemli olduğu düşünülmüştür.

İlaç tedavisi ile psikolojik dayanıklılık alanlarından yapısal stil alanında olumlu yönde değişiklik gözlenmiş, bu bulgu psikolojik dayanıklılık düzeyinin yaşam boyu değişimler gösteren dinamik bir süreç olduğunu destekler nitelikte olarak değerlendirilmiştir.

VII. KAYNAKLAR

- [1] *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. .*
- [2] S. G. Farris, L. A. Brown, R. D. Goodwin, and M. J. Zvolensky, "Panic attack history and smoking topography.," *Drug Alcohol Depend.*, vol. 171, pp. 84–90, Feb. 2017.
- [3] T. Dresler *et al.*, "Revise the revised? New dimensions of the neuroanatomical hypothesis of panic disorder.," *J. Neural Transm.*, vol. 120, no. 1, pp. 3–29, Jan. 2013.
- [4] G. W. Brown and T. O. Harris, "Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity.," *Psychol. Med.*, vol. 23, no. 1, pp. 143–154, Feb. 1993.
- [5] J. Davidoff, S. Christensen, D. N. Khalili, J. Nguyen, and W. W. IsHak, "Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission.," *Qual. Life Res.*, vol. 21, no. 6, pp. 945–959, Aug. 2012.
- [6] E.-H. Kang, B. Kim, A. Y. Choe, J.-Y. Lee, T. K. Choi, and S.-H. Lee, "Panic disorder and health-related quality of life: the predictive roles of anxiety sensitivity and trait anxiety.," *Psychiatry Res.*, vol. 225, no. 1–2, pp. 157–163, Jan. 2015.
- [7] M. G. Savoia and M. Bernik, "Adverse life events and coping skills in panic disorder.," *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao. Paulo.*, vol. 59, no. 6, pp. 337–340, Dec. 2004.
- [8] R. C. Kessler, W. T. Chiu, R. Jin, A. M. Ruscio, K. Shear, and E. E. Walters, "The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication.," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 63, no. 4, pp. 415–424, Apr. 2006.
- [9] M. Rutter, "Psychosocial resilience and protective mechanisms.," *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 57, no. 3, pp. 316–331, Jul. 1987.
- [10] S. Marulanda and J. Addington, "Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis.," *Early Interv. Psychiatry*, vol. 10, no. 3, pp. 212–219, Jun. 2016.
- [11] Y. Mizuno *et al.*, "Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study.," *Schizophr. Res.*, vol. 175, no. 1–3, pp. 148–153, Aug. 2016.
- [12] D. Lee *et al.*, "Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder.," *J. Affect. Disord.*, vol. 207, pp. 434–441, Jan. 2017.
- [13] D. Cicchetti and F. A. Rogosch, "Gene x Environment interaction and resilience: effects of child maltreatment and serotonin, corticotropin releasing hormone,

- dopamine, and oxytocin genes.,” *Dev. Psychopathol.*, vol. 24, no. 2, pp. 411–427, May 2012.
- [14] A. Feder, E. J. Nestler, and D. S. Charney, “Psychobiology and molecular genetics of resilience.,” *Nat. Rev. Neurosci.*, vol. 10, no. 6, pp. 446–457, Jun. 2009.
 - [15] N. J. Thompson, D. Fiorillo, B. O. Rothbaum, K. J. Ressler, and V. Michopoulos, “Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 225, pp. 153–159, Jan. 2018.
 - [16] A. Hofer *et al.*, “Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience.,” *Eur. Psychiatry*, vol. 46, pp. 42–47, Oct. 2017.
 - [17] L.-Y. Song, “Predictors of personal recovery for persons with psychiatric disabilities: An examination of the Unity Model of Recovery.,” *Psychiatry Res.*, vol. 250, pp. 185–192, Apr. 2017.
 - [18] V. Pakalniskiene, R. Viliuniene, and J. Hilbig, “Patients’ resilience and distress over time: Is resilience a prognostic indicator of treatment?,” *Compr. Psychiatry*, vol. 69, pp. 88–99, Aug. 2016.
 - [19] A. C. Wesner, J. B. Gomes, T. Detzel, L. S. P. Guimaraes, and E. Heldt, “Booster Sessions after Cognitive-Behavioural Group Therapy for Panic Disorder: Impact on Resilience, Coping, and Quality of Life.,” *Behav. Cogn. Psychother.*, vol. 43, no. 5, pp. 513–525, Sep. 2015.
 - [20] M. R. Von Korff, W. W. Eaton, and P. M. Keyl, “The epidemiology of panic attacks and panic disorder. Results of three community surveys.,” *Am. J. Epidemiol.*, vol. 122, no. 6, pp. 970–981, Dec. 1985.
 - [21] J. S. Markowitz, M. M. Weissman, R. Ouellette, J. D. Lish, and G. L. Klerman, “Quality of life in panic disorder.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 46, no. 11, pp. 984–992, Nov. 1989.
 - [22] D. F. Klein, “Anxiety reconceptualized. Gleaning from pharmacological dissection--early experience with imipramine and anxiety.,” *Mod. Probl. Pharmacopsychiatry*, vol. 22, pp. 1–35, 1987.
 - [23] D. F. Klein, “Anxiety reconceptualized.,” *Compr. Psychiatry*, vol. 21, no. 6, pp. 411–427, 1980.
 - [24] D. F. KLEIN, “DELINEATION OF TWO DRUG-RESPONSIVE ANXIETY SYNDROMES.,” *Psychopharmacologia*, vol. 5, pp. 397–408, Jun. 1964.
 - [25] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

- Disorders. 3rd ed. 1980.*
- [26] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3rd ed. 1987.*
 - [27] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. 1994.*
 - [28] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision. 2000.*
 - [29] F. Jacobi *et al.*, “Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS).,” *Psychol. Med.*, vol. 34, no. 4, pp. 597–611, May 2004.
 - [30] M. Kikuchi, R. Komuro, H. Oka, T. Kidani, A. Hanaoka, and Y. Koshino, “Panic disorder with and without agoraphobia: comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder.,” *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 59, no. 6, pp. 639–643, Dec. 2005.
 - [31] O. J. Bienvenu *et al.*, “Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic.,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 188, pp. 432–438, May 2006.
 - [32] P. Skapinakis, G. Lewis, S. Davies, T. Brugha, M. Prince, and N. Singleton, “Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation.,” *Eur. Psychiatry*, vol. 26, no. 6, pp. 354–362, Sep. 2011.
 - [33] G. Barzega, G. Maina, S. Venturello, and F. Bogetto, “Gender-related differences in the onset of panic disorder.,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 103, no. 3, pp. 189–195, Mar. 2001.
 - [34] R. Gater, M. Tansella, A. Korten, B. G. Tiemens, V. G. Mavreas, and M. O. Olatawura, “Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 55, no. 5, pp. 405–413, May 1998.
 - [35] W. W. Eaton, R. C. Kessler, H. U. Wittchen, and W. J. Magee, “Panic and panic disorder in the United States.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 151, no. 3, pp. 413–420, Mar. 1994.
 - [36] M. M. Weissman *et al.*, “The cross-national epidemiology of panic disorder.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 54, no. 4, pp. 305–309, Apr. 1997.
 - [37] C. K. Lee *et al.*, “Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences.,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 178, no. 4, pp. 247–252, Apr. 1990.

