T.C
GAZİ ÜNiVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

PANİK BOZUKLUĞU, SOMATİZASYON BOZUKLUĞU VE HİPOKONDRİAZİSTE SAĞLIK KAYGISI

UZMANLIK TEZİ

Dr. E. Özgün KARAER KARAPIÇAK

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Selçuk ASLAN

ANKARA

NİSAN 2010

KISALTMALAR

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı)

SII: Somatosensöryel alan

SCID-I: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği

HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

DBE-Ö: Depresif Belirti Envanteri-Özbildirim

SKE_KF: Sağlık Kaygısı Envanteri- Haftalık Kısa Form

BYÖ: Belirti Yorumlama Ölçeği

KSE: Kısa Semptom Envanteri

BYÖ RA: Belirti Yorumlama Ölçeği Ruhsallaştırma Atfı

BYÖ BA: Belirti Yorumlama Ölçeği Bedenselleştirme Atfı

BYÖ NA: Belirti Yorumlama Ölçeği Normalleştirme Atfı

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Panik Bozukluğu 3

2.1.1. Tarihçesi 3

2.1.2. Tanımı 4

2.1.3. Sınıflandırma 5

2.1.4. Epidemiyoloji 7

2.1.5. Etiyoloji 9

2.1.6. Klinik 16

2.1.7. Gidiş 17

2.2. Somatizasyon Bozukluğu 17

2.2.1. Tanım 18

2.2.2. DSM-IV'e Göre Somatizasyon Bozukluğunun Tanı Ölçütleri 18

2.2.3. Etiyoloji 20

2.2.4. Epidemiyoloji 23

2.2.5. Klinik 24

2.2.6. Gidiş 25

2.3. Hipokondriazis 25

2.3.1. Tanım 25

2.3.2. DSM-IV'e Göre Hipokondriazisin Tanı Ölçütleri 26

2.3.3. Tarihçe 27

2.3.4. Etiyoloji 27

2.3.5. Epidemiyoloji 28

2.3.6. Klinik 29

2.3.7. Gidiş 32

2.4. Sağlık Kaygısı 32

2.4.1. Tanım 32

2.4.2. Tanı 33

2.4.3. Etiyoloji 34

2.4.4. Epidemiyoloji 40

2.4.5. Gelişiminde Rol Oynayan Etkenler 41

2.4.6. Tehlikeli Olmayan Bedensel Duyumların Genel Nedenleri ve Sağlık Kaygısının Klinik Görünümü 42

2.4.7. Hipokondriazis Dışında Sağlık Kaygısının Diğer Klinik Görünümleri 43

2.4.8. Gidiş 46

3. GEREÇ ve YÖNTEM 47

3.1. Katılımcıların Seçimi 47

3.2. Hasta Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri 48

3.3. Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri 48

3.4. Veri Toplama Araçları 48

3.4.1. Sosyodemografik-Klinik Veri Formu: **48**

3.4.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) **49**

3.4.3. Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) **49**

3.4.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) **50**

3.4.5. Depresif Belirti Envanteri (DBE-Ö30) **50**

3.4.6. Sağlık Kaygısı Envanteri- Haftalık Kısa Form (SKE_KF) **51**

3.4.7. Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ) **52**

3.4.8. Kısa Semptom Envanteri (KSE) **53**

3.5. İstatistiksel Değerlendirme **53**

4. BULGULAR **55**

5. TARTIŞMA ve SONUÇLAR **71**

6. ÖZET **87**

7. SUMMARY **89**

8. KAYNAKLAR **91**

9. EKLER **104**

EK-1: Panik Agorafobi Ölçeği **104**

EK-2:Kısa Semptom Envanteri (KSE) **107**

EK-3:Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) **109**

EK-4 Depresif Belirti Envanteri (DBE-Ö30) **110**

EK-5. Sağlık Kaygısı Envanteri- Haftalık Kısa Form (SKE_KF) **115**

EK-6 Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ) 119

TABLOLAR

Tablo 1: Tüm katılımcıların sosyodemografik ve klinik verileri 57

Tablo 2: Hasta gruplarında klinik belirtilerin süre ve sıklığı 58

Tablo 3: Panik bozukluğu olan hastaların klinik bulguları 59

Tablo 4: Tüm gruplarda SKE-KF ve ilişkili boyutlarına göre Kruskal Wallis testi sonucu 61

Tablo 5: Tüm gruplarda SKE-KF ve ilişkili boyutlarında, yaşa göre Kruskal Wallis testi sonucu 63

Tablo 6: Hasta gruplarında sağlık kaygısının cinsiyete göre U-testi sonucu . 64

Tablo 7: Üç hasta grubuna uygulanan HADÖ ölçek ve alt ölçeklerine göre Kruskal Wallis testi sonucu 65

Tablo 8: Panik bozukluğu olan hasta grubunda panik alt tiplerine uygulanan PAÖ ve SKE-KF ve ilişkili boyutlarına göre Kruskal Wallis testi sonucu 66

Tablo 9: Tüm ölçek ve alt ölçekler arası korelasyon..... 70

1. GİRİŞ

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır. Hipokondriazis olarak da adlandırılan şiddetli sağlık kaygısı, kişinin sağlık konusundaki inançlarıyla doğrudan bağlantılıdır (61). Sağlık kaygısı, hafif formlarında, uygun sağlık hizmetini aramaya ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmaya yardımcıdır. Ağır formları, toplumda az görülür, ancak genel hastane uygulamasında sık karşılaşılır (63). Özellikle panik bozukluğu olan hastaların yaşadığı korkutucu bedensel kaygı belirtilerinin, ciddi hastalıklar yaratacağı düşüncesi bedenselleştirmeye ve türlü hipokondriak uğraşlara neden olmaktadır. Panik nöbetleriyle ortaya çıkan şiddetli bedensel belirtiler ve duyumlar; hastalarca, ciddi sağlık sorunları yaşadıkları biçiminde yorumlanmaktadır. Benzer şekilde somatizasyon bozukluğu olan hastalarda da, bedensel duyumların yanlış yorumlanması sonucu, bir hastalığı olduğu inancı oluşmaktadır (63,72). Sonuçta daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ruhsal bozuklukların tanı ve tedavi aşamasında sağlık kaygısını değerlendirmek gerekir. Bu alanda, Türkiye'de, sağlık kaygısı ile ilgili yeterli çalışma yapılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazisde görülen sağlık kaygısını araştırmak ve bu hastalık gruplarında saptanan sağlık kaygısını, sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmaktır.

Çalışmanın hipotezleri; sağlık kaygısı; hipokondriaziste, panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğuna göre daha şiddetli olmakla birlikte, her üç hastalık grubunda görülmektedir. Sağlık kaygısı; panik bozukluğunda, somatizasyon bozukluğu ve sağlıklı gönüllülere göre daha fazladır.

Bu hipotezleri araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmanın, sağlık kaygısı kavramının yerleştirilmesi, tanımlanması ve erken tespit edilmesi için katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluğu

2.1.1. Tarihçesi

Panik bozukluğu, adını Yunan mitolojisinde bir Tanrı olan “Pan”dan almaktadır. “Pan”, mağarada yaşaması ve yalnız kaldığında birdenbire ortaya çıkıp çığlıklar atarak, insanları korkutması ile bilinmektedir (1).

Panik bozukluğunda oluşan tablo, yüzyıllardır bilinmesine rağmen, ilk olarak 1871’de, Jacop Mendes Da Costa, kalbin fonksiyonel bozukluğunun değişik bir şekli olan hastalardan bahsetmiş ve bu hastalığa “irritable heart” adını vermiştir (2). Da Costa, bu hastalarda yaptığı incelemelerde, kalple ilgili herhangi bir yapısal patoloji bulunmadığına dikkat çekmiş, kardiyak belirtilerin sempatik sinir sistemi fonksiyonlarındaki bir bozukluğa bağlı olduğunu bildirmiştir. Da Costa tarafından tanımlanan bu hastalıkta, kalp fazla çalışmaktan ve aşırı uyarılmaktan dolayı hassaslaşıyor ve bozulan sinir inervasyonu bu durumun sürmesine neden oluyordu (3,4).

1894 yılında, Freud, nevrasteniden farklı olarak "anksiyete nevrozu" nu tanımlamış ve anksiyeteye, birinci derecede bir belirti olarak bu sendrom içinde yer vermiştir (5). Böylece, o tarihe kadar nevrasteni içinde bir belirti olarak yer alan anksiyete, Freud'un bu tanımı ile, diğer belirtilerin etrafında toplandığı psikolojik bir antite olarak tanımlanmaya başlanmıştır (3).

Panik bozukluğunu, anksiyete nevrozundan ayırarak, ilk kez farklı bir tanı olarak tanımlayan kişi ise Klein (1964) olmuştur. Klein, daha sonradan ‘’farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmış ve bu ayrımdan yola çıkarak panik bozukluğunu farklı bir anksiyete bozukluğu kategorisi olarak tanımlamıştır. Daha sonra geliştirdiği yeni anksiyete bozukluğu kavramında, beklenti anksiyetesinin, panik ataklarının ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiğini ortaya koymuş; panik atakları ve agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır (6,7). 1980 yılında, Klein’ın yoğun çabaları sonucunda, panik bozukluğu, DSM- III tanı sisteminde ayrı bir tablo olarak tanımlanmıştır (8). Klein’ın, “yineleyen beklenmedik panik atakları”, “beklenti anksiyetesi” ve “agorafobi” şeklindeki üçlemesi günümüzde bile hala en geçerli panik bozukluğu modelidir (9).

2.1.2. Tanımı

Panik bozukluğu; DSM-IV-TR’de somatik ya da bilişsel 13 belirtiden, en az dördünün eşlik ettiği, yoğun bir korku veya rahatsızlık dönemi olarak tanımlanan panik ataklarla belirlidir. Hastalık, sosyal ve mesleksel işlevsellikte ciddi sorunlara yol açmakta ve süreğen bir şekilde seyretmektedir (10). Agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu, nefes almada güçlük, çarpıntı, baş dönmesi, titreme, çıldırma, ölüm korkuları gibi çeşitli bedensel ve bilişsel

belirtilerden oluşan, beklenmedik bir anda, kendiliğinden ortaya çıkan ve yineleyen panik ataklarıyla belirlenen yaygın bir bozukluktur (11).

2.1.3. Sınıflandırma

Panik bozukluğu, DSM-IV tanı çizelgesinde "Anksiyete Bozuklukları" içinde sınıflandırılmıştır.

2.1.3.1. DSM-IV'e Göre Panik Atağının Tanı Ölçütleri

Aşağıdaki semptomlardan dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması.

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefes darlığı ya da boğuluyormuş gibi olma duyumları
5. Soluğun kesilmesi
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
9. Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
10. Denetimini yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
11. Ölüm korkusu

12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)

13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

2.1.3.2. DSM-IV'e Göre Agorafobi Olmayan Panik Bozukluğunun Tanı Ölçütleri

A- Aşağıdakilerden hem 1 hem de 2 vardır:

1. Yineleyen beklenmedik panik atakları

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

a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma

c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B- Agorafobinin olmaması

C- Panik atakları, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D- Panik atakları; sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.3.3. DSM-IV'e Göre Agorafobi Olan Panik Bozukluğunun Tanı Ölçütleri

A- Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağın ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçınmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan kaygı duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım durumlar vardır ki; bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda olma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir. Bu durumlardan kaçınılır ya da panik atağı ya da panik benzeri belirtiler olacak kaygısıyla ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.

B- Bu kaygı ya da fobik kaçınma; sosyal fobi (ör. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (ör. asansör gibi tek durumlarla sınırlı kaçınma), OKB (ör. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), PTSB (ör. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ör. evden ya da akrabalardan ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (10).

2.1.4. Epidemiyoloji

Toplumda her on kişiden biri yaşamının bir döneminde, en az bir panik atağı yaşamaktadır. Ancak, yineleyici panik atakların sıklığı %7 civarındadır (12).

Panik bozukluğunun (agorafobi ile birlikte veya agorafobi olmaksızın) yaşam boyu prevalansı, %1,5-3,5 arasında, bir yıllık prevalans hızı %1-2 arasındadır. Panik ataklarının yaşam boyu prevalansı ise % 4 civarındadır (13).