- [38] H. G. Hwu, E. K. Yeh, and L. Y. Chang, "Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule.," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 79, no. 2, pp. 136–147, Feb. 1989.
- [39] H. U. Wittchen and C. A. Essau, "Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues.," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 27 Suppl 1, pp. 47–68, 1993.
- [40] P. de Jonge *et al.*, "Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys.," *Depress. Anxiety*, vol. 33, no. 12, pp. 1155–1177, Dec. 2016.
- [41] D. A. Regier, W. E. Narrow, and D. S. Rae, "The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience.," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 24 Suppl 2, pp. 3–14, 1990.
- [42] R. C. Kessler *et al.*, "The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures.," *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, vol. 13, no. 2, pp. 69–92, 2004.
- [43] R. de Graaf, M. Ten Have, and S. van Dorsselaer, "[Design of the general population study NEMESIS-2: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2].," *Tijdschr. Psychiatr.*, vol. 54, no. 1, pp. 17–26, 2012.
- [44] P. Moreno-Peral *et al.*, "Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: a systematic review of cohort studies.," *J. Affect. Disord.*, vol. 168, pp. 337–348, Oct. 2014.
- [45] M. B. Stein, M. E. Tancer, and T. W. Uhde, "Major depression in patients with panic disorder: factors associated with course and recurrence.," *J. Affect. Disord.*, vol. 19, no. 4, pp. 287–296, Aug. 1990.
- [46] D. J. Anderson, R. J. Noyes, and R. R. Crowe, "A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder.," *Am. J. Psychiatry*, vol. 141, no. 4, pp. 572–575, Apr. 1984.
- [47] D. V. Sheehan, K. E. Sheehan, and W. E. Minichiello, "Age of onset of phobic disorders: a reevaluation.," *Compr. Psychiatry*, vol. 22, no. 6, pp. 544–553, 1981.
- [48] K. Tambs *et al.*, "Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-IV anxiety disorders.," *Br. J. Psychiatry*, vol. 195, no. 4, pp. 301–307, Oct. 2009.
- [49] K. Domschke and J. Deckert, "[Genetics of anxiety disorders. Current clinical and molecular research].," *Nervenarzt*, vol. 78, no. 7, p. 825, Jul. 2007.
- [50] E. Maron, J. M. Hettema, and J. Shlik, "Advances in molecular genetics of panic

- disorder.," *Mol. Psychiatry*, vol. 15, no. 7, pp. 681–701, Jul. 2010.
- [51] T. (1985 Beck, A. T., Emery, *anxiety disorders and phobias*. .
 - [52] D. M. Clark, P. M. Salkovskis, A. Hackmann, H. Middleton, P. Anastasiades, and M. Gelder, "A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder.," *Br. J. Psychiatry*, vol. 164, no. 6, pp. 759–769, Jun. 1994.
 - [53] L. A. Clark, D. Watson, and S. Mineka, "Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders.," *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 103, no. 1, pp. 103–116, Feb. 1994.
 - [54] S. Reiss, R. A. Peterson, D. M. Gursky, and R. J. McNally, "Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness.," *Behav. Res. Ther.*, vol. 24, no. 1, pp. 1–8, 1986.
 - [55] D. L. Goldstein, A.J., Chambless, "A reanalysis of agoraphobia," *Behav. Ther.*, no. 9, pp. 47–59, 1978.
 - [56] S. Freud, *Complete Psychological Works*. .
 - [57] M. S. Ainsworth and J. Bowlby, "An ethological approach to personality development.," *Am. Psychol.*, vol. 46, no. 4, p. 333, 1991.
 - [58] M. S. Ainsworth, "John Bowlby (1907–1990): Obituary.," *Am. Psychol.*, vol. 47, no. 5, p. 668, 1992.
 - [59] L. A. Sroufe, "Bowlby's contribution to psychoanalytic theory and developmental psychology; attachment: separation: loss.," *J. Child Psychol. Psychiatry.*, vol. 27, no. 6, pp. 841–849, Nov. 1986.
 - [60] M. K. Shear, A. M. Cooper, G. L. Klerman, F. N. Busch, and T. Shapiro, "A psychodynamic model of panic disorder.," *Am. J. Psychiatry*, vol. 150, no. 6, pp. 859–866, Jun. 1993.
 - [61] F. N. Busch and E. Gould, "Treatment by a psychotherapist and a psychopharmacologist: transference and countertransference issues.," *Hosp. Community Psychiatry*, vol. 44, no. 8, pp. 772–774, Aug. 1993.
 - [62] B. Bandelow, C. Spath, G. A. Tichauer, A. Broocks, G. Hajak, and E. Ruther, "Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder.," *Compr. Psychiatry*, vol. 43, no. 4, pp. 269–278, 2002.
 - [63] J. R. Cougle, K. R. Timpano, N. Sachs-Ericsson, M. E. Keough, and C. J. Riccardi, "Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication.," *Psychiatry Res.*, vol. 177, no. 1–2, pp. 150–155, May 2010.
 - [64] R. D. Goodwin, D. M. Fergusson, and L. J. Horwood, "Childhood abuse and familial

- violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood.,” *Psychol. Med.*, vol. 35, no. 6, pp. 881–890, Jun. 2005.
- [65] M. B. Stein *et al.*, “Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 153, no. 2, pp. 275–277, Feb. 1996.
- [66] N. J. Sibrava, C. Beard, A. S. Bjornsson, E. Moitra, R. B. Weisberg, and M. B. Keller, “Two-year course of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and panic disorder in a longitudinal sample of African American adults.,” *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 81, no. 6, pp. 1052–1062, Dec. 2013.
- [67] T. L. Barrera, D. P. Graham, N. J. Dunn, and E. J. Teng, “Influence of trauma history on panic and posttraumatic stress disorder in returning veterans.,” *Psychol. Serv.*, vol. 10, no. 2, pp. 168–176, May 2013.
- [68] C. Faravelli, M. Catena, A. Scarpato, and V. Ricca, “Epidemiology of life events: life events and psychiatric disorders in the Sesto Fiorentino study.,” *Psychother. Psychosom.*, vol. 76, no. 6, pp. 361–368, 2007.
- [69] P. Scocco, I. Barbieri, and E. Frank, “Interpersonal problem areas and onset of panic disorder.,” *Psychopathology*, vol. 40, no. 1, pp. 8–13, 2007.
- [70] T. W. Uhde, J. P. Boulenger, P. P. Roy-Byrne, M. F. Geraci, B. J. Vittone, and R. M. Post, “Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations.,” *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, vol. 9, no. 1, pp. 39–51, 1985.
- [71] D. Randall, “Concepts of health and mental health: Laying the groundwork for intervention.,” *Can. Ment. Health*, vol. 29, no. 3, pp. 2-6, 27, 1981.
- [72] B. J. Cox, N. S. Endler, R. P. Swinson, and G. R. Norton, “Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks,” *Behav. Res. Ther.*, vol. 30, no. 1, pp. 67–69, 1992.
- [73] M. Vollrath and J. Angst, “Coping and illness behavior among young adults with panic.,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1993.
- [74] B. Isensee, H.-U. Wittchen, M. B. Stein, M. Hofler, and R. Lieb, “Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 60, no. 7, pp. 692–700, Jul. 2003.
- [75] J. G. Johnson, P. Cohen, D. S. Pine, D. F. Klein, S. Kasen, and J. S. Brook, “Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood.,” *JAMA*, vol. 284, no. 18, pp. 2348–2351, Nov. 2000.
- [76] K.-L. Chou, K. Liang, and C. S. Mackenzie, “Binge drinking and Axis I psychiatric