Amerika Birleşik Devletleri'nde panik bozukluğunun yaşam boyu sıklığı, %1–1,5 arasında bulunmuştur (14). Sartorius ve arkadaşlarının, 1993'te yayımladığı Dünya Sağlık Örgütü çalışmasında, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde panik atağı yaygınlığı %3,4, panik bozukluğu yaygınlığı ise %0,2 olarak verilmiştir (15).

Panik bozukluğu hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıkça başvurabilmektedir. Vestibüler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15'inin, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir (16).

Panik bozukluğu, en çok geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasında başlamaktadır. Klinik örneklemde, başlangıç yaşı ortalaması 25 civarındadır. Panik bozukluğu, daha düşük oranlarda olmakla birlikte, çocuklukta ya da 40 yaşın üzerinde de başlayabilmektedir. 40 yaştan sonra ortaya çıkan panik ataklarında depresyon ve tıbbi nedenler akla gelmeli ve araştırılmalıdır. Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de panik bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık

olarak yirmili yaşların başında, agorafobisiz panik bozukluğunun ise daha fazla sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir (17, 18).

Çalışan bireyler, evliler ve başkalarıyla birlikte yaşayan kişilerde genel olarak panik bozukluğunun yaygınlığı düşüktür. Şehirde yaşamak bu riski biraz arttırmaktadır (19). Panik bozukluğu, erkeklere kıyasla kadınlarda daha sık görülür. Kadın:erkek oranı agorafobi ile birlikte panik bozukluğu tanılı bireylerde 3:1, agorafobisiz panik bozukluğu tanılı bireylerde ise 2:1 şeklindedir. Kadın hastalara kıyasla, erkeklerde hastalık süresi daha uzundur (20).

2.1.5. Etiyoloji

2.1.5.1. Biyolojik Faktörler

Panik bozukluğu, genetik geçişin en iyi gösterildiği anksiyete bozukluğudur. Etiyolojik araştırmalar, panik bozukluğu hastalarının birinci ve ikinci derece akrabalarında panik bozukluğu görülme oranının 4-10 kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Bu bulgu; genetik etmenlerle açıklanabileceği gibi, kültürel faktörlerin ve olumsuz ortamın sonucu da olabilir (21, 22). Yapılan aile ve ikiz çalışmalarında, panik bozukluğunda genetik etmenlerin %40 oranında etkili olduğu belirlenmiştir (23). Panik bozukluğuna sahip bireylerin, birinci derece akrabalarında panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %7–20 olarak bulunmuştur (24). İkiz çalışmaları, panik bozukluğu için eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde %31 olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalara karşın, panik bozukluğunun biyolojik temelinden sorumlu genler henüz bulunamamıştır (25).

Genetik linkage çalışmalarında da özellikle kromozom 16'nın panik bozukluğu geninden sorumlu olduğu ifade edilmiştir (26).

2.1.5.2. Provakatif Kimyasal Ajanlar

Panik bozukluğu olan hastalarda bazı kimyasal maddelerin panik atağını uyardıkları saptanmıştır.

- *Sodyum laktat* : 1967 yılında, Pitts ve McLure, intravenöz sodyum laktat infüzyonu ile laboratuvar şartlarında, panik bozukluğu olan hastalarda panik atak oluşturmuşlardır. Panik atak için duyarlılık ve özgüllük belirsiz olmasına rağmen, panik bozukluğu alt tiplerini tespitte, laktat duyarlılığının rolü, teşhiste genetik ve patofizyolojik önemi arttırmaktadır (27). Laktat infüzyonu, belirgin bir şekilde, hem kontrol grubunda hem de hastalarda metabolik alkaloza, artmış kardiyak debiye, taşikardiye ve hipokalsemiye sebep olabilir (28).
- *Yohimbin* : Yohimbin uygulaması, panik bozukluğu olan bireylerin üçte ikisinde panik atağına sebep olmaktayken, sağlıklı bireylerde yoğun kaygı oluşturmaktadır (28).
- *Kafein* : Yüksek miktarda kafein tüketen kişilerde kaygı ve/veya panik atak gelişebilir. Bu durum kafein alımı sonlandırıldığında düzelir (28).
- *İzoproterenol* : Beta adrenerjik agonist ajanlarla, panik atağına benzer belirtiler oluşturulabilir (29).

- *Kolesistokinin* : Kolesistokinin, serebral korteks ve limbik sistemde en fazla miktarda bulunan nöropeptiddir. Yapılan çalışmalarda, kolesistokininin; CO2 kışkırtma testi kadar güçlü bir panik oluşturucu madde olduğu gösterilmiştir (28).

2.1.5.3. Karbondioksit (CO2) ve hiperventilasyon

Yüksek konsantrasyonlarda karbondioksit inhalasyonunun, kaygıyı arttırdığı ve panik bozukluğu hastalarında panik atakları indüklediği gösterilmiştir. %35 karbondioksit solumakla, doğal olarak oluşan panik atağa davranışsal hassasiyeti, CO2 reseptörlerinin aşırı duyarlılığından kaynaklanmaktadır. CO2 kemoreseptör hassasiyeti, hiperoksik hiperkapnik yeniden soluma veya steady-state metodu tarafından CO2'e ventilatuar cevabın ölçümüyle tespit edilebilir. CO2' nin anksiyojenik etkilerine artmış hassasiyeti, CO2 kemoreseptörlerinin fonksiyonlarının normal olduğu; fakat CO2 kemoreseptörlerinden girdi alan beyin sistemlerinin, noradrenalin cevabının arttığı hipotezi ile de açıklanabilir (31). CO2 aşırı duyarlılığı hiçbir psikiyatrik bozuklukta saptanmadığından, bunun panik bozukluğuna özgül olduğu anlaşılmıştır. Panik bozukluğu için CO2 duyarlılığı bir biyolojik marker olarak kabul edilmektedir (32).

2.1.5.4. Noradrenerjik Sistem

Araştırmalar, noradrenerjik nöronların köken aldığı beyin sapındaki locus sereleusun, korku ve alarm tepkimelerinden sorumlu olduğunu göstermektedir.

Locus sereleusdaki noradrenalin içeren nöronların inhibitör mekanizmalarından olan presinaptik alfa-2 otoreseptörlerinin, panik nöbetleri olan hastalarda yetersiz işlev gördüğü ileri sürülmektedir (33). Alfa-2 reseptör antagonisti bir madde olan yohimbin, bu hasta grubunda panik ataklarını tetiklerken, agonist etkili klonidinin, anksiyolitik etki gösterdiği bilinmektedir (34).

2.1.5.5. Serotonerjik Sistem

Serotonerjik sistemin kaygı oluşumunda önemli rol oynadığı bilinmektedir. Serotoninin, hem anksiyolitik hem de anksiyojenik özellikleri bulunmaktadır. Serotonindeki akut artış, korku ve kaçma davranışını arttırır (34). Serotoninin hem agonisti hem de antagonisti olarak karışık etki gösteren M-Kloro-Fenil-Piperazin (m-CPP), panik bozukluğu olan hastalarda kaygı yanıtını ortaya çıkarabilir (21). Panik nöbetlerinin tedavisinde, serotonerjik geri alım inhibisyonu yapan antidepresan ilaçların etkili bulunması, merkezi serotonerjik sistemin işlevindeki bozukluğun, panik nöbetlerinin ortaya çıkışıyla ilişkili olabileceğini gündeme getirmiştir. Bu konu üzerine yapılan araştırmalarda, serotonin sentezindeki bozukluk nedeniyle, sinaptik aralıktaki serotonin miktarında azalma ve buna bağlı olarak da postsinaptik reseptör duyarlılığında artış olduğu ileri sürülmüştür. Araştırmacılar, panik bozukluğunun psikopatolojisinde, aşırı duyarlı serotonin reseptörlerinin muhtemel rolüne dikkati çekmektedir (36).

2.1.5.6. Dopaminerjik Sistem

Panik bozukluğu oluşumunda, dopaminerjik sistemin rolüne ilişkin kesin kanıtlar olmamakla birlikte, hayvan deneylerinde, dopamin D2 reseptör blokajının,

koşullu korkunun sönmesini kolaylaştırdığı ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde dopamin antagonistlerinin etkili olabileceği belirtilmektedir (36).

2.1.5.7. GABA'erjik Sistem

Benzodiazepinler, GABA'erjik işlevi arttırarak, kaygıyı azaltırlar. GABA agonistlerinin sistemik uygulanması sonucu, muhtemelen Raphe nukleuslarındaki aktivitelerinin inhibe olması ile serotonin sentezi ve serotonerjik işlev azalır. Sonuçta, benzodiazepinler, merkezi sinir sisteminde serotonerjik işlevi dolaylı olarak azaltarak, anksiyolitik etkilerini göstermektedir (35). Panik bozukluğu olan hastalarda, tüm beyinde, benzodiazepin bağlanma bölgelerinde genel bir azalma izlenmekte, azalmanın daha belirgin olarak sağ orbitofrontal korteks ve sağ insulada olduğu belirtilmektedir (37).

2.1.5.8. Psikososyal Faktörler

Panik bozukluğu bulunan bireylerin %53'ünde, çocukluk döneminde ebeveyn ayrılığı saptanmıştır. Anneden ayrılma, babadan ayrılmaya göre çok daha fazla panik bozukluğuna neden olmaktadır (20). Tweed ve arkadaşlarının, 1989 yılında yaptıkları bir çalışmada, 10 yaşın altında annesini kaybeden ya da ailesinden ayrılan kişilerde panik bozukluğu riskinin arttığını göstermişlerdir (38). Yaşamın ilk yıllarındaki ayrılık, bireyde büyük bir güvensizliğe yol açar. Koruyucu nesnenin yokluğunda, normal olan araştırıcı davranışlar ortadan kalkar. Bu nedenle birey, dünyayı tehlikeli bir ortam, çeşitli durumları da tehlike olarak algılar. Sürekli alarm durumunda olan vegetatif sistem, ümitsizlik duyguları ve bağımsızlık gereksinimi, bozuk bağlanma şekillerinin ortaya çıkmasına neden

olabilir (39). İlk panik atak öncesindeki iki aylık bir süreçte, hastaların büyük bir kısmı, bir yakınının ölümü, önemli kişilerden ayrılma, ciddi bir hastalık gibi önemli bir olumsuz yaşam olayı tanımlamaktadır. Belirti şiddeti; kişiler arası çatışmalar, sağlıkla ilişkili problemler ya da işyerinde sorunlar gibi olumsuz yaşam olayları ile yakından ilgilidir (39, 40).

Panik bozukluğu olan bireylerin ebeveynleri; genellikle, aşırı koruyucu, sert ve kuralcı kişilerdir (20).

Erken dönemde cinsel ya da fiziksel istismara uğramak da panik bozukluğu ile ilgili gibi görünmektedir. Bir araştırmada, panik bozukluğu olgularının %8'inin cinsel, %12'sinin fiziksel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (41). Saunders ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir araştırmada ise, 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismara maruz kalanlarda erişkin yaşamda en sık görülen psikiyatrik bozukluğun, agorafobi olduğu bildirilmiştir (42).

2.1.5.9. Psikodinamik Kuram

Freud, çocukluğun gelişim dönemlerine ait farklı kaygı türleri tanımlamıştır. Bunlardan ilki ayrılma kaygısı olup, annenin kaybolması ve terk edebileceği tehdidini yaşadığı zaman ortaya çıkar (43).

Panik bozukluğunun psikodinamik modeli, bu hastalarda alışkın olunmayan durumlar karşısında, “aşırı koruyucu ve kontrol edici ebeveyn davranışlarıyla beslenen” ve “çözülmemiş bağımlılık-bağımsızlık çatışmalarına” yol açan, doğuştan gelen bir korku yanıtının gözlendiği varsayımına

dayanmaktadır (32). Kaygı karşısında, savunma düzenekleri başarısız kaldığında, panik kaygısı oluşur. Böylece, gelişmemiş savunmaların denetlemede yetersiz kaldığı, korku veren, olumsuz bir duygulanımdan köken alan önemsiz fiziksel duyumlar paniği uyarabilir (44).