- disorders in community-dwelling middle-aged and older adults: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 72, no. 5, pp. 640–647, May 2011.
- [77] S. Poletti *et al.*, “Neural correlates of anxiety sensitivity in panic disorder: A functional magnetic resonance imaging study.,” *Psychiatry Res.*, vol. 233, no. 2, pp. 95–101, Aug. 2015.
 - [78] T. Hahn *et al.*, “Predicting treatment response to cognitive behavioral therapy in panic disorder with agoraphobia by integrating local neural information.,” *JAMA psychiatry*, vol. 72, no. 1, pp. 68–74, Jan. 2015.
 - [79] J. M. Gorman, J. M. Kent, G. M. Sullivan, and J. D. Coplan, “Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 157, no. 4, pp. 493–505, Apr. 2000.
 - [80] T. Asami *et al.*, “Anterior cingulate cortex volume reduction in patients with panic disorder.,” *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 62, no. 3, pp. 322–330, Jun. 2008.
 - [81] S. S. Pillay, S. A. Gruber, J. Rogowska, N. Simpson, and D. A. Yurgelun-Todd, “fMRI of fearful facial affect recognition in panic disorder: the cingulate gyrus-amygdala connection.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 94, no. 1–3, pp. 173–181, Aug. 2006.
 - [82] S. Suliman, S. M. J. Hemmings, and S. Seedat, “Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) protein levels in anxiety disorders: systematic review and meta-regression analysis.,” *Front. Integr. Neurosci.*, vol. 7, p. 55, 2013.
 - [83] K. Kobayashi *et al.*, “Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in patients with panic disorder: as a biological predictor of response to group cognitive behavioral therapy.,” *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, vol. 29, no. 5, pp. 658–663, Jun. 2005.
 - [84] A. Strohle *et al.*, “Acute exercise ameliorates reduced brain-derived neurotrophic factor in patients with panic disorder.,” *Psychoneuroendocrinology*, vol. 35, no. 3, pp. 364–368, Apr. 2010.
 - [85] T. W. Uhde *et al.*, “Fear and anxiety: relationship to noradrenergic function.,” *Psychopathology*, vol. 17 Suppl 3, pp. 8–23, 1984.
 - [86] D. S. Charney, G. R. Heninger, and A. Breier, “Noradrenergic function in panic anxiety. Effects of yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 41, no. 8, pp. 751–763, Aug. 1984.
 - [87] D. S. Charney and G. R. Heninger, “Abnormal regulation of noradrenergic function in panic disorders. Effects of clonidine in healthy subjects and patients with agoraphobia

- and panic disorder.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 43, no. 11, pp. 1042–1054, Nov. 1986.
- [88] A. Neumeister *et al.*, “Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder.,” *J. Neurosci.*, vol. 24, no. 3, pp. 589–591, Jan. 2004.
 - [89] J. D. Bremner *et al.*, “SPECT [I-123]iomazenil measurement of the benzodiazepine receptor in panic disorder.,” *Biol. Psychiatry*, vol. 47, no. 2, pp. 96–106, Jan. 2000.
 - [90] J. T. Kuikka *et al.*, “Abnormal regional benzodiazepine receptor uptake in the prefrontal cortex in patients with panic disorder.,” *Nucl. Med. Commun.*, vol. 16, no. 4, pp. 273–280, Apr. 1995.
 - [91] S. Schlegel, H. Steinert, A. Bockisch, K. Hahn, R. Schloesser, and O. Benkert, “Decreased benzodiazepine receptor binding in panic disorder measured by IOMAZENIL-SPECT. A preliminary report.,” *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 244, no. 1, pp. 49–51, 1994.
 - [92] R. R. Crowe, R. Noyes, D. L. Pauls, and D. Slymen, “A family study of panic disorder.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 40, no. 10, pp. 1065–1069, Oct. 1983.
 - [93] C. Lopez-Sola *et al.*, “Prevalence and heritability of obsessive-compulsive spectrum and anxiety disorder symptoms: A survey of the Australian Twin Registry.,” *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.*, vol. 165B, no. 4, pp. 314–325, Jun. 2014.
 - [94] A. S. Howe *et al.*, “Candidate genes in panic disorder: meta-analyses of 23 common variants in major anxiogenic pathways.,” *Mol. Psychiatry*, vol. 21, no. 5, pp. 665–679, May 2016.
 - [95] K. Domschke *et al.*, “Neuropeptide S receptor gene -- converging evidence for a role in panic disorder.,” *Mol. Psychiatry*, vol. 16, no. 9, pp. 938–948, Sep. 2011.
 - [96] H. Weber *et al.*, “Allelic variation in CRHR1 predisposes to panic disorder: evidence for biased fear processing.,” *Mol. Psychiatry*, vol. 21, no. 6, pp. 813–822, Jun. 2016.
 - [97] C. Hohoff *et al.*, “RGS2 ggenetic variation: association analysis with panic disorder and dimensional as well as intermediate phenotypes of anxiety.,” *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.*, vol. 168B, no. 3, pp. 211–222, Apr. 2015.
 - [98] I. Knuts *et al.*, “Therapygenetics: 5-HTTLPR genotype predicts the response to exposure therapy for agoraphobia.,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 24, no. 8, pp. 1222–1228, Aug. 2014.
 - [99] J. Deckert *et al.*, “Excess of high activity monoamine oxidase A gene promoter alleles in female patients with panic disorder.,” *Hum. Mol. Genet.*, vol. 8, no. 4, pp. 621–624, Apr. 1999.

- [100] A. Reif *et al.*, “MAOA and mechanisms of panic disorder revisited: from bench to molecular psychotherapy,” *Mol. Psychiatry*, vol. 19, no. 1, pp. 122–128, Jan. 2014.
- [101] E. Grochans *et al.*, “Evaluation of the relationship between 5-HTT and MAO gene polymorphisms, mood and level of anxiety among postmenopausal women,” *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 12, no. 1, pp. 268–281, Dec. 2014.
- [102] A. Reif *et al.*, “Meta-analysis argues for a female-specific role of MAOA-uVNTR in panic disorder in four European populations,” *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.*, vol. 159B, no. 7, pp. 786–793, Oct. 2012.
- [103] S. E. Bruce *et al.*, “Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 162, no. 6, pp. 1179–1187, Jun. 2005.
- [104] D. S. Cowley, S. N. Flick, and P. P. Roy-Byrne, “Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study,” *Anxiety*, vol. 2, no. 1, pp. 13–21, 1996.
- [105] A. Powers and D. Westen, “Personality subtypes in patients with panic disorder,” *Compr. Psychiatry*, vol. 50, no. 2, pp. 164–172, 2009.
- [106] A. Bystritsky *et al.*, “Clinical and subthreshold panic disorder,” *Depress. Anxiety*, vol. 27, no. 4, pp. 381–389, Apr. 2010.
- [107] R. C. Kessler, P. E. Greenberg, K. D. Mickelson, L. M. Meneades, and P. S. Wang, “The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback,” *J. Occup. Environ. Med.*, vol. 43, no. 3, pp. 218–225, Mar. 2001.
- [108] J. S. Comer *et al.*, “Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC),” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 72, no. 1, pp. 43–50, Jan. 2011.
- [109] J. E. Kim, I. H. Song, and S.-H. Lee, “Gender Differences of Stressful Life Events, Coping Style, Symptom Severity, and Health-Related Quality of Life in Patients With Panic Disorder,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 205, no. 9, pp. 714–719, Sep. 2017.
- [110] J. Alonso *et al.*, “Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project,” *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, no. 420, pp. 38–46, 2004.
- [111] G. A. Fava *et al.*, “Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure,” *Psychol. Med.*, vol. 31, no. 5, pp. 891–898, Jul. 2001.
- [112] B. Bandelow *et al.*, “Sertraline versus paroxetine in the treatment of panic disorder: an acute, double-blind noninferiority comparison,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 65, no. 3, pp. 405–413, Mar. 2004.

- [113] R. C. Freire, J. E. Hallak, J. A. Crippa, and A. E. Nardi, “New treatment options for panic disorder: clinical trials from 2000 to 2010.,” *Expert Opin. Pharmacother.*, vol. 12, no. 9, pp. 1419–1428, Jun. 2011.
- [114] K. Kjernisted and D. McIntosh, “Venlafaxine extended release (XR) in the treatment of panic disorder.,” *Ther. Clin. Risk Manag.*, vol. 3, no. 1, pp. 59–69, Mar. 2007.
- [115] N. M. Batelaan, R. de Graaf, B. W. J. H. Penninx, A. J. L. M. van Balkom, W. A. M. Vollebergh, and A. T. F. Beekman, “The 2-year prognosis of panic episodes in the general population.,” *Psychol. Med.*, vol. 40, no. 1, pp. 147–157, Jan. 2010.
- [116] J. L. Francis *et al.*, “Characteristics and course of panic disorder and panic disorder with agoraphobia in primary care patients.,” *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry*, vol. 9, no. 3, pp. 173–179, 2007.
- [117] W. J. Katon, “Clinical practice. Panic disorder.,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 354, no. 22, pp. 2360–2367, Jun. 2006.
- [118] D. Westen and K. Morrison, “A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies.,” *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 69, no. 6, pp. 875–899, Dec. 2001.
- [119] D. H. Barlow, J. M. Gorman, M. K. Shear, and S. W. Woods, “Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial.,” *JAMA*, vol. 283, no. 19, pp. 2529–2536, May 2000.
- [120] T. M. Landon and D. H. Barlow, “Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: current status.,” *J. Psychiatr. Pract.*, vol. 10, no. 4, pp. 211–226, Jul. 2004.
- [121] B. F. Grant *et al.*, “The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 67, no. 3, pp. 363–374, Mar. 2006.
- [122] H.-U. Wittchen, “Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society.,” *Depress. Anxiety*, vol. 16, no. 4, pp. 162–171, 2002.
- [123] H. Imai, A. Tajika, P. Chen, A. Pompoli, and T. A. Furukawa, “Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults.,” *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 10, p. CD011170, Oct. 2016.
- [124] D. H. Barlow, T. A. Brown, and M. G. Craske, “Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: implications for research.,” *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 103, no. 3, pp. 553–564, Aug. 1994.
- [125] R. C. Kessler and K. R. Merikangas, “The National Comorbidity Survey Replication

- (NCS-R): background and aims.,” *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, vol. 13, no. 2, pp. 60–68, 2004.
- [126] A. P. Association, “The Road to Resilience,” *Road to Resil.*, pp. 5–6, 2009.
- [127] S. S. Luthar, D. Cicchetti, and B. Becker, “The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work.,” *Child Dev.*, vol. 71, no. 3, pp. 543–562, 2000.
- [128] D. Cicchetti, “Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective.,” *World Psychiatry*, vol. 9, no. 3, pp. 145–154, Oct. 2010.
- [129] N. Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, “Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity,” *Dev. Psychopathol.*, vol. 2, no. 4, pp. 425–444, 1990.
- [130] N. Garmezy and S. Streitman, “Children at risk: the search for the antecedents of schizophrenia. Part I. Conceptual models and research methods.,” *Schizophr. Bull.*, no. 8, pp. 14–90, 1974.
- [131] N. Garmezy, “Vulnerability research and the issue of primary prevention.,” *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 41, no. 1, pp. 101–116, Jan. 1971.
- [132] E. E. Werner, “The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood.,” *J. Adolesc. Health*, vol. 13, no. 4, pp. 262–268, Jun. 1992.
- [133] E. E. Werner, K. Simonian, and R. S. Smith, “Ethnic and socioeconomic status differences in abilities and achievement among preschool and school-age children in Hawaii.,” *J. Soc. Psychol.*, vol. 75, no. 1, pp. 43–59, Jun. 1968.
- [134] M. Rutter, “Protective factors in children’s responses to stress and disadvantage.,” *Ann. Acad. Med. Singapore*, vol. 8, no. 3, pp. 324–338, Jul. 1979.
- [135] A. S. Masten, J. D. Coatsworth, J. Neemann, S. D. Gest, A. Tellegen, and N. Garmezy, “The structure and coherence of competence from childhood through adolescence.,” *Child Dev.*, vol. 66, no. 6, pp. 1635–1659, Dec. 1995.
- [136] P. B. Moran and J. Eckenrode, “Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment.,” *Child Abuse Negl.*, vol. 16, no. 5, pp. 743–754, 1992.
- [137] R. D. Wells and A. I. Schwebel, “Chronically ill children and their mothers: predictors of resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress.,” *J. Dev. Behav. Pediatr.*, vol. 8, no. 2, pp. 83–89, Apr. 1987.
- [138] E. A. Hoge, E. D. Austin, and M. H. Pollack, “Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder.,” *Depress. Anxiety*, vol. 24, no. 2, pp. 139–152, 2007.

- [139] S. S. Luthar, "Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents.," *Child Dev.*, vol. 62, no. 3, pp. 600–616, Jun. 1991.
- [140] A. J. Sameroff, R. Seifer, R. Barocas, M. Zax, and S. Greenspan, "Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors.," *Pediatrics*, vol. 79, no. 3, pp. 343–350, Mar. 1987.
- [141] A. S. Masten, N. Garmezy, A. Tellegen, D. S. Pellegrini, K. Larkin, and A. Larsen, "Competence and stress in school children: the moderating effects of individual and family qualities.," *J. Child Psychol. Psychiatry.*, vol. 29, no. 6, pp. 745–764, Nov. 1988.
- [142] E. E. Werner and R. S. Smith, "An epidemiologic perspective on some antecedents and consequences of childhood mental health problems and learning disabilities: a report from the Kauai Longitudinal Study.," *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, vol. 18, no. 2, pp. 292–306, 1979.
- [143] S. Luthar and E. Zigler, "Motivational factors, school atmosphere, and SES: Determinants of children's probability task performance," *J. Appl. Dev. Psychol.*, vol. 9, no. 4, pp. 477–494, 1988.
- [144] E. E. Werner, "Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood," *Acta Paediatr.*, vol. 86, no. S422, pp. 103–105, 1997.
- [145] L. B. Murphy and A. E. Moriarty, *Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence*. Oxford, England: Yale U Press, 1976.
- [146] N. Garmezy, A. S. Masten, and A. Tellegen, "The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology.," *Child Dev.*, vol. 55, no. 1, pp. 97–111, Feb. 1984.
- [147] A. S. Masten, *Humor and creative thinking in stress-resistant children*. 1983.
- [148] E. Zigler and E. A. Farber, "Commonalities between the intellectual extremes: Giftedness and mental retardation.," in *The gifted and talented: Developmental perspectives.*, Washington, DC, US: American Psychological Association, 1985, pp. 387–408.
- [149] J. W. Reich and A. Zautra, "Life events and personal causation: some relationships with satisfaction and distress.," *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 41, no. 5, pp. 1002–1012, Nov. 1981.
- [150] D. Rutter, M., Quinton, "Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: Factors promoting good functioning in adult life," *Br. J. Dev. Psychol.*, vol. 2, no. 3, pp. 191–204, 1984.

- [151] J. G. F. M. Hovens *et al.*, “Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls.,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 122, no. 1, pp. 66–74, Jul. 2010.
- [152] A. S. Masten, J. J. Hubbard, S. D. Gest, A. Tellegen, N. Garnezy, and M. Ramirez, “Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence.,” *Dev. Psychopathol.*, vol. 11, no. 1, pp. 143–169, 1999.
- [153] P. A. Wyman, E. L. Cowen, W. C. Work, and G. R. Parker, “Developmental and family milieu correlates of resilience in urban children who have experienced major life stress.,” *Am. J. Community Psychol.*, vol. 19, no. 3, pp. 405–426, Jun. 1991.
- [154] C. Pastorelli *et al.*, “Positive parenting and children’s prosocial behavior in eight countries.,” *J. Child Psychol. Psychiatry.*, vol. 57, no. 7, pp. 824–834, Jul. 2016.
- [155] D. L. Browning and D. M. Quinlan, “Ego development and intelligence in a psychiatric population: Wechsler subtest scores.,” *J. Pers. Assess.*, vol. 49, no. 3, pp. 260–263, Jun. 1985.
- [156] A. T. Bifulco, G. W. Brown, and T. O. Harris, “Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 12, no. 2, pp. 115–128, 1987.
- [157] E. E. Werner, “High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years.,” *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 59, no. 1, pp. 72–81, Jan. 1989.
- [158] M. Li and T. Nishikawa, “The Relationship Between Active Coping and Trait Resilience Across U.S. and Taiwanese College Student Samples,” *J. Coll. Couns.*, vol. 15, 2012.
- [159] J. Donner *et al.*, “Support for involvement of glutamate decarboxylase 1 and neuropeptide Y in anxiety susceptibility.,” *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.*, vol. 159B, no. 3, pp. 316–327, Apr. 2012.
- [160] K. Zhang *et al.*, “Neuropeptide Y (NPY): genetic variation in the human promoter alters glucocorticoid signaling, yielding increased NPY secretion and stress responses.,” *J. Am. Coll. Cardiol.*, vol. 60, no. 17, pp. 1678–1689, Oct. 2012.
- [161] Z. Zhou *et al.*, “Genetic variation in human NPY expression affects stress response and emotion.,” *Nature*, vol. 452, no. 7190, pp. 997–1001, Apr. 2008.
- [162] R. G. Bradley *et al.*, “Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 65, no. 2, pp. 190–200, Feb. 2008.