Psikanalitik kuramlar, panik nöbetlerinin, kaygı uyandırıcı dürtülere karşı başarısız bir savunmadan kaynaklandığını ileri sürer. Agorafobinin psikodinamik açıklamasında, çocuklukta ebeveyn kaybı ve ayrılma kaygısı öyküsü önemli bulunmaktadır. Toplum içinde yalnız kalmak, terk edilme ile ilgili çocukluk kaygısını tekrar canlandırır. Kullanılan savunma düzenekleri; bastırma, yer değiştirme, kaçınma ve sembolizasyondur. Çocukluk çağında yaşanan örseleyici bir ayrılma çocuğun gelişmekte olan sinir sistemini etkileyebilir ve erişkinlikte kaygıya eğilimli hale getirebilir. Belirli çevresel stresörlerle, hazırlayıcı nörofizyolojik zeminin etkileşimi sonucunda panik nöbet oluşabilir (43).

2.1.5.10. Bilişsel-Davranımcı Kuram

Bu kurama göre panik bozukluğu, fiziksel ya da mental kökenli içsel duyumların, yanlış olarak, katastrofik biçimde yorumlanmasına bağlıdır. Kaygının, anne ve babanın davranışlarını örneklemeden kaynaklandığı ya da klasik koşullanma sürecinden öğrenilmiş bir yanıt olduğu düşünülmektedir. Bir panik atağı yaşayan kişi, atak sırasında oluşan belirtilerin, bedensel ya da ruhsal açıdan tehlikeli, zararlı ve hatta ölümcül olabileceği inancına kapılır. Bir anlamda panik hastaları ‘’korkudan korkmakta’’ ve dikkatlerini bu belirtilere

yoğunlaştırmaktadırlar. Bu katastrofik inançlar yeniden kaygıya ve dolayısıyla daha fazla bedensel belirti ve duyuma neden olur. Bu durum, bir kısır döngüye dönüşür. Kaygının ve otonomik uyaranların arttırdığı belirtilerin algılanmasıyla yeni panik atakları oluşur. Sonuç olarak; koşullanmış uyaranlar (ör. çarpıntı), koşullanmış cevapları (panik atağı) meydana getirir (45, 46). Yalnızca olumsuz bilişlerin değil, kendine yeterlikle ilgili kontrol ve başa çıkma temalı olumlu düşüncelerin de bilişsel modele katılarak daha bütüncül bir yaklaşım geliştirilebileceği belirtilmiştir (47).

2.1.6. Klinik

Panik bozukluğu, en sık görülen anksiyete bozukluğudur. En temel özelliği tekrarlayan, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik nöbetlerinin görülmesidir. Panik nöbetleri tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik nöbeti sırasında; soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma-karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir. Ayrıca, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle hastalar sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler (33).

2.1.7. Gidiş

Panik bozukluğu, yeti yitimlerine neden olan, genelde kronik seyirli, komorbiditesi yüksek olan bir hastalıktır (43). Panik bozukluğu hastalarının, 4-6 yıllık tedavi sonrası izlem çalışmasında, olguların %30'unun iyileştiği, %40-50'sinde belirtilerinin tam kaybolmadan düzeldiği, %20-30'unda ise belirtilerinin aynı kaldığı ya da daha kötüleştiği görülmüştür (48). Hastalık öncesi işlevselliği iyi ve belirtileri kısa süreli olan panik bozukluğu hastaları, iyi prognozlu olma eğilimindedirler (43). Hastada eşlik eden diğer anksiyete bozuklukları, depresyon, alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları varsa prognoz daha kötü olmaktadır (45).

2.2. Somatizasyon Bozukluğu

Somatizasyon bozukluğu, somatoform bozukluklar arasında yer alır. Somatizasyon bozukluğunun tarihçesi karmaşıktır. Yüzyıllar önce, monosemptomatik ve polisemptomatik olmak üzere birbirini tamamlayan iki sendrom tanımlanmıştır. Günümüzde, monosemptomatik sendrom konversiyon bozukluğu olarak bilinirken, polisemptomatik sendrom ise somatizasyon bozukluğu olarak bilinir. Tarihsel olarak bu iki hastalık birbiriyle ilişkilendirilmiş ve karıştırılmıştır. 1859 yılında, Briquet, histerinin çok semptomlu görünümleri olduğunun ve uzun sürdüğünün önemini vurgulamıştır. Ayrıca, daha önceden sadece kadınlarda görüldüğü farz edilen hastalığın, erkeklerde de görüldüğünü ve duygusal nedenlerle ilişkili olduğunu savunmuştur. 1970'li yıllarda

multisemptomatik histeri, “Briquet Sendromu” olarak kabul görmüştür (49). Somatizasyon terimi, ilk olarak, 1943’te Wilhelm Stekel tarafından kullanılmıştır. Briquet Sendromu, DSM-III te somatizasyon bozukluğu olarak adlandırılmıştır (50).

2.2.1. Tanım

Fizik muayene ve laboratuar araştırmaları sonucunda tıbbi hastalıklarla açıklanamayan birçok somatik semptomun bir arada bulunmasıyla karakterize bir hastalıktır. Birçok sistemi ilgilendiren, canlı, bir miktar abartılı, çok sayıda fiziksel belirtinin bulunması tipik özelliğidir (51).

2.2.2. DSM-IV’e Göre Somatizasyon Bozukluğunun Tanı Ölçütleri

A. Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışlarıyla ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir semptom bu bozukluğun gidişi sırasında herhangi bir zaman ortaya çıkabilir:

    1. *dört ağrı semptomu*: En az dört ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması (ör. baş, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstruasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında).

2. *iki gastrointestinal semptom*: Ağrı dışında en az iki gastrointestinal semptom öyküsünün bulunması (ör. bulantı, şişkinlik, gebelik sırasında olanın dışında kusma, diare ya da birçok değişik yiyeceğin dokunması).
3. *bir cinsel semptom*: Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili semptom öyküsünün olması (ör. cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakülatuar işlev bozukluğu, menstruasyonların düzensiz olması, aşırı menstruel kanama, gebelik boyunca kusma).
4. *bir psödonörolojik semptom*: Ağrı ile sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunması (ör. koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, halüsinasyonlar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırlık, katılmalar gibi konversiyon semptomları; amnezi gibi dissosiyatif semptomlar; bayılma dışında bilinç yitimi).

C. Aşağıdakilerden ya 1 ya da 2 vardır:
    1. Yeterli bir incelemeden sonra B tanı ölçütündeki semptomların hiçbiri bilinen genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz.

2. İlişkili genel tıbbi bir durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.

D. Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır (yapay bozuklukta ya da temaruzda olduğu gibi) (10).

2.2.3. Etiyoloji

2.2.3.1. Savunma Mekanizmaları/Çatışma Çözümü

Psikodinamik kuramcılar, somatizasyonun, bilinçdışı süreçte, savunma mekanizmalarının uygunsuz kullanılmasıyla, bedensel rahatsızlığa yol açan bir nevroz olduğu konusunda uzlaşmışlardır. Bazı bireyler, duygusal güçlüklerini, bedensel metaforlarla dile getirirler. Ancak bu düşünceyi, ampirik olarak test etmek zordur ve bu tarz ampirik çalışmaların sayısı da çok azdır. Fakat bu durum, yine de en azından bazı bireylerde, somatizasyon bozukluğunun oluşumunda, savunma mekanizmalarının önemli bir rol oynadığı gerçeğini engellemez (52).

2.2.3.2. Genetik/Aile çalışmaları

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların birinci derece kadın akrabalarında, yüksek oranda somatizasyon bozukluğuna rastlanmıştır, bu durum, bu hastalık için ailesel kümelenmenin olduğunu gösterir (53). Çalışmalar, antisosyal kişilik bozukluğu ile somatizasyon bozukluğu arasında bağlantı olduğunu göstermiştir.

Somatizasyon bozukluğu olan hastaların birince derece erkek akrabalarında yüksek oranda antisosyal kişilik ve alkolizme rastlanmıştır. Araştırmacılar, sosyopati ile somatizasyon bozukluğunun ortak bir etiyolojisi olduğunu savunurlar (54). Bu bulguları destekleyen başka bir çalışmada, histeri ya da çoklu tıbben açıklanamayan semptomları olan evlat edinilmiş kız çocukların biyolojik ebeveynlerinde, beklenenden fazla oranda antisosyal davranışlar saptanmıştır (55).

2.2.3.3. Davranış/Öğrenme Teorileri

Birçok kuram, somatizasyonun sosyal öğrenme veya hastalık davranışı modellemesinin sonucu olduğunu savunur. Craig ve ark. (1993), Bass ve Murphy (1995), somatizasyon bozukluğu olan hastaların ebeveynlerinde yüksek oranda fiziksel hastalık olduğunu bildirmişlerdir (52). Kronik ağrısı olan hastaların çocuklarında, normal grubun çocuklarına göre daha fazla karın ağrısı ve analjezik kullanımı saptanmıştır (56). Hangi hastalık davranışının kabul edilebilir olduğu ve pekişeceği, hangisinin sosyal olarak kabul edilemez olduğu ve cezalandırılacağına dayanarak başkasının davranışının sonuçları, çocuğun davranışını inhibe edebilir ya da pekiştirebilir (52).

2.2.3.4. Erken Yaşam Olayları

Somatizasyon davranışını açıklayan erken yaşam olayları, çocukluk çağı hastalıkları ve travmasıdır. Craig ve arkadaşları (1993), çeşitli somatoform bozukluğu olan hastalarda, diğer psikiyatrik veya fiziksel hastalığı olanlara göre

daha sık ve ciddi çocukluk çağı hastalıklarına rastlamışlardır. Ayrıca ebeveynlerin çocukların hastalıklarına gösterdiği davranışlar veya ilgisiz ve özensiz bakım veren ebeveyn davranışları, bedenselleştirmeye katkıda bulunur (52). Çocukluk çağı öncelikleri ve kişilik de, somatoform bozuklukların oluşmasına sebep olur. Bedenselleştirme, anksiyöz ve uygunsuz bağlanma şekillerinden kaynaklanan kişlerarası davranışın eşsiz bir şeklidir ve daha yoğun bakım arama davranışına, diğer insanlar tarafından reddedilmeye karşı olası bir savunmaya ve gelecekte tedavi arama davranışına yol açar (57). Fiziksel ve cinsel istismar da somatizasyon bozukluğu ile ilgilidir. Çocukluk çağı fiziksel istismarı, diğer erken yaşam olaylarına göre somatizasyon bozukluğu için daha belirleyicidir. Morrison ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu olan kadınların %55'i, duygu durumu bozukluğu olan kadınların %16'sı cinsel istismar öyküsü vermişlerdir. Fonksiyonel nörolojik ve abdominal semptomları olan çocuk ve erişkinlerde fiziksel ve cinsel istismar oranı yüksek bulunmuştur (52).

2.2.3.5. Kişilik

Rost ve arkadaşları, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran somatize hastalarda; kaçıngan, paranoid, savunucu ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu saptamışlardır. Birçok çalışma, somatizasyon bozukluğunun aleksitimi ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Sifneos, psikosomatik hastaların sözel olarak duygularını ifade etmede zorluk yaşadıklarını, duygu ve hayalleri olmadığını gözlemlemiştir (52). Aleksitimi ile depresyon, hipokondriazis ve somatizasyon

bozukluğu gibi fiziksel belirti bildirilen hastalıklar arasında pozitif bir ilişki vardır (57).

2.2.3.6. Biyolojik Faktörler

Biyolojik olarak, uykuyu arttıran, iştahı, enerjiyi ve duygu durumunu azaltan; interlökinler, tümör nekrozan faktör ve interferonlar gibi sitokinlerin rol oynadığı varsayılmıştır (50). Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda yapılan nöropsikolojik testler, serebral hemisferlerde, eşit bifrontal bozukluk ve nondominant hemisfer disfonksiyonunu gösterir. Bununla beraber, bazı yayınlarda da semptomlar vücudun sol tarafına atfediliyor ise beynin sağ hemisferinin sola göre daha baskın olduğu bildirilmiştir. Başlangıç bulguları, somatizasyon bozukluğu olan hastaların kotrikal fonksiyonlarında anormallik olduğunu söyler ki bu durum anormal işitme uyarı potansiyelleri ile de gösterilmiştir. Kontrollerin tersine, somatizasyon bozukluğu olan hastalar ilgili ve ilgisiz uyaranlara benzer yanıtlar vermişlerdir. Bu da, algıda seçicilikte bozulmaya dikkati çekmektedir (49).