- [163] E. B. Binder *et al.*, “Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults.,” *JAMA*, vol. 299, no. 11, pp. 1291–1305, Mar. 2008.
- [164] A. Heinz and M. N. Smolka, “The effects of catechol O-methyltransferase genotype on brain activation elicited by affective stimuli and cognitive tasks.,” *Rev. Neurosci.*, vol. 17, no. 3, pp. 359–367, 2006.
- [165] K. Skelton, K. J. Ressler, S. D. Norrholm, T. Jovanovic, and B. Bradley-Davino, “PTSD and gene variants: new pathways and new thinking.,” *Neuropharmacology*, vol. 62, no. 2, pp. 628–637, Feb. 2012.
- [166] R. H. Segman *et al.*, “Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder.,” *Mol. Psychiatry*, vol. 7, no. 8, pp. 903–907, 2002.
- [167] G. Blasi *et al.*, “Functional variation of the dopamine D2 receptor gene is associated with emotional control as well as brain activity and connectivity during emotion processing in humans.,” *J. Neurosci.*, vol. 29, no. 47, pp. 14812–14819, Nov. 2009.
- [168] R. Ptacek, H. Kuzelova, and G. B. Stefano, “Dopamine D4 receptor gene DRD4 and its association with psychiatric disorders.,” *Med. Sci. Monit.*, vol. 17, no. 9, pp. RA215-20, Sep. 2011.
- [169] K. Karg, M. Burmeister, K. Shedden, and S. Sen, “The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 68, no. 5, pp. 444–454, May 2011.
- [170] J. M. Gatt *et al.*, “Early life stress combined with serotonin 3A receptor and brain-derived neurotrophic factor valine 66 to methionine genotypes impacts emotional brain and arousal correlates of risk for depression.,” *Biol. Psychiatry*, vol. 68, no. 9, pp. 818–824, Nov. 2010.
- [171] H. K. Kim *et al.*, “Influence of the interaction between the serotonin 1A receptor C-1019G polymorphism and negative life stressors on the development of depression.,” *Neuropsychobiology*, vol. 64, no. 1, pp. 1–8, 2011.
- [172] B. H. Brummett, C. M. Kuhn, S. H. Boyle, M. A. Babyak, I. C. Siegler, and R. B. Williams, “Cortisol responses to emotional stress in men: association with a functional polymorphism in the 5HTR2C gene.,” *Biol. Psychol.*, vol. 89, no. 1, pp. 94–98, Jan. 2012.
- [173] G. Wu *et al.*, “Understanding resilience.,” *Front. Behav. Neurosci.*, vol. 7, p. 10, 2013.
- [174] F. Anyan and O. Hjemdal, “Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 203,

- pp. 213–220, Oct. 2016.
- [175] I. G. Carvalho, E. D. S. Bertolli, L. Paiva, L. A. Rossi, R. A. S. Dantas, and D. A. Pompeo, “Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases.,” *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, vol. 24, p. e2836, Nov. 2016.
 - [176] M. Li and L. Wang, “The Associations of Psychological Stress with Depressive and Anxiety Symptoms among Chinese Bladder and Renal Cancer Patients: The Mediating Role of Resilience.,” *PLoS One*, vol. 11, no. 4, p. e0154729, 2016.
 - [177] A. Perez-Gonzalez, G. Guilera, N. Pereda, and A. Jarne, “Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms.,” *Child Abuse Negl.*, vol. 72, pp. 393–403, Oct. 2017.
 - [178] E. J. Wolf *et al.*, “A classical twin study of PTSD symptoms and resilience: Evidence for a single spectrum of vulnerability to traumatic stress.,” *Depress. Anxiety*, vol. 35, no. 2, pp. 132–139, Feb. 2018.
 - [179] X. Shi, Y. Zhou, and F. Fan, “Longitudinal trajectories and predictors of anxiety symptoms among adolescent survivors exposed to Wenchuan earthquake.,” *J. Adolesc.*, vol. 53, pp. 55–63, Dec. 2016.
 - [180] A. P. Wingo *et al.*, “Psychological resilience is associated with more intact social functioning in veterans with post-traumatic stress disorder and depression.,” *Psychiatry Res.*, vol. 249, pp. 206–211, Mar. 2017.
 - [181] S. Galderisi *et al.*, “The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia.,” *World Psychiatry*, vol. 13, no. 3, pp. 275–287, Oct. 2014.
 - [182] A. Georgiades, L. Farquharson, and L. Ellett, “Resilience, recovery style, and stress in early psychosis,” *Psychosis*, vol. 7, pp. 1–3, 2014.
 - [183] V. P. Bozikas *et al.*, “Resilience in Patients With Recent Diagnosis of a Schizophrenia Spectrum Disorder.,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 204, no. 8, pp. 578–584, Aug. 2016.
 - [184] V. Bozikas and E. Parlapani, “Resilience in patients with psychotic disorder.,” *Psychiatrike = Psychiatriki*, vol. 27, no. 1. Greece, pp. 13–16, 2016.
 - [185] F. Wartelsteiner *et al.*, “Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem.,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 134, no. 4, pp. 360–367, Oct. 2016.
 - [186] K. Yoshida *et al.*, “Resilience in schizophrenia: A comparative study between a remote island and an urban area in Japan.,” *Schizophr. Res.*, vol. 171, no. 1–3, pp. 92–96, Mar. 2016.

- [187] A. Echezarraga, E. Calvete, A. M. Gonzalez-Pinto, and C. Las Hayas, “Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study.,” *Stress Health*, vol. 34, no. 1, pp. 115–126, Feb. 2018.
- [188] K. Hoorelbeke, I. Marchetti, M. De Schryver, and E. H. W. Koster, “The interplay between cognitive risk and resilience factors in remitted depression: A network analysis.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 195, pp. 96–104, May 2016.
- [189] C. Ozawa *et al.*, “Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study.,” *Compr. Psychiatry*, vol. 77, pp. 53–59, Aug. 2017.
- [190] M. C. Rossetti *et al.*, “Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt.,” *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 39, no. 3, pp. 216–219, 2017.
- [191] P. Siegmann *et al.*, “Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis.,” *Clin. Psychol. Psychother.*, vol. 25, no. 1, pp. e1–e9, Jan. 2018.
- [192] G. S. Nagra, A. Lin, and R. Uptegrove, “What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment.,” *Psychiatry Res.*, vol. 241, pp. 78–82, Jul. 2016.
- [193] E. Calvete, C. Las Hayas, and A. Gomez Del Barrio, “Longitudinal associations between resilience and quality of life in eating disorders.,” *Psychiatry Res.*, vol. 259, pp. 470–475, Jan. 2018.
- [194] M. B. First, M. Gibbon, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, and L. S. Benjamin, *Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis II Personality Disorders SCID-II*. American Psychiatric Pub, 1997.
- [195] A. Çorapçıoğlu, Ö. Aydemir, M. Yıldız, A. Esen, and E. Köroğlu, “DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon,” *Ankara: Hekimler yayın birliği*, 1999.
- [196] V. ŞAR, P. E. ÖZTÜRK, and E. İKİKARDEŞ, “Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği,” *Türkiye Klin. J. Med. Sci.*, vol. 32, no. 4, pp. 1054–1063, 2012.
- [197] M. Yücel, Ü. KIRAN, O. Ozer, and H. KARA, “COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma,” 2019.
- [198] A. Akdemir, M. H. Turkcapar, S. D. Orsel, N. Demirergi, I. Dag, and M. H. Ozbay, “Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale.,” *Compr. Psychiatry*, vol. 42, no. 2, pp. 161–165, 2001.

- [199] E. S. Monkul, U. Tural, E. Onur, H. Fidaner, T. Alkin, and M. K. Shear, "Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version.," *Depress. Anxiety*, vol. 20, no. 1, pp. 8–16, 2004.
- [200] H. N. BASIM and F. ÇETİN, "Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması," *Türk Psikiyatr. Derg.*, vol. 22, no. 2, pp. 104–114, 2011.
- [201] Y. P. Yazıcı M. K., Demir B., Tanrıverdi N., Karaağaoğlu E., "Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması," *Türk Psikiyatr. Derg.*, vol. 9, no. 2, pp. 114–117, 1998.
- [202] E. Eser, H. Fidaner, C. Fidaner, S. Y. Eser, H. Elbi, and E. Göker, "WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri," *Psikiyatr. Psikol. Psikofarmakol. Derg.*, vol. 7, no. Suppl 2, pp. 23–40, 1999.
- [203] B. F. Grant *et al.*, "Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.," *Mol. Psychiatry*, vol. 14, no. 11, pp. 1051–1066, Nov. 2009.
- [204] B. Benatti *et al.*, "Which factors influence onset and latency to treatment in generalized anxiety disorder, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder?," *Int. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 31, no. 6, pp. 347–352, Nov. 2016.
- [205] P. J. Havinga *et al.*, "Doomed for Disorder? High Incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients: A Prospective Cohort Study.," *J. Clin. Psychiatry*, vol. 78, no. 1, pp. e8–e17, Jan. 2017.
- [206] R. Mojtabai *et al.*, "Long-term effects of mental disorders on employment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up.," *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 50, no. 11, pp. 1657–1668, Nov. 2015.
- [207] C. N. Sawchuk *et al.*, "The Association of Panic Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Major Depression With Smoking in American Indians.," *Nicotine Tob. Res.*, vol. 18, no. 3, pp. 259–266, Mar. 2016.
- [208] D. A. Katerndahl and J. P. Realini, "Relationship between substance abuse and panic attacks.," *Addict. Behav.*, vol. 24, no. 5, pp. 731–736, 1999.
- [209] M. Marquez, J. Segui, J. Canet, L. Garcia, and M. Ortiz, "Alcoholism in 274 patients with panic disorder in Spain, one of the main producers of wine worldwide.," *J. Affect. Disord.*, vol. 75, no. 3, pp. 237–245, Aug. 2003.
- [210] C.-M. Chang, K. M. Connor, T.-J. Lai, L.-C. Lee, and J. R. T. Davidson, "Predictors of

- posttraumatic outcomes following the 1999 Taiwan earthquake.,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 193, no. 1, pp. 40–46, Jan. 2005.
- [211] S. Rafiq, C. Campodonico, and F. Varese, “The relationship between childhood adversities and dissociation in severe mental illness: a meta-analytic review.,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 138, no. 6, pp. 509–525, Dec. 2018.
- [212] A. C. Wesner *et al.*, “Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder.,” *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 33, no. 4, pp. 428–433, Aug. 2019.
- [213] C.-F. Yen, C.-Y. Kuo, P.-T. Tsai, C.-H. Ko, J.-Y. Yen, and T.-T. Chen, “Correlations of quality of life with adverse effects of medication, social support, course of illness, psychopathology, and demographic characteristics in patients with panic disorder.,” *Depress. Anxiety*, vol. 24, no. 8, pp. 563–570, 2007.
- [214] G. Foldes-Busque, I. Denis, J. Poitras, R. P. Fleet, P. M. Archambault, and C. E. Dionne, “The Revised-Panic Screening Score for emergency department patients with noncardiac chest pain.,” *Health Psychol.*, vol. 37, no. 9, pp. 828–838, Sep. 2018.
- [215] J. H. Greenslade, T. Hawkins, W. Parsonage, and L. Cullen, “Panic Disorder in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Prevalence and Presenting Symptoms.,” *Heart. Lung Circ.*, vol. 26, no. 12, pp. 1310–1316, Dec. 2017.
- [216] N. S. Demiryoguran *et al.*, “Anxiety disorder in patients with non-specific chest pain in the emergency setting.,” *Emerg. Med. J.*, vol. 23, no. 2, pp. 99–102, Feb. 2006.
- [217] J. M. Gorman *et al.*, “Anxiogenic effects of CO₂ and hyperventilation in patients with panic disorder.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 151, no. 4, pp. 547–553, Apr. 1994.
- [218] A. T. Gloster *et al.*, “Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT.,” *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 79, no. 3, pp. 406–420, Jun. 2011.
- [219] K. R. Engel *et al.*, “Functional MRI activation in response to panic-specific, non-panic aversive, and neutral pictures in patients with panic disorder and healthy controls.,” *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 266, no. 6, pp. 557–566, Sep. 2016.
- [220] M. Nagai, K. Kishi, and S. Kato, “Insular cortex and neuropsychiatric disorders: A review of recent literature,” *Eur. Psychiatry*, vol. 22, no. 6, pp. 387–394, Sep. 2007.
- [221] M. Holubova *et al.*, “Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectional outpatient study.,” *Neuro Endocrinol. Lett.*, vol. 39, no. 4, pp. 331–341, Oct. 2018.
- [222] D. Bonevski and A. Novotni, “[Child abuse in panic disorder].,” *Med. Pregl.*, vol. 61,

- no. 3–4, pp. 169–172, 2008.
- [223] M. De Venter *et al.*, “Impact of childhood trauma on course of panic disorder: contribution of clinical and personality characteristics,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 135, no. 6, pp. 554–563, Jun. 2017.
- [224] Z. Zou *et al.*, “Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia,” *J. Affect. Disord.*, vol. 206, pp. 133–139, Dec. 2016.
- [225] M.-H. Chen and S.-J. Tsai, “Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management,” *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, vol. 70, pp. 219–226, Oct. 2016.
- [226] D. S. Baldwin *et al.*, “Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology,” *J. Psychopharmacol.*, vol. 28, no. 5, pp. 403–439, May 2014.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1748

Tarih : 20.12.2018

Konu: Prof. Dr. Mehmet Raşit TÜKEL hk.

Sayın Prof. Dr. Mehmet Raşit TÜKEL
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının 07/12/2018 gün ve 335948 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Ekin Ezgi PINAR' ın yürüteceği 2018/1680 dosya numaralı "Panik Bozukluğunda Psikolojik Dayanıklılığın Klinik Belirtiler ve Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisi" başlıklı çalışma kurulumuzun 14/12/2018 tarih ve 21 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (Hastanın kendisi için örnektir)

I-Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Panik Bozukluğu, toplumda çok sık görülen ve kişinin yaşam kalitesi büyük ölçüde etkilenen ruhsal bir bozukluktur. Agorafobi ise Panik Bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık %60'na eşlik eden bir durumdur ve sıklıkla kişinin işlevselliğinin daha fazla bozulmasına yol açar. Panik Bozukluğu ile ilgili yapılan çok sayıda araştırmaya rağmen hastalığın oluş nedenleri ve agorafobi varlığını belirleyen faktörler net olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada Panik Bozukluğu tanısı olan bireylerde psikolojik dayanıklılığın ve baş etme mekanizmalarının hastalığa yakalanma ve agorafobi varlığı üzerine etkileri araştırılarak hastalığın etiyolojik özelliklerinin ve seyrine etki eden faktörlerin aydınlatılmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

1.İçinde bulunduğunuz çalışmanın adı “Panik Bozukluğunda Psikolojik Dayanıklılığın Klinik Belirtiler ve Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisi”dir

2. Bu çalışma kapsamında Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu, SCID-I/CV, Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği, Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa formu (WHOQOL-BREF), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28) kullanılacaktır.