2.2.4. Epidemiyoloji

Somatizasyon, tüm kültürlerde görülen yaygın bir davranıştır ve olması durumunda, fiziksel ya da ruhsal bir hastalık saptanmayabilir. Populasyon tabanlı çalışmalar, kişilerin 2-4 haftada en az bir fiziksel semptom deneyimlediklerini göstermiştir (52). ECA çalışmasına göre populasyondaki oran %0,01 bulunmuştur (Robins&Reiger 1991). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların yaklaşık

%5'i bozukluğun tanı kriterlerini karşılar; fakat çoğu, psikososyal strese bağlı somatizasyondur. Hastalığın başlangıcı, %90 kişide 25 yaşından öncedir; fakat semptomların başlangıcı genellikle ergenlik döneminde olur. Kadınlarda, erkeklere göre daha sık görülmektedir. Kırsal bölgelerde daha yaygındır. Siyah ırkta, evlenmemişlerde, düşük eğitim seviyesi olanlarda daha fazla görülür (51).

2.2.5. Klinik

Somatizasyon bozukluğu olan hastalar; geçmişte birçok kez değişik polikliniklere başvurmuş, defalarca hospitalize edilmiş ve sık sık üst ihtisas dallarına konsülte edilmişlerdir. Tıbbi hikayenin gözden kaçırılmaması gerekmektedir; aksi takdirde tanı atlanabilir. Tıbbi kayıtlar, bu hastaların çok ilaç kullandığını, sayısız tanı konduğunu ve tetkikler yapıldığını gösterir. Bu durum, somatizasyon bozukluğu olan hastaların sağlık hizmetlerini çok fazla oranda kullandıklarının bir göstergesidir (52). Yakınmalar; genellikle anlaşılması güç, renkli ve abartılı bir dille ifade edilmektedir. Fiziksel yakınmalar tipik olarak, hastanın geçmişi ve sosyokültürel çevresi ile yakından ilişkilidir. Bu hastalar, tıbbi olarak açıklanamayan, çok sayıda öznel fiziksel yakınma ile hekime başvururlar ve bu belirtiler vücudun herhangi bir sistemine ya da bölümüne yönelmiş olabilir. Bu belirtiler, öznel hislerden ibarettir. Yakınmalar, muayene yöntemleri ile saptanamaz. Belirtilerin sunumu, hastaların bu belirtileri başka kaynaklardan öğrenip taklit etmeleri nedeniyle, genellikle atipiktir. Belirtilerin tanımlanması,

genellikle uygunsuz ve tutarsızdır, hasta; hastalığının ayrıntıları ile ilgili bilgi vermekte ve hastalığını kronolojik sıraya koymakta zorlanır (58).

2.2.6. Gidiş

Çoğu fiziksel belirti, yıllar boyu devam eder. Süreğen olup, kendiliğinden remisyonlar nadirdir. Ancak belirtilerde azalıp çoğalmalar sıktır. Çok fazla tıbbi yardım ararlar. Genellikle hastalığın ne zaman başladığı saptanamaz. Belirtiler zaman içinde değişkenlik gösterir. Sık doktor değiştirmeleri nedeniyle iatrojenik komplikasyonlar ve gereksiz cerrahi işlemler sıktır. Bu girişimlerin etkileri ve komplikasyonları da hastalığı karmaşıklaştırır. Yazılan ilaçların kötüye kullanımı ve ilaç bağımlılığı olasıdır. Belirtileri zamanla değişebilmektedir. Somatizasyon bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayanların, %25'i bir yıl sonra da bu ölçütlere uygunluk gösterir. Başlangıçta bildirilen semptomların %61'i ilerleyen dönemlerde kaybolmaktadır (17).

2.3. Hipokondriazis

Hipokondriazis, somatoform bozukluklar arasında yer alır.

2.3.1. Tanım

Hipokondriazis, kişinin bedenle ilgili belirtilerini yanlış algılamasına dayanan, en az 6 aydır süren, ciddi bir hastalığı olduğu korkusu ya da inancını taşıması olarak tanımlanır (59). Hipokondriak kişi, zamanının büyük bir bölümünü hastalık veya sağlık konuları ile uğraşarak geçirir (17).

2.3.2. DSM-IV'e Göre Hipokondriazisin Tanı Ölçütleri

A. Kişinin vücut semptomlarını yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması

B. Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın bu düşünceler sürüp gitmektedir.

C. A tanı ölçütündeki inanç hezeyan yoğunluğunda değildir (Hezeyanlı Bozukluk, Somatik Tip'te olduğu gibi) ve görünümü hakkında çerçevesi belirli bir kaygı ile sınırlı (Vücut Dismorfik Bozukluğu'nda olduğu gibi) değildir.

D. Bu düşünceler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluk en az 6 ay sürer.

F. Bu düşünceler, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluğu, bir Major Depresif Epizod, Ayrılma Anksiyetesi ya da diğer bir Somatoform Bozukluk olarak açıklanamaz.

İçgörüsü Az Olan: Çoğu zaman kişi, o sıradaki epizodda, ciddi bir hastalığının olmasıyla ilişkili kaygısının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemektedir. (10)

2.3.3. Tarihçe

Hipokrat ve Eski Yunanlılar, duygusal bozuklukların abdominal organlardan kaynaklandığına inanıyordu. “Hipokondrium” kelimesi, göğüs kafesinin altını temsil ediyordu ve bu çağlardan beri kullanılıyordu. Hipokondriazisin, akıl hastalığı olduğunu ilk kez, Thomas Sydenham (1624-1689), söylemiştir. 1700’lü yıllarda, William Cullen, hipokondriazis ve histeriyi “hypochondriazis melancholia” olarak isimlendirmiştir. Issy Pilowski, bedensel aşırı uğraş, hastalık korkusu ve hastalık inancı olmak üzere hipokondriazisin üç boyutunu tanımlayan, ilk modern araştırmacıdır. Hipokondriazis, psikiyatrik sınıflandırma olarak ilk kez DSM-II de (1968) ayrı bir tablo olarak tanımlanmıştır (50).

2.3.4. Etiyoloji

Somatoform bozuklukların etiyolojisi ile ilgili, kesin bir veri yoktur. Hipokondriazisin genetik geçişi ile ilgili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Ancak yapılan birkaç aile ve ikiz çalışması sonucunda, bedensel algılarla ilgili aşırı uğraş geliştirmede veya bedensel duyumları abartılı hissetmede az da olsa genetik bir etkinin olduğu gözlenmektedir (50).

Yapılan birçok araştırmada, bedensel zihinsel uğraş ve somatik duyarlılık için primer etiyolojik faktör olarak, erken dönemlerdeki tecrübe ve öğrenmeler gösterilmiştir. Çocukların semptomları, genel olarak diğer aile bireylerinin

semptomlarının aynısıdır. Erişkin semptomları ise, çocuklukta ebeveynlerinin dikkatini çekebildikleri semptomlara benzer (50).

İçinde yetiştiğimiz kültürel ortam, insanlara toplumda ya da önemli yakınlarımızla etkileşim sırasında, neleri ifade etmenin kabul görüp görmeyeceğini öğretir ve böylece bu duygularla bedensel hislerin açığa vurulmasını etkiler. Sosyokültürel sınıf, eğitim seviyesi ve ait olunan alt kültür; duygusal rahatsızlığı somatizasyon olarak ifade etme oranını yakından etkiler (50).

Somatoform bozuklukların etiyolojisi ile ilgili yapılan biyolojik çalışmalar, bazı hastalarda, yanlış algılama ve değerlendirmeye neden olan bilişsel bozukluklar olduğunu göstermektedir. Sınırlı sayıdaki beyin görüntüleme çalışmalarında, özellikle frontal lob ve nondominant hemisferde hipometabolizma olduğu sonucuna varılmıştır. %10-20 oranında genetik geçiş olduğundan söz edilmektedir. Ancak gerek psikososyal gerekse biyolojik çalışmalar bu hastalıkların etiyolojisini tam olarak açıklayamamıştır (51).

2.3.5. Epidemiyoloji

Araştırmalar, genel populasyonda, hipokondriazisin yaşam boyu yaygınlığının %1-5 arasında olduğunu göstermektedir (59). 2001 yılında yapılan bir çalışma, hipokondriazisin yıl boyu görülme sıklığının çalışmanın yapıldığı zamandaki yaygınlığının da yine %1-5 arasında bulunmuştur (60). Gastroenteroloji, kulak burun boğaz, nöroloji ve endokrinoloji gibi özel tıp

birimlerinde hipokondriazis oranı daha yüksektir (50). Kardiyoloji kliniklerinde %1 oranında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde %1-9 arasında saptanmıştır (61).

Herhangi bir yaşta ortaya çıkabildiği halde, genellikle genç erişkinlikte başlar (59). Tipik olarak, kişi yoğun stres altında olduğunda, ciddi bir hastalık geçirdiğinde, ciddi bir hastalığın iyileşme döneminde ya da aile üyelerinden birini kaybettiğinde ortaya çıkar (62). Çalışmalar arasındaki, bazı tutarsızlıklara rağmen, birçok çalışmada, görülme oranının kadın ve erkekte eşit olduğu gösterilmiştir (61).

2.3.6. Klinik

Hipokondriazisin klinik özelliklerini, dört başlık altında toplayabiliriz.

1) *Bilişsel Özellikler* **:** Kişinin, kendisinde fiziksel bir hastalığın olduğuna inanması, "hastalık inancı" olarak bilinir. Hipokondriak hastaların, kendilerinde, tıbbi araştırmalarla saptanamamış ciddi bir hastalık olduğuna dair, çok güçlü hastalık inançları vardır. Hastalık inançları, bedensel değişiklik ve duyumların yanlış yorumlanmasıyla meydana gelir (63). Güçlü hastalık inancı, şiddetli bir hastalığa yakalanma olasılığıyla zihinsel aşırı uğraş ile ilgilidir. Aşırı zihinsel uğraş, bireyin fiziksel görüntüsü ve işlevselliği ile ilişkilidir. Hipokondriak birey, bedensel duyumlara karşı her zaman tetiktedir. Zihninde hastalık ve ölümle ilgili tekrarlayan düşünce ve imgeler olur. Bunlar genellikle düşünce akışına; zorla, kendiliğinden, beklenmedik bir şekilde girer (64). Hastalık inancı ve aşırı zihinsel

uğraş; kişi, doktorlardan ciddi bir hastalığı olmadığı, olsa bile, korkutucu belirtilerin nadiren kötüleşeceğine dair güvence alsa bile, ısrarla devam eder. Hipokondriak hastalar, tipik olarak şikayetlerinin ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığı inancını şiddetle reddederler. Bu düşüncelerin sanrısal olmadığı anlatılsa bile, doğal olabilen sağlık kaygısına da içgörüleri çok zayıftır. Sakin zamanlarında, sağlıkla ilgili endişelerinin çok arttığı hakkında bilgilendirilebilirler (63).

2) *Somatik Özellikler* : Hipokondriak bireyler, doğal, tehlikesiz bedensel değişiklikleri yanlış yorumlamaya meyillidirler. Genel sağlık durumları ile ilgili semptomları olduğundan fazla gösterirler (65). Aşırı spesifik semptomlardan yakınırlar ya da tüm vücuda yayılan müphem, tutarsız belirtiler anlatırlar. Genel spesifik semptomlar; lokalize ağrı, bağırsak yakınmaları ve kardiyorespiratuar duyumlardır. Hipokondriak bireyler, ağrı veya huzursuzluktan çok fiziksel semptomların ne anlama geldiği ile ilgilenirler (62).

3) *Hipokondriak Korkular* : Hipokondriak bireyler, hastalık korkusunun bazı formlarına sahiptirler (66). Bu hastalarda iki tip korku vardır: şu anda bir hastalığa sahip olduğu korkusu ve ileride bir hastalığa yakalanacağı korkusu. Kişi, aynı anda, iki korku tipine birden sahip olabilir; çünkü şüphesiz ikisi de ölüyor olmak ve ölümle ilgili korkulardır (63). Hastalık inancı da, bu iki korku tipi ile yakından ilişkilidir (67). Hastalık korkusu olan kişiler, bedensel duyum ya da başka fiziksel değişiklik gibi hastalıkla ilişkili olabileceğine inandıkları uyaranlara maruz

kaldıklarında, korkarlar ya da anksiyöz olurlar. Ayrıca, sağlıkla ilgili TV programları gibi kendilerinde hastalık olabileceği şüphesi uyandıran hastalıkla ilişkili bilgilere maruz kaldıklarında da endişelenirler. Hatta, hasta gibi görünen kişilerle görüştüklerinde bile, çoğunlukla tedirgin olurlar (63).