3.Çalışma sırasında çıkabilecek herhangi bir istenmeyen etki veya risk bulunmamaktadır.

4.Görüşmelerin 90 dakika sürmesi planlanmaktadır.

5.Çalışmaya yaklaşık 60 katılımcının alınması planlanmıştır.

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler:

1. Gönüllünün araştırmaya katılmayı reddetme hakkı vardır.

2. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.

3. Gönüllü araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecektir, ayrıca gönüllüye de bir ödeme yapılmayacaktır.

4. Gönüllünün bilgileri yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır.

5. Gönüllünün dosyalarından ya da kendisinden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan hekimler kendisi arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

6. Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Dr Ekin Ezgi Pınar 0212 414 20 00 / 31185 nolu telefondan ulaşabilirsiniz.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası, adresi ve telefon numarası

Açıklamaları yapan araştırmacının adı, soyadı ve imzası

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı,soyadı, imzası ve görevi

Katılımcının beyanı

Sayın Dr. Ekin Ezgi Pınar tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca her hangi bir zarar görmeden araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkilerime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde katılımcı (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

• Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı:

Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (Katılımcının kendisi için örnektir)

I-Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Panik Bozukluğu, toplumda çok sık görülen ve kişinin yaşam kalitesi büyük ölçüde etkilenen ruhsal bir bozukluktur. Agorafobi ise Panik Bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık %60'na eşlik eden bir durumdur ve sıklıkla kişinin işlevselliğinin daha fazla bozulmasına yol açar. Panik Bozukluğu ile ilgili yapılan çok sayıda araştırmaya rağmen hastalığın oluş nedenleri ve agorafobi varlığını belirleyen faktörler net olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada Panik Bozukluğu tanısı olan bireylerde psikolojik dayanıklılığın ve baş etme mekanizmalarının hastalığa yakalanma ve agorafobi varlığı üzerine etkileri araştırılarak hastalığın etiyolojik özelliklerinin ve seyrine etki eden faktörlerin aydınlatılmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Sizi bu araştırmanın sağlıklı kontrol grubu kısmında yer almanız için davet ediyoruz.

1.İçinde bulunduğunuz çalışmanın adı "Panik Bozukluğunda Psikolojik Dayanıklılığın Klinik Belirtiler ve Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisi "dir

2. Bu çalışma kapsamında Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu, SCID-I/CV, Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği, Yetişkinler için Dayanıklılık Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa formu (WHOQOL-BREF), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28) kullanılacaktır.

3.Çalışma sırasında çıkabilecek herhangi bir istenmeyen etki veya risk bulunmamaktadır.

4.Görüşmelerin 90 dakika sürmesi planlanmaktadır.

5.Çalışmaya yaklaşık 60 panik bozukluğu tanısı almış kişi 60 sağlıklı kontrol alınması planlanmıştır.

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler:

1. Gönüllünün araştırmaya katılmayı reddetme hakkı vardır.

2. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.

3. Gönüllü araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecektir, ayrıca gönüllüye de bir ödeme yapılmayacaktır.

4. Gönüllünün bilgileri yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır.

5. Gönüllünün dosyalarından ya da kendisinden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan hekimler kendisi arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

6. Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Dr Ekin Ezgi Pınar 0212 414 20 00 / 31185 nolu telefondan ulaşabilirsiniz.

Katılımcının beyanı

Sayın Dr. Ekin Ezgi Pınar tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının

eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca her hangi bir zarar görmeden araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

• Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı:

nvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

1)Adı-soyadı:

Telefon:

2) Yaş:

3) Cinsiyet: 1. Kadın 2. erkek

4) Kardeş Sayısı:

5) Kendisi kaçınıcı kardeş:

6)Eğitim durumu: 1.ilkokul 2.ortaokul 3.lise
4.üniversite 5.okuryazar değil

7) Eğitim süresi (yıl):

8) Okurken sene kaybı var mı: 1.yok 2.var

9) Medeni durum: 1. Bekar 2.Evli 3.Dul 4. Boşanmış

10) Gelir durumu: 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

11) Çalışma durumu: 1. Çalışmıyor/son 1 senedir işsiz 2.Ücretli çalışıyor
3. İşlevsel ev hanımı 4. Öğrenci

12) El tercihi: 1.sağ 2.sol

13) SCID tanısı : 1.yok 2. var (.....)

14) Daha önce psikiyatri başvurusu: 1.yok 2.var (.....)

15) Daha önce psikiyatri ilacı kullanımı: 1.yok 2.var (.....)

16) Şu anda kullandığı psikiyatrik ilaçlar: 1. yok 2.var (.....)

17) Şu anda kullandığı psikiyatri dışı ilaçlar: 1. yok 2.var (.....)

18) Hastalığı tetikleyen stresör varlığı: 1.yok 2.var (.....)

- 19) İntihar girişimi var mı ? 1.Hayır 2.Evet
- 20) İntihar girişimi varsa sayısı:
- 21) Alkol/madde kullanımı: 1. Yok 2. var
- 22) Alkol dışı madde adı:
- 23) Alkol kullanım düzeni: 1.Ayda 1' den daha az 2.Ayda 1
3.Haftada 1 4.Haftada 1-3 5.Hergün
- 24) Toplam alkol kullanma süresi (yıl):
- 25) Sigara kullanımı: 1 Hiç kullanmamış 2. Bırakmış 3. aktif içici
- 26) Sigara kullanım miktarı (p/yıl) :
- 27) Birinci ve ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık var mı
1.yok 2.var (.....)
- 28) Bilinen tıbbi hastalık:
1.yok 2.var (.....)
- 29) Doğum komplikasyonu var mı: 1.yok 2.var
- 30) Panik atak ile acil başvurusu var mı: 1. yok 2.var
- 31) Acil başvurusu varsa sayısı:

İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Anksiyete Bozuklukları Polikliniği

HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM-D)

Her maddede, hastayı en iyi tanımlayan cevabı belirleyen numarayı seçin.

1. DEPRESİF RUH HALİ

(Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0 = Yok.

1 = Bu duygularını ancak sorulduğunda gösteriyor.

2 = Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3 = Bu duygularını sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor.

4 = Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU

0 = Yok.

1 = Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü sanıyor.

2 = Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.

3 = O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor.

4 = Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve /veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3. İNTİHAR

0 = Yok.

1 = Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2 = Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3 = İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4 = İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir.)

4. UYKUYA DALAMAMAK

0 = Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.

1 = Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2 = Her gece uyuma güçlüğü çekiyor.

5. GECEYARISI UYANMAK

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1 = gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor.

2 = gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir. (Herhangi bir neden olmaksızın)

6. SABAH ERKEN UYANMAK

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1 = Sabah erkenden uyanıyor fakat tekrar uykuya dalıyor.

2 = Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1= Aktiviteleriyle, işiyle yada boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2 = Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması; hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlık ve kararsızlığı ile gösterir. (kendini iş veya aktiviteler için zorlaması gerektiğini hissederek)

3 = Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az 3 saatini aktivitelerine (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.

4 = Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalar servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa ya da servis işlerini yardım almadan yapıyorsa 4 puan ile değerlendirin.

8. RETARDASYON (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0 = Normal konuşma ve düşünce.

1 = Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2 = Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3 = Görüşme yapmakta güçlük çekiliyor.

4 = Tam stupor.

9. AJİTASYON

0 = Yok.

1 = Yerinde duramama

2 = Eller, saçlar v.b. ile oynama.

3 = Ayakta dolaşma, sakın oturamama.

4 = Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

0 = Güçlük yok.