4) *Davranışsal Tepkiler* :

-*Hastalığa sahip olduğu korkusu ile ilgili davranışsal sonuçlar* : Hastalık korkusunun iki formunu birbirinden ayırt etmek önemlidir; çünkü farklı davranışsal tepkilere sebep olurlar: güvence arama ve kaçınmaya karşı kontrol ve kaçış (65). Hastalığa sahip olduğu korkusu, kişiyi, doktorlara başvurarak güvence aramaya, vücutlarını defalarca kontrol etmeye, korkutucu hastalık ile ilgili değişik kaynaklardan bilgi toplamaya ve bitkisel karışımlar gibi çeşitli çareleri denemeye sevk eder (63). Hipokondriaklar, sakat gibi yaşamak, ev ve iş ile ilgili sorumluluklardan kurtulmak için “hastalık rolünü” benimserler (68).

-*Hastalığa yakalanacağı korkusu ile ilgili davranışsal sonuçlar* : Hastalığa yakalanacağı korkusu, kişinin, hastalıkla ilgili olabileceğini düşündüğü uyaranlardan kaçmasına neden olur (63).

-*Hastalık korkuları arasındaki etkileşimi anlamaya dayanan davranışı anlamak* : Kişinin bir hastalık korkusundan diğerine geçmesi, sağlık kaygısı olan kişilerin kaçınma davranışından, defalarca kontrol ve güvenlik arama davranışlarına geçmesi ile açıklanabilir. Bu hastaların doğasını anlamak, klinisyene, neden bu insanlar bazen kaçındığını bazen de hastalıkla ilişkili uyaranları araştırdığını

anlamalarına yardımcı olur. Hastalığa yakalanma korkusu olan kişiler, hastane ve doktor gibi hastalıkla ilgili uyaranlardan kaçınmaya eğilimlidirler. Ama hastalığa yakalandıklarına inandıkları zaman, özenle bu uyaranı araştırırlar (63).

-*Sağlık alışkanlıklar* : Hipokondriaklar, genellikle kendi tanı ve tedavilerinin, çeşitli şekillerinin peşinde koşarlar (69). Kişinin beden, hastalık ve sağlıkla ilgili aşırı zihinsel uğraşı; sağlıklı yiyecekler, katı diyetler, özenle hazırlanmış vitamin kürleri, egzersiz gibi durumların hararetli savunucusu olma şeklinde de baş gösterebilir (62). Bu kişiler, büyük olasılıkla, hipokondriazisin alt gruplarını temsil ederler (63).

2.3.7. Gidiş

Hipokondriazisin seyri, genellikle kroniktir (59). Hastaların yarısında, yıllarca sürer (70). Fazla miktarda hoşnutsuzluk veren bedensel duyum hisseden, çok ciddi bir sağlık problemi olduğuna inanan ve majör depresyon gibi komorbid psikiyatrik hastalığı olan hastalarda, kronikleşme daha sık görülür (71).

2.4. Sağlık Kaygısı

2.4.1. Tanım

"Sağlık kaygısı", bedensel belirtilerin ve sağlıkla ilişkili bilgilerin, potansiyel olarak yıkıcı veya hayatı tehdit edici bir hastalık olarak, yanlış yorumlanmasına bağlı, korku ve inançlardır. Şiddetli ve sürekli olan sağlık kaygısı, hipokondriazis olarak da adlandırılır. Sağlıkla ilgili kaygı, birçok insanı, hayatının belli dönemlerinde etkiler. Bu, yeni veya beklenmedik bedensel

belirtiler, fiziksel hastalığa, tıbbi tetkiklere ya da medyada sıkça yer alan spesifik hastalıklara verilen genel bir tepkidir. Genellikle geçicidir. Semptomlar ortadan kalkınca kendiliğinden yatışır. Ya da uygun tıbbi destekle kolayca dağıtılır. Ancak, şiddetli sağlık kaygısı sebat eder. Tıbbi destekle nadiren uzun süreli yatışır. Bir semptomdan diğerine kaymaya meyillidir. Yakınanlar için, klinik olarak önemli bir sorun haline gelir. Aileleri ve sağlık uzmanları bakımlarına dahil olurlar (72).

2.4.2. Tanı

DSM-IV'e göre hipokondriazis, ICD-10'a göre hipokondriak bozukluk olarak tanımlanır. Bu tanısal ölçütler, iyi tanımlanmamış ve fazla bağlayıcı oldukları için eleştirilmiştir. Bu nedenle çok az hasta gerçekten tanısal ölçütleri karşılar. Hastalıkla ilgili ruminasyonların varlığına ve derecesine bağlı olarak hafif veya ciddi sağlık kaygısı olarak tanı konması alternatif bir ölçüt olarak önerilmiştir (73). Diğer devam eden bir tartışma ise, hipokondriazisin bir somatoform bozukluk olarak mı yoksa bir anksiyete bozukluğu olarak mı sınıflandırılacağıdır. Öne çıkan, somatik belirtiler olduğu halde, özellikle korku ve tehdit yanlış yorumlamaları gibi anksiyete bozukluğu ile fenomonolojik olarak benzerlikleri vardır (74).

2.4.3. Etiyoloji

2.4.3.1. Biyolojik Etkenler

Sağlık kaygısı bozukluklarının biyolojisini anlamadaki gelişmeler, muhtemelen hazırlayıcı ve tetikleyici faktörlere neden olan nöroanatomik yapılar ve nörotransmitterler üzerinde çalışılarak elde edilmiştir (63).

Nörotransmitterler : Sağlık kaygısı bozukluklarındaki, nörotransmitter disregülasyonu ile ilgili bulgular farmakolojik çalışmalar kullanılarak düşünülmüştür. Her ne kadar az da olsa, hipokondriazis ile ilgili ilaç çalışmalarında, serotonerjik sisteme etki eden ilaçların, hastalığı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ne yazık ki bu çalışmalar, kontrol grubu kullanılarak yapılmamıştır (63). Sadece, Fallon ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, fluoksetin plaseboya üstün bulunmuştur (75). Eğer serotonerjik sisteme agonist veya antagonist etki eden ilaçların sağlık kaygısına etki ettiği ek çalışmalarla gösterilebilirse, serotonerjik disregulasyonun rol oynadığına dair güçlü destek sağlanabilir (63).

Sanrısal olmayan sağlık kaygısı bozuklukları ile somatik tip sanrısal bozukluktaki nörotransmitter sistemi farklı olabilir. Son araştırmalar, özellikle delüzyonel parasitoz üzerine odaklanmıştır. Delüzyonel parasitoz da antipsikotikler, özellikle de pimozid etkilidir. Bu tedaviler dopamin sistemi üzerinden etki ederler. Bu durum, dopaminerjik disregulasyondan kaynaklandığını gösterse de pimozidin, kayda değer kaşıntı giderici etkisi de unutulmamalıdır. Cilt

duyarlılığını azalttığı için, hastalar, haşaratlar tarafından enfekte edildiklerine, daha fazla inanmıyor olabilirler (63).

Nöral Yapılar : Serebral korteksin ikinci somatosensöryal alanının (SII), hipokondriazis ve diğer somatoform bozukluklarda önemli rol oynadığı ileri sürülmüştür (76). SII, silvian fissürün üst kenarında yer alır. Somestetik girdilerin, anlamlı kısımlarının soyutlanması, analizi ve değerlendirilmesinde rol oynar. Hipokondriak hastalar tarafından sıklıkla bildirilen ağrının algılanmasında da özel bir rol oynuyor olabilir (77). Bazı SII hücre gruplarının, geniş alıcı alanları vardır. Bu gruplar, vücudun geniş alanlarından gelen dağılmış girdiyi birleştirirler (78). Kısacası, hipokondriaklar, genellikle, müphem, anlaşılması güç fiziksel duyumlardan yakınırlar. SII deki birçok hücre, beden yüzeyinin ve visseral yapıların uyarılmasına tepki gösterir. SII nin elektriksel uyarımı, karıncalanma, uyuşma, ısı artışı ve hatta abdominal ve gastrik duyumlara sebep olur. Bu duyumlar genellikle hipokondriak hastalar tarafından bildirilir. Hipokondriak hastalar, birçok değişik bedensel duyum deneyimlese de, bu kişilerin, duyusal keskinliğinde bir anormallik olmaması da önemlidir (63).

2.4.3.2. Çevresel ve Genetik Faktörler

MMPI hipokondriazis skalası kullanılarak, monozigot ve dizigot ikizlerle yapılan çalışmalar, hipokondriazisin genetik olarak aktarılabildiğini göstermiştir. Ancak MMPI, hipokondriazis için yetersiz bir ölçüm metodudur. Çünkü başlı başına hipokondriazisi değerlendirmeden ziyade, bedensel duyumlara karşı

uyarılmışlığı değerlendirir. Bu nedenle aslında bu çalışmalar, sağlık kaygısı ile ilişkili olarak, tekrarlayan bedensel duyumları yaşamaya yatkınlığın genetik olarak aktarılabilirliğini gösterir (63).

Torgersen, monozigot ve dizigot ikizlerde somatoform bozukluklar ile ilgili yaşam boyu öykü almak için yapılandırılmış bir görüşme formu kullanmıştır. Konkordans, monozigotlarda dizigotlara göre yüksek bulunmamıştır. Bu da hipokondriazisin genetik olarak aktarılmadığını göstermektedir. Ayrıca sonuçlar, hipokondriazisin genetik olarak diğer somataform bozukluklarla da bağlantılı olmadığını göstermektedir. Ancak bu çalışma sadece 35 çift ikiz kullanılarak yapılmıştır (79). Kısacası sonuçlar kesin olmamakla birlikte, hipokondriazis gelişimi genetik faktörlerden güçlü bir şekilde etkilenmemektedir. Çevresel faktörler daha önemli gibi görünmektedir. Diğer sağlık kaygısı bozukluklarının genetik olarak aktarılabilirliği bilinmemektedir. Genetik ya da çevresel faktörler, sağlık kaygısı bozukluklarının neden sıklıkla diğer bozukluklarla birlikte görüldüğünü açıklayabilir. Örneğin, hipokondriazis, genellikle duygu durumu bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülür (63).

2.4.3.3. Hastalık ve Ölümle İlgili Deneyimler

Erişkinlikteki sağlık kaygısı, çocukluk çağı şiddetli hastalıkları ve aile üyelerinden birinin hastalığı ile bağlantılıdır (59). Çocukluk çağı hastalıkları özellikle de ciddi acı ve huzursuzluk verenleri, gelecekte yakalanılacak hastalıkla ilgili korkuları arttırabilir. Özellikle, çocuk, bakıverenlerine sıkı sıkıya bağlıysa,

hospitalizasyon ile fiziki ve duygusal bakım veren kişilerden ayrılmak huzursuzluğu arttırabilir (63). Kişiye yakın birinin ölümü, bazen hipokondriazisi tetikliyor gibi görünmektedir (59). Örneğin, sevilen birinin trafik kazasında kaybı, kişinin hayatın kırılgan olduğuna ve tehlikelerin her zaman var olduğuna inanmasına yol açabilir. Bu durum da bedenle ilgili zihinsel uğraş ve kişinin kendi sağlığı ile ilgili endişelenmesine yol açar (63).

Hastalardan elde edilen geçmiş bilgilere göre, hastalık fobisinin gelişmesinde birçok faktör olduğu saptanmıştır. Bu faktörler; geçmişte geçirilen bir hastalık, çevresel toksinlere maruz kalma veya hastalıkla boğuşan aile üyelerini gözlemlemektir (80).

Kısacası, sevilen birinin ölümü ya da hastalıkla ilgili değişik deneyimler, sağlık kaygısı bozuklukları ile ilişkilidir. Ancak hangi deneyimlerin bu hastalıkların gelişimi için spesifik, hangilerinin spesifik olmadığı da önemlidir. Örneğin sevilen birinin ölümü, hipokondriazis ve diğer hastalıklar için spesifik değilken, çocukluk çağında geçirilen şiddetli ve ağrılı hastalıklar sağlık kaygısı bozukluklarına spesifik olabilir (63).

2.4.3.4. Fiziksel ve Cinsel İstismar

Barsky ve arkadaşlarının, aynı kliniğe başvuran hipokondriak ve hipokondriak olmayan hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, hipokondriazis; 17 yaşından önce yaşanan, cinsel istismar (%29‘a %7), fiziksel şiddet (%32 ‘ye %7), ve ebeveynlerle ilgili büyük bir değişiklik (%29’a %9) ile yakından ilgili

bulunmuştur (81). Fiziksel ve cinsel istismar gibi stresörler, küçük çocuğu, kendisini zayıf, çaresiz ve genellikle saldırıya açık olduğuna inanmaya sevk eder, bu düşünceler de kişinin sağlık kaygısı yaşamasına katkıda bulunur (63).

Çeşitli psikiyatrik hasta grupları ile sağlıklı gruplar karşılaştırıldığında panik bozukluğu, bulimia nervoza ve sınır kişilik bozukluğunda artmış oranda cinsel, fiziksel istismar ve başka stres dolu yaşam olayları saptanmıştır (82). Bu durum, cinsel ve fiziksel istismarın sağlık kaygısı bozukluklarında spesifik olmayan bir rol oynadığını göstermektedir.

2.4.3.5. Diğer Stresörler

Stres dolu yaşam olayları, sadece hastalık ve ölümle değil aynı zamanda artmış bedensel yakınmalar, sağlık kaygısı ve doktor ziyaretleri ile de bağlantılıdır. Ancak bu artışlar, gerçek tıbbi morbidite ile orantılı değildir (83). Stresörler, bazı insanların ciddi bir hastalığın belirtileri olarak yanlış yorumladığı uyarılma ile ilgili bedensel duyumlara neden olabilir. Hipokondriak hastalar, gereksiz tıbbi tetkikler için fazlasıyla para harcarlar bu durum kişileri ekonomik problemlerle karşı karşıya bırakır. Tekrarlanan tetkikler, sağlık kaygısının daha da kötüleşmesine neden olur (63).

Stres dolu yaşam olayları, tek başına sağlık kaygısı bozukluklarının gelişmesinde etkili değildir; çünkü bu olayları yaşayan birçok insan, şiddetli sağlık kaygısı yaşamaz. Muhtemelen, birçok faktör etkilidir. Çeşitli faktörler, sağlık kaygısı bozukluklarının artmasında ve etkileşimde risk taşır. Birtakım

hastalıkla ilgili inançlar, bazı kritik olaylarla etkileşerek sağlık kaygısının artmasına neden olur (63).

2.4.3.6. Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi

Bazı ebeveyn-çocuk etkileşim şekillerinden kaynaklanan erken yaşam olayları, kişinin çocukken veya daha sonraki zamanlarda şiddetli sağlık kaygısı geliştirmesine neden olabilir. Öğrenme deneyimleri etkilerini, sağlıkla ilişkili inançları ve baş etme davranışlarını şekillendirerek gösterir. Başlıca ebeveyn-çocuk etkileşim modelleri şunlardır:

-*Ebeveyni model alma* : Çocuklar; ebeveynlerinin, hasta olduklarında ev ve işyerindeki sorumluluklardan sıyrıldıklarını ve özel ilgi gördüklerini gözlemlerler.

-*Ebeveynlerin aşırı korumacılığı* : Ebeveynler, çocuklarına narin ve tehlikeye açık olduklarını öğretirse, çocuklar direnemeyecekleri bir hastalığa yakalanacakları düşüncesine inanabilirler.

-*Ebeveynsel pekiştirme* : Çocukları hastalandığında, oyuncaklar alan, farklı yiyecekler yediren, özen, sempati ve özel bakım veren ya da okul veya evdeki günlük sorumluluklardan muaf tutan ebeveynler, bu tarz bir tutumla, hastalık davranışını pekiştirir (63, 84).

Bu tarz ebeveyn-çocuk etkileşim modelleri, sağlık kaygısının farklı görünümlerine neden olur. Ebeveyni model alma; hastalığın önemli olduğunu ve ihmal edilmeyeceğini düşünmesine katkıda bulunur ve çocuğu, bedensel aşırı uğraşa teşvik eder. Ebeveyni model alma, ayrıca çocuğun başkasının yerine de

sağlık endişesi taşımasına neden olabilir. Ebeveynin aşırı korumacılığı; çocuğun dayanıksız olmasından korkmasına ve hastalıkların çok tehlikeli olduğunu düşünmesine sebep olabilir. Ebeveynsel pekiştirme; hasta olmanın ödüllendirici yanını göstererek belirtilerin önemini çocukların aklına sokar. Ayrıca hastalık, performans düşüklüğü ya da başarısızlık için hazır bir mazerettir (63). Sağlık kaygısı olan kişiler, hastalığın meşru bir mazeret olduğuna inanırlarsa, bunu durumu kurtaran bir strateji olarak kullanabilirler (85). Öğrenme deneyimi, çocuğa hasta olursa ödüllendirileceğini, kaygının üstesinden gelirse ödülü kaybedeceğini öğretir, bu nedenle sağlık kaygısı sürdürülür. Ancak, bu durum, sağlık kaygısı olan kişiler, numara ya da simülasyon yapıyor demek değildir. Bu teşvik edici durumlar, muhtemelen sağlık kaygısında en önemli rolü oynamıyordur; çünkü hastalık davranışının pekiştirilmesi her zaman şiddetli sağlık kaygısı ile bağlantılı değildir (86).

Ebeveynin hasta olması, bu kişilerin çocuklarında, çocukluk çağı ya da erişkinlik döneminde tıbben açıklanamayan belirtilerin olmasına yol açmaktadır (87).

2.4.4. Epidemiyoloji

Aşırı sağlık kaygısı her iki cinsiyette eşit oranda görülmektedir (61). Sağlık kaygısı bozukluklarından, hipokondriazisin, yaşam boyu prevalansı genel populasyonda %1-5, ilk basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda ise %2-7 oranında bulunmuştur (59). Azaltılmış hipokondriazis, tam hipokondriazise göre

daha sık görülür (88). Azaltılmış hipokondriazisin, yaşam boyu prevalansı bilinmemektedir. Hastalık fobisinin nokta prevalansı %3-4 oranındadır (89). Sanrısal bozukluğun somatik tipinin prevalansı hakkında çok az bilgi vardır ancak sağlık kaygısı bozuklukları arasında en az görülenidir. Aşırı sağlık kaygısı her yaşta ortaya çıkabilse de genelde erken erişkinlikte görülür (59). Sağlık kaygısının yaşla değişip değişmediği net değildir. Bazı çalışmalarda, sağlık kaygısının gençlere oranla yaşlılarda daha çok görüldüğü bulunmuşken, bazı çalışmalarda da yaş grupları arasında fark bulunmamıştır (63).

2.4.5. Gelişiminde Rol Oynayan Etkenler

Sağlık kaygısı bozukluklarının, geniş kapsamlı klinik nedenleri, *hazırlayıcı*, *tetikleyici*, *devam ettirici* ve *koruyucu* etkenler olarak açıklanabilir. Hazırlayıcı etkenler, yatkınlık ve kırılganlık etkenleridir. Bu etkenler, öğrenme deneyimlerinden ya da "rahatsız edici" yani tehlikesiz bedensel duyumlara aşırı derecede duyarlı olan bir vücuda biyolojik olarak eğilimli olmaktan oluşur. Tetikleyici etkenler, sağlık kaygısını tetikleyen ve uyaran durumlardır. Stres dolu yaşam olayları; göğüs ağrısı, diare veya poliüri gibi stresle ilişkili duyumların, bazı tehlikeli hastalıklara işaret ettiğine inanan kişilerde, şiddetli sağlık kaygısını tetikleyebilir. Devam ettirici etkenler, sorunları sürdürür. Koruyucu etkenler, problemlerin, gelişmesine, devam etmesine ve daha da kötüleşmesine engel olur. Bu etkenler, her olguda bulunmayabilir. Hazırlayıcı, tetikleyici ve devam ettirici

etkenlerin yokluğu dışında, sağlık kaygısı bozukluklarının gelişmesinden insanları koruyan etkenler çok az bilinmektedir (63).

2.4.6. Tehlikeli Olmayan Bedensel Duyumların Genel Nedenleri ve Sağlık Kaygısının Klinik Görünümü

Tehlikeli olmayan bedensel duyumlar; tehlikesiz bedensel düzensizlikler, hafif rahatsızlıklar ve otonomik uyarılma gibi sayısız nedenden kaynaklanır. Neredeyse bütün bedensel uyarımlar, bir hastalığın belirtisi olarak yanlış yorumlanır.

Tehlikesiz Bedensel Düzensizlikler : Sağlıkla ilgili kaygılar, içsel bir uyaranla oluşan bedensel bir duyum ya da gazetede yazan bir viral salgın gibi çok çeşitli nedenlerle tetiklenebilir. İnsan vücudu "rahatsız edicidir". Sağlıklı insanlarda bile, günlük veya haftalık olarak, bedensel duyumlar ortaya çıkabilir (90). Bu duyumların birçoğu hafif, geçici ve hastalıkla bağlantılı değildir.

Hafif Hastalık Belirtileri : Eğer kişi belirtileri gözünde büyütürse, hafif hastalık belirtileri, gereğinden fazla bir sağlık kaygısına neden olabilir. Aşırı sağlık kaygısı, derideki yumrular; yağ depoları veya sebase kistlerden kaynaklanabilir. Göğüs ağrısı, midede ekşime veya göğüs kafesi sendromlarından kaynaklanabilir. Ancak sağlık kaygısı olan insanlar bu duyumları kalp hastalığı belirteci olarak yorumlarlar (63).

Otonomik Uyarılma : Otonomik uyarılma, kaygı, kızgınlık, üzüntü ve heyecan gibi bir arada bulunan duygulardır. Fiziksel olarak sağlıklı insanlar da dahil olmak

üzere, uyarılma ile ilgili tepkiler; çarpıntı, kas gerginliği, nefes darlığı, gastrointestinal rahatsızlık ve idrar sıklığının artmasıdır. Çarpıntılar, hızlı kalp atımı ve ara sıra olan aritmileri içerir ki bunlar kaygılı ve stresli zamanlarda sağlıklı insanlarda da görülebilir (91). Uyarılma ile ilgili gastrointestinal belirtiler; bulantı, mide krampları ve diaredir. Uzamış stresle ilgili; kas gerginliği, kas seğirmeleri, interkostal kasların kontraksiyonuna bağlı göğüs ağrısı, baş ağrısı, boyun, omuz ve sırtta ağrılara neden olabilir. Stresle ilişkili hiperventilasyon; sersemlik, kuru boğaz ve ekstremitelerde paresteziler ile sonuçlanabilir. Bu semptomlar, hiperventilasyona bağlı azalmış karbondioksit seviyesi nedeni ile ortaya çıkar (92).

Aşırı sağlık kaygısı olan kişiler, rahatsız edici bedensel belirtilerinin, kaygı veya emosyonel uyarılmanın başka formlarına eşlik edebileceğini genellikle dikkate almazlar. Bu kişiler, genel olarak, kaygı ve stresin yoğun bedensel tepkilere neden olabileceğini düşünmezler ve böylece uyarılma ile ilişkili duyumların tehlikeli olduğu üstünde fazlaca dururlar (63).

2.4.7. Hipokondriazis Dışında Sağlık Kaygısının Diğer Klinik Görünümleri

Azaltılmış (Abridged) Hipokondriazis : Sağlık kaygısı, ortadaki birincil, en ciddi sorun olduğunda, kişi, hipokondriazis için DSM-IV ölçütlerini karşılamasa bile bu durum klinik olarak önemli olabilir. Buna “azaltılmış hipokondriazis” denir (93). Bu tanım, tam gelişmiş hipokondriazise göre, bir veya birkaç tanı ölçütünü içermez.