1 = Subjektif gerilim ve irritabilite.

2 = Küçük şeylerden kaygı duyma.

3 = Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4 = Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

0 = Yok.

1 = Hafif

2 = Orta

3 = Şiddetli

4 = Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler: Gastrointestinal:Ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, diyare.

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon. İç çekme. Sık idrara çıkma. Terleme.

12. BEDENSEL BELİRTİLER (GASTROİNTESTİNAL)

0 = Yok

1 = İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2 = Personel zorlamasa yemek yemiyor. Hastanın yemek yemesi için teşvik edilmesi gerekiyor. Bağırsakları ya da gastrointestinal belirtileri için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR Genel

0 = Yok

1 = Ekstremitelerinde, sırtında yada başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.

2 = Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR (libido kaybı, menstrüel boz. gibi semp)

- 0 = Yok.
- 1 = Hafif
- 2 = Şiddetli

15. HİPOKONDRIASİS

- 0 = Yok.
- 1 = Evhamlılık
- 2 = Sağlıkla ilgili evhamlar
- 3 = Sık sık yakınmalar, yardım isteği vb.
- 4 = Hipokondriak delüzyonlar.

16. ZAYIFLAMA (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A. Anamneze göre değerlendirirken:

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

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde.

- 0 = Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı
- 1 = Haftada 0.5 kg'dan daha fazla kilo kaybı
- 2 = Haftada 1 kg'dan daha fazla kilo kaybı

17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ

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

T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı
Anksiyete Bozuklukları Polikliniği

HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı :

Tarih :/...../.....

YOK : 0

HAFİF : 1

ORTA DERECE : 2

ŞİDDETLİ : 3

ÇOK ŞİDDETLİ : 4

		Puan			Puan
Anksiyeteli duygudurum	Endişeler, kötülük beklentisi, korkulu beklenti, çabuk sinirlenme		Bedensel (duyusal)	Kulak çınlaması, bulanık görme, soğuk-sıcak basması, güçsüzlük hissi, karıncalanma	
Gerginlik	Gerginlik hissi, yorgunluk, irkilme yanıtı, kolay ağlama, titreme, huzursuzluk hissi		Kalp-damar sistem belirtileri	Kalp atışlarının hızlanması, çarpıntı, göğüste ağrı, damarların atması, bayılma duygusu, kalp atışında vuru atlaması	
Korkular	Karanlık, yabancılar, yalnız bırakılma, hayvanlar, trafik, kalabalık		Solunum sistem belirtileri	Göğüste sıkışma ve baskı hissi, boğulma hissi, derin iç çekmeler, nefes darlığı	
Uykusuzluk	Uykuya dalma güçlüğü, bölünmüş uyku, uykudan yorgun kalkma, rüyalar, kabuslar, gece korkuları		Mide-barsak sistem belirtileri	Yutma güçlüğü, karında ağrı, midede yanma, karında dolgunluk hissi, bulantı, kusma, ishal, kilo kaybı, kabızlık, barsakta gaz	
Bilişsel	Dikkatini toplamada güçlük, bellek zayıflığı		Üreme-boşaltım sistem belirtileri	Sık idrar yapma, aniden idrar yapma isteği gelmesi, adet görememe, adet kanama süresinin artması, kadında cinsel soğukluk gelişmesi, erken boşalma, libido kaybı, ereksiyon güçlüğü	
Depresif duygudurum	İlgi kaybı, hobilerden zevk alamama, çökkünlük, erken uyanma, diurnal ritimde değişme		Otonomik belirtiler	Ağız kuruluğu, kızarma, solukluk, terlemeye eğilim, sersemlik hissi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması	
Bedensel (kaslarla ilgili)	Ağrılar, seyirmeler, miyoklonik atmalar, diş gıcırdatma, sesin tonunda değişmeler, kas gerginliğinde artma		Görüşme sırasındaki davranış	Tedirginlik, yerinde duramama, ellerde titreme, kaşların çatılması, gergin yüz, iç çekme ya da hızlı solunum, yüzde solukluk, yutkunma, geğirme, tendonlarda atmalar, genişlemiş göz bebekleri, gözlerin yuvalarından çıkması	

PANİK BOZUKLUĞU ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ (PBSÖ)

İsim Soyadı _____

Değerlendirici _____

Tarih _____

DEĞERLENDİRİLEN ZAMAN DİLİMİ:
(birini daire içine alın)

Bir ay _____
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 puanlandysa 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=İlmlı 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=İlmlı, 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=İlmlı, 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.

☐ **PANİK ATAĞI İLE İLİŞKİLİ DUYUMLARDAN KORKU / KAÇINMA**

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

1=İlmlı, 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, mesleksen performansda 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)

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...					
Her zaman bir çözüm bulurum					Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...					
Başarılması zordur					Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...					
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda					Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum					
Diğer kişilerle birlikte					Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...					
Benimkinden farklıdır					Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...					
Hiç kimseyle tartışmam					Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...					
Çözemem					Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...					
Nasıl başaracağımı bilirim					Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...					
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım					Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak					
Önemli değildir					Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim					
Çok mutlu					Çok mutsuz
12. Beni ...					
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir					Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...					
Olduğuna çok inanırım					Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum					
Ümit verici					Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...					
Zamanımı planlama					Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir					
Kolayca yapabildiğim					Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...					
Birbirinden bağımsız					Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...					
Zayıftır					Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...					
Çok fazla güvenmem					Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...					
Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
Günlük yaşamımda yoktur					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...					
Benim için zordur					Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...					
Geleceğe pozitif bakar					Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...					
Bana hemen haber verilir					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
Kolayca gülerim					Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
Birbirlerini desteklemez biçimde					Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden					Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
Her şeyi umutsuzca gören bir					Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...					
Zordur					Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...					
Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
Başta çıkmaya çalışırım					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...					
İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...					
Yeteneklerimi beğenirler					Yeteneklerimi beğenmezler

Adınız:**Yaşınız:****Cinsiyetiniz:****Tarih:**

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moraliim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstedigimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Çok teşekkürler

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor

ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.



İ.Ü.İTF KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İZİNİ GEREKLİ OLMAYAN ("KLİNİK ARAŞTIRMALAR YÖNETMELİĞİ" NE TÂBİ OLMAYAN)
ARAŞTIRMALAR İÇİN

ÖZGEÇMİŞ FORMU

ADI SOYADI: Ekin Ezgi Pınar Yücel

1. GENEL

DÜZENLEME TARİHİ	27.11.2018		
T.C. KİMLİK NO	52270067986		
DOĞUM YERİ VE YILI	İNEBOLU 1990		
GÖREV YERİ	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı		
GÖREV UNVANI	Asistan Doktor		
YAZIŞMA ADRESİ	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kürsü Sekreterliği Fatih/İstanbul		
TEL	5543753865	GSM	5543753865
E-POSTA	ekinezgipinar@hotmail.com	FAX	

2. EĞİTİM

MEZUNİYET TARİHİ	ÜNİVERSİTE-FAKÜLTE-BÖLÜM/ANABİLİM DALI
2008-2014	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
2015-	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

3. ARAŞTIRMA PROJELERİ DENEYİMİ

PROJE ADI	KURUM	TARİH	GÖREV*	PROJE TÜRÜ**

* (Yürütücü, Araştırmacı/Uzman, Danışman, Bursiyer, Diğer)

** (Kurumsal, Ulusal, Uluslararası)

4. ARAŞTIRMA KONUSU İLE İLGİLİ YAYINLARI

(EL YAZISI İLE)

Özgeçmiş Sahibinin Adı ve Soyadı:

Tarih: .../.../.....

İmza:

Not:

- Gerektiğinde ilgili başlık altındaki satırların sayısı arttırılabilir.
- Varsa, görev alınan tüm klinik araştırma projeleri yazılmalıdır.
- Bilgiler, tarih sıralamasına göre, en eski tarihliden yeniye doğru sıralanmalıdır.
- Tüm sayfalar imzalanmalıdır.