Geçici Hipokondriazis: Geçici hipokondriazis de, azaltılmış hipokondriazis gibi klinik olarak önemli, ölçüde sağlık kaygısının olduğu, ancak 6 aydan daha uzun sürmediği duruma denir. Diğer sağlık kaygısı formları gibi, genel tıbbi durumlarla tetiklenebilir (63). Çok değişik etkenler, hipokondriazisin geçici ya da kronik olabilirliğini etkilemektedir. Kişi, hasta rolünü benimsemekle ikincil kazanç elde ediyorsa, yaşam stresörleri devamlı ise, kişi sosyal olarak izole ve bu nedenle bedeni ile yaşamaya fırsatı varsa, hastalık kronikleşir. Kişinin yaşam stresörleri azaldığında ya da kişi ciddi bir tıbbi durumu olmadığı ile ilgili ikna edici tıbbi güven aldığında tıbbi durumu düzeliyorsa, hipokondriazis genellikle geçicidir (94).

Hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmak, sağlık kaygısında geçici artışlara yol açabilir. Bu duruma, "tıp öğrencilerinin hastalığı" örnek gösterilebilir. Tıp öğrencileri hayatı tehdit eden değişik hastalıklar öğrendiğinde, kaygıda kısa süreli artış olabilir. Hastalıkla ilişkili bilginin diğer bir önemli kaynağı ise, medyadaki haberlerdir. Bu haberler de geçici hipokondriazisi tetiklemede önemlidir (63).

Hastalık Fobisi : Hastalık fobisi, genellikle tam gelişmiş hipokondriazisin bir özelliğidir ancak hipokondriazisin diğer özelliklerini taşımadan tek başına da bulunabilir. Hastalık fobisi olan kişinin, hastalığa yakalanacağı ile ilgili korkusu vardır ancak kişi hali hazırda bu hastalığa yakalandığına inanmaz ve tıbbi güvenceye yanıt verebilir. Bu nedenle hastalık fobisi, hipokondriazisin azaltılmış bir formudur. Hipokondriak hastaların aksine hastalık fobisi olan kişiler, kaygının

bedensel belirtilerini taşıyabilseler bile yakalanmaktan korktukları hastalığın belirtilerine tipik olarak sahip değildirler. (65). Hastalık fobisi değişik formlara girebilse de en sık görülen şekilleri, kanser ya da bulaşıcı bir hastalığa yakalanma korkusudur (63).

Somatik Sanrılar : Somatik sanrılardan yakınan kişilerin ciddi bir hastalıkları olduğuna dair, çok güçlü, sarsılmaz ve asılsız inançları vardır. Somatik sanrıların en sık görülen şekilleri; deriden ya da vücut açıklığından kötü koku çıkması, böcek ya da parazitler tarafından vücudun istila edilmesi, gerçeğin aksine, bazı vücut parçalarının biçimsiz veya çirkin olduğu ve bedenin bir parçasının düzgün olarak çalışmadığı inançlarıdır. Sanrıları olan kişi, şizofreni veya duygu durumu bozukluklarının tanı ölçütlerini karşılamıyorsa, sanrılar; madde intoksikasyonu, genel tıbbi bir bozukluk veya deliryum gibi bilişsel bozukluklara bağlı değilse, somatik tip sanrısal bozukluk tanısı konulur (59). Bu bozukluğu, içgörüsü az olan hipokondriazisten ayırt etmek güçtür. İçgörünün az olduğu hipokondriaziste, hastalık inancı zaman ve duruma göre azalıp artabilir. Somatik tip sanrısal bozukluğun, psikotik spektrum bozukluklarından mı yoksa hipokondriazisin uç bir formu olarak mı sınıflandırılması gerektiği net değildir (63).

Diğer Bozukluklar : Şiddetli sağlık kaygısı, panik bozukluğu ve majör depresyon gibi başka bozuklukların bir özelliği de olabilir. Örneğin, ölümle ilgili endişe genellikle panik bozukluğu olan kişilerde panik atak sırasında ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda, sağlık kaygısı, başka bir bozukluktan kaynaklanıyorsa,

hipokondriazis tanısı konmaz (59). Bu tarz klinik görünümler, esas olarak sağlık kaygısı bozuklukları ile ilişkilendirilmez. Ancak panik bozukluğu olan kişilerin aynı zamanda panik ataklarla ilgisi olmayan hastalık inanç ve korkuları da varsa hipokondriazis ve başka sağlık kaygısı bozukluğu da tanıda düşünülmelidir (63).

2.4.8. Gidiş

Sağlık kaygısının klinik gidişi ile ilgili çok az bilgi vardır, genellikle kroniktir. Geçici hipokondriazis 6 aydan kısa sürse bile, kişilerin ileriki dönemlerde de aşırı sağlık kaygısı olabilir (63).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçimi

Çalışmamızda, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis hastalık gruplarında, sağlık kaygısının araştırılması ve karşılaştırılması hedeflenmiştir. Çalışmaya, Aralık–2009 ile Nisan-2010 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre panik bozukluğu tanısı almış 56 hasta, somatizasyon bozukluğu tanısı almış 19 hasta ve hipokondriazis tanısı almış 16 hasta ile 50 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Görüşmeler, olgular bilgilendirilerek ve rızaları alınarak yapılmıştır.

Hasta grupları ile, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structed Clinical Interview for DSM-IV Axis I: SCID-I) yapılmıştır. Hasta gruplarının, klinik durumlarını ve hastalık şiddetlerini belirlemek amacıyla panik bozukluğu olan hastalara; Panik Agorafobi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastalara; Belirti Yorumlama Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri uygulanmıştır. Sağlıklı gönüllülerin var olan psikopatolojilerini saptamak için Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla, hem hasta gruplarına hem sağlıklı gönüllülere Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulanmıştır.

Aşağıda belirtilen dahil edilme ölçütlerine göre hasta ve sağlıklı gönüllü grupları belirlenmiştir.

3.2. Hasta Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri

1) 18 - 80 yaşları arasında olmak

2) DSM-IV'e göre panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ya da hipokondriazis tanısı almış olmak

3) Okur-yazar olmak

4) Mental retardasyon, demans, şizofreni ,alkol ve madde bağımlılığı gibi işbirliği ve bilgi almayı zorlaştıran ağır bir ruhsal bozukluğunun bulunmaması

3.3. Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri

1) 18 - 80 yaş arasında olmak

2) DSM-IV'e göre bilinen bir major psikiyatrik bozukluğun bulunmaması

3) Okur-yazar olmak

4) Alkol/madde bağımlılığının bulunmaması

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik-Klinik Veri Formu:

Araştırmada hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, fiziksel hastalık, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi sosyodemografik bilgilerinin yanında hastalık bilgilerinin de öğrenilebildiği bir veri formu kullanılmıştır. Bu formda, panik bozukluğu hastalarına hastalık başlangıç yaşı, en uzun iyilik dönemi süresi, remisyona girip girmedikleri, panik nöbet sıklığı,

belirtileri, nöbeti başlatan stresör faktörlerinin varlığı, nokturnal ve rüyadaki panik nöbetleri, intihar hikayeleri ve tedavileri sorulmuştur. Somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastaların ise hastalık başlangıç yaşı, belirtileri, ameliyatları, poliklinik ve acil servis ziyaretleri sorgulanmıştır.

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

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), major DSM-IV Eksen I tanılarının konulması için First (1997), tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Bir sosyodemografik veri kılavuzu ile başlar ve duygu durumu bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol-madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları olmak üzere yedi tanı grubunu kapsar. Tanısal değerlendirmenin, standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak, tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak, tanıların geçerliliğinin arttırılması ve belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. Türkçe uyarlama ve güvenirlik çalışması, Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (95).

3.4.3. Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ)

Panik bozukluğu tanısı almış olan hastalarda, panik atağının özellikleri, agorafobi ve kaçınma davranışı, beklenti anksiyetesi, yeti yitimi, ve sağlık konusundaki endişeyi sorgulayan beş alt bölümden oluşur. Ölçek, özellikle ilaç

veya psikolojik tedavilerin etkinliğinin araştırıldığı klinik çalışmaların haftalık değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Ayrıca, diğer psikiyatrik hasta gruplarında; panik bozukluğu ve agorafobi, belirti örüntüsünü araştırmak amacıyla kullanılabilir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. 1995'de Bandelow ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Tural Ü, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B tarafından yapılmıştır (96).

3.4.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

Hamilton (1959), tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte, maddelerin varlığı ve şiddeti, görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (97).

3.4.5. Depresif Belirti Envanteri (DBE-Ö30)

Rush ve arkadaşları tarafından, 1986 ve 1996 yıllarında geliştirilmiş, hem klinisyenin değerlendirdiği (DBE-K) hem de özbildirim (DBE-Ö) formları olan, majör depresif bozukluk kliniğinde görülen bir çok özelliği (melankolik, atipik) ayırt edebilen, Hamilton Depresyon Ölçeği'ne göre çok daha duyarlı ve depresyona özgün ölçüm sağlayabilen bir ölçektir. Bu çalışmada özbildirim formu kullanılmıştır. 30 maddeden oluşan bir ankettir. Her biri depresyonun önemli bir belirtisini sorgulayan ve belirtinin şiddetine göre 4 derecede değerlendiren ve

puan verilen (0: hiç belirti yok - 3: çok şiddetli) 30 maddeden oluşmaktadır. İştah ve kilo ile ilgili maddelerden, artış ya da azalmayı inceleyen birer madde seçildiği için 28 maddenin toplam puanı değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın aldığı puan $\leq$ 15 ise normal, 16-24 arası hafif, 25-32 arası orta, 33-40 arası ağır, 41 ve üzeri çok ağır şiddetli depresyon olarak sınıflandırılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmıştır (98).

3.4.6. Sağlık Kaygısı Envanteri- Haftalık Kısa Form (SKE_KF)

SKE_KF, 2002 yılında Salkovskis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, hastanın kendisinin değerlendirdiği, 18 maddeden oluşan, fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak, sağlık kaygısını ölçen bir envanterdir. Maddeler; sağlık hakkındaki endişeyi, bedensel duyum ve değişikliklerin farkındalığını ve hastalanma ile ilgili endişeli sonuçları, çoktan seçmeli formatta değerlendirir. Salkovskis ve arkadaşları sağlık kaygısında, hasta olma olasılığı ile ilgili endişeler ve hasta olmanın yol açacağı olumsuz sonuçlardan korkma ile bağlantılı 2 etken tanımlamıştır. SKE-KF ‘deki maddeler, 0 ile 3 arasında puanlanmıştır. İki şıktan fazlası işaretlenmişse, yüksek puan hesaplanır. Ayrıca iki alt ölçek, özellikle güvenlik arama ve kaçınma davranışlarını saptamak amacıyla eklenmiştir. Sağlık kaygısı ile yakından ilişkili değişkenler vardır ve sırasıyla 10 ve 8 maddeden oluşmuştur. Her madde 9 puanlık bir skala ile değerlendirilir. 2 puan arayla, kaçınma davranışı için; “hiç kaçınmamak, çok az kaçınmak, orta kaçınmak, belirgin kaçınmak ve her zaman kaçınmak”, güvenlik arama için “asla, nadiren,

bazen, sık sık ve her gün" tanımları kullanılmıştır. Güvence arama değerlendirmeleri, güvence aramanın değişik kaynakları (örneğin aile hekimi, kitap okuma, poliklinik vs.); kaçınma değerlendirmeleri ise sağlık kaygısı olan hastaların tipik olarak kaçındığı durumları (örneğin hastalıkla ilgili TV programlarını izlemek, hastalık hakkında konuşmak, tedavi için hastaneye gitmek vs.) içerir. Tüm puanlar iki alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanır. 15-18. sorular olumsuz sonuçları değerlendirir. Envanter, 1'den 14'e kadar olan soruların puanlarının toplanmasıyla değerlendirilir. 18 ve üstü puan alan hastalar yüksek sağlık kaygısı olanlar olarak değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karapıçak ÖK, Aktaş K, Aslan S (2009) tarafından yapılmıştır (99).

3.4.7. Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

Robins ve Kirmayer tarafından, 1991 yılında geliştirilmiştir. Belirti atıflarının ölçüldüğü 39 soruluk, kişilerin kendi kendilerine uyguladıkları bir ölçektir. Sık rastlanan bedensel belirtilerden oluşan 13 soruyu izleyen, her biri fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık veya ruhsal bir sıkıntı ya da hastalık olasılığını veya çevresel ve normalleştiren bir atfı içeren üçer maddeden oluşur. Katılımcılar ölçeğin her bir maddesine, sorulan bedensel belirti için, bu maddede yapılan nedensel atfı kendilerince ne kadar olası gördüklerini 1 ile 4 arasında değişen Likert ölçeğinde 1 "hiç", 2 "biraz", 3 "çok", 4 "pek çok", seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıt verirler. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Duman ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlamasında, orijinal ölçeğe

göre iki değişiklik yapılmıştır. Dörtlü likert biçimi, beşli likert biçimine dönüştürülmüştür ve 14. soru olarak “göğüste sıkışıklık hissi” olarak dile getirilen bedensel belirti de ölçeğe eklenmiştir (100).

3.4.8. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla, 1992 yılında, Derogatis tarafından geliştirilmiştir. SCL-90 isimli 90 soruluk semptom belirleme listesinin kısaltılmış, 53 soruluk bir formudur. 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Her bir soru için; “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var”, “çok fazla var” şeklinde düzenlenen cevap anahtarı, 0-4 arasında puanlandırılmaktadır. Alınan puanların yüksekliği semptomların sıklığını göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır (101).

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışma ölçütlerine uyan ve çalışmaya alınan katılımcılara, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra tüm katılımcılarla, ayrıntılı klinik görüşme yapılmış, elde edilen bilgiler sosyodemografik veri formuna işlenmiştir. Daha sonra, kullanılacak ölçekler uygulanmıştır.

İstatistiksel değerlendirmeler, SPSS for Windows 10.0 paket programı ile yapılmıştır. Çalışmada yer alan örneklem grubunun normal dağılım gösterip göstermediğini anlamak için normallik testi yapılmıştır. Skewness-Kurtosis değerlerine göre grubun normal dağılmadığı saptanmıştır. Bu nedenle, verilerin

değerlendirmesinde nonparametrik analizler kullanmıştır. Bağımsız değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Üç grubun non-parametrik dağılım özelliklerinin karşılaştırmasında da Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise $p<0.05$ değeri, istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızdaki sosyodemografik veriler incelendiğinde, panik bozukluğu grubu için çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 56 hastanın; 15'inin erkek, 41'inin kadın, somatizasyon bozukluğu hasta grubu için tanı ölçütlerini karşılayan 19 hastanın; 2'sinin erkek,17'sinin kadın, hipokondriazis tanı ölçütlerini karşılayan 16 hastanın; 8'inin erkek, 8'inin kadın, sağlıklı kontrol grubunun ise 14'ünün erkek, 36'sının kadın olduğu saptanmıştır. Gruplar yaş ortalamaları açısından değerlendirildiğinde panik bozukluğu hasta grubu için ortalama yaş 36.07, somatizasyon bozukluğu hasta grubu için ortalama yaş 44.32, hipokondriak hasta grubu için ortalama yaş 40.25, kontrol grubu için ortalama yaş ise 33.36 olarak bulunmuştur. Eğitim durumları incelendiğinde, ilkokul mezunlarının %17,6'sının panik bozukluğu grubundan, %64,7'sinin somatizasyon bozukluğu grubundan, %17,6'sının hipokondriazis grubundan; ortaokul mezunlarının %77,8'i panik bozukluğu grubundan, %11,1'inin somatizasyon bozukluğu grubundan, %11,1'inin hipokondriazis grubundan, lise mezunlarının % 62,8'inin panik bozukluğu grubundan, %4,7'sinin somatizasyon bozukluğu grubundan, %14'ünün hipokondriazis grubundan, üniversite mezunlarının % 26,5'inin panik bozukluğu grubundan, %7,4'ünün somatizasyon bozukluğu grubundan, % 8,8'inin hipokondriaziz grubundan, yüksek lisans mezunlarının ise % 25'inin panik bozukluğu grubundan oluştuğu görülmektedir. Kontrol grubu ise lise mezunlarının % 18,6'sını, üniversite mezunlarının % 57,4'ünü, yüksek lisans

mezunlarının ise %75'ini oluşturmaktadır. Dört grup, medeni durumları açısından değerlendirildiğinde; bekarların %43,6'sının panik bozukluğu, %2,6'sının somatizasyon bozukluğu, %5,1'inin hipokondriak, %48,7'sinin sağlıklı gönüllü olduğu, evlilerin %33'ünün panik bozukluğu, %19,8'inin somatizasyon bozukluğu, %14,3'ünün hipokondriak, %33'ünün sağlıklı gönüllü olduğu, dul katılımcıların %100'ünün panik bozukluğu hastası olduğu, boşanmış kişilerin ise %75'inin panik bozukluğu hastası, %12,5'inin hipokondriak, %12,5'inin de sağlıklı gönüllü olduğu saptanmıştır.

Yukarıda belirtilen sosyodemografik veriler ile birlikte meslek, yaş grupları gibi bilgilerin yanı sıra fiziksel hastalık varlığı, var ise türü, katılımcının ve ailesinden herhangi bir bireyin intihar girişimi olup olmadığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, var ise türü ve hasta gruplarının almakta oldukları tedaviler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Tüm katılımcıların sosyodemografik ve klinik verileri

Demografik Değişkenler		Panik Bozukluğu		Somatizasyon Bozukluğu		Hipokondriazis		Kontrol		Toplam	
		N=56	%	N=19	%	N=16	%	N=50	%	N=141	%
Cinsiyet	Kadın	41	40,2	17	16,7	8	7,8	36	35,3	102	100
	Erkek	15	38,5	2	5,1	8	20,5	14	35,9	39	100
Yaş	18-25	13	52	1	4	2	8	9	36	25	100
	26-35	17	29,8	5	8,8	6	10,5	29	50,9	57	100
	36-45	9	45	4	20	3	15	4	20	20	100
	46-55	14	56	6	24	1	4	4	16	25	100
	56 ve üstü	3	21,4	3	21,4	4	28,6	4	28,6	14	100
Yaş ortalamaları/ standart sapmaları		36.07/ 12.021		44.32/ 12.111		40.25/ 15.225		33.36/ 10.588		36.70/ 12.376	
Eğitim	İlkokul	3	17,6	11	64,7	3	17,6	-	-	17	100
	Ortaokul	7	77,8	1	11,1	1	11,1	-	-	9	100
	Lise	27	62,8	2	4,7	6	14	8	18,6	43	100
	Üniversite	18	26,5	5	7,4	6	8,8	39	57,4	68	100
	Yüksek lisans	1	25	-	-	-	-	3	75	4	100
Medeni Durum	Bekar	17	43,6	1	2,6	2	5,1	19	48,7	39	100
	Evli	30	33	18	19,8	13	14,3	30	33	91	100
	Dul	3	100	-	-	-	-	-	-	3	100
	Boşanmış	6	75	-	-	1	12,5	1	12,5	8	100
Meslek	Çalışmıyor	6	60	1	10	3	30	-	-	10	100
	Ev hanımı	12	50	10	41,7	2	8,3	-	-	24	100
	İşçi	4	30,8	-	-	-	-	9	69,2	13	100
	Memur	17	27,4	4	6,5	5	8,1	36	58,1	62	100
	Serbest	5	45,5	1	9,1	3	27,3	2	18,2	11	100
	Emekli	6	50	2	16,7	3	25	1	8,3	12	100
	Öğrenci	6	66,7	1	11,1	-	-	2	22,2	9	100
Fiziksel Hastalık Varlığı	Var	16	41	5	12,8	5	12,8	13	33,3	39	100
	Yok	40	39,2	14	13,7	11	10,8	37	36,3	102	100
Fiziksel Hastalık Türü	Kardiyovasküler	2	28,6	1	14,3	2	28,6	2	28,6	7	100
	Diabetes Mellitus	2	28,6	1	14,3	1	14,3	3	42,9	7	100
	Tiroid	6	60	-	-	1	10	3	30	10	100
	Astım	1	25	1	25	-	-	2	50	4	100
	Anemi	3	100	-	-	-	-	-	-	3	100
	Osteoporoz	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
	Diğer	1	14,3	2	28,6	1	14,3	3	42,9	7	100

Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis hastalık grupları için ortalama hastalık başlangıç yaşı 31.04±11.67, hastalık süresi 7.69±9.13, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis hastalık grupları için ise ortalama poliklinik başvuru sayısı 9.49±16.37, ortalama acil servise başvuru sayısı 22.14±47.85, ortalama ameliyat sayısı ise 1.09±1.65 olarak saptanmıştır. Bu veriler, Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2: Hasta gruplarında klinik belirtilerin süre ve sıklığı

Hasta grupları	Değişkenler	N	Ortalama	Sd
Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Hipokondriazis	Hastalık başlangıç yaşı	91	31,04	11,67
	Hastalık süresi	91	7,69	9,13
Somatizasyon Bozukluğu, Hipokondriazis	Poliklinik başvurusu	35	9,49	16,37
	Acil başvurusu	35	22,14	47,85
	Ameliyat sayısı	35	1,09	1,65

Panik bozukluğu grubundaki klinik bulgulara bakıldığında, 56 hastanın 24'ünün (%42,9) panik nöbetlerinin kardiyovasküler belirtiler gösterdiği, 17'sinin (%30,4) panik nöbetlerinin solunum belirtileri gösterdiği, 15'inin (%26,8) ise otonomik belirtiler gösterdiği saptanmıştır. 56 hastadan, 5'inin (%8,9) haftada 1 kez, 12'sinin (%21,4) haftada 2-3 kez, 22'sinin (%39,3) haftada 4'ten fazla, 7'sinin (%12,5) ayda 1'den az, 5'inin (%8,9) ayda 1 kez, 5'inin (%8,9) ise ayda 2-3 kez panik nöbet geçirdiği görülmektedir. Hastalardan 46'sının (%82,1) hastalık süresince en uzun 0-12 ay arası, 6'sının (%10,7) 13-24 ay arası, 3'ünün (%5,4) 25-36 ay arası, 1'inin (%1,8) ise 49 ay ve üstü süresince iyilik hallerinin olduğu,

19’unun (%33,9) remisyona girdiği, 39’unun(%69,6) panik nöbetlerinin durumsal olduğu, 30’unun (%53,6) nokturnal panik nöbetleri olduğu, 8’inin (%14,3) rüyalarında panik nöbet geçirdikleri saptanmıştır.

Tablo 3: Panik bozukluğu olan hastaların klinik bulguları

Değişkenler		N	Sıklık (%)
Panik bozukluğu alt tipi	Kardiyovasküler tip	24	42,9
	Solunumsal tip	17	30,4
	Otonomik tip	15	26,8
Panik nöbet sıklığı	Haftada 1	5	8,9
	Haftada 2-3	12	21,4
	Haftada 4’ ten fazla	22	39,3
	Ayda 1’den az	7	12,5
	Ayda 1	5	8,9
	Ayda 2-3	5	8,9
Hastalık süresince en uzun iyilik hali	0-12 ay	46	82,1
	13-24 ay	6	10,7
	25-36 ay	3	5,4
	37-48 ay	-	-
	49 ay ve üstü	1	1,8
Hastalık süresince remisyon varlığı	Var	19	33,9
	Yok	37	66,1
Panik nöbeti başlatan stresörün varlığı (Durumsal)	Var	39	69,6

	Yok	17	30,4
Nokturnal panik nöbet	Var	30	53,6
	Yok	26	46,4
Rüyada panik nöbeti görme	Var	8	14,3
	Yok	48	85,7

Çalışmada yer alan panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, hipokondriazis ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların SKE-KF toplam puanı ve sağlık kaygısı ile ilişkili diğer boyutlardan aldıkları puanların Kruskal Wallis testi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında, SKE-KF [$x^2(3)=88.473$, $p<.05$], olumsuz sonuçlar [$x^2(3)=44.416$, $p<.05$], kaçınma davranışı [$x^2(3)=17.607$, $p<.05$], güvence arama [$x^2(3)=27.773$, $p<.05$], puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. SKE-KF toplam puanı açısından grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında uygulama sonrasında en yüksek kaygı düzeyine hipokondriak hastaların sahip olduğu bunu sırasıyla panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ile kontrol grubunun izlediği görülmektedir. Olumsuz sonuçlar boyutu puanları açısından grupların sıra ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalama puanının panik bozukluğu hasta grubunda görüldüğü, bunu sırasıyla hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu ve kontrol grubunun takip ettiği görülmektedir. Kaçınma davranışı boyutu puanları açısından grupların sıra ortalamalarına bakıldığında büyükten küçüğe doğru panik bozukluğu, kontrol grubu, hipokondriazis ve somatizasyon bozukluğu grubunun

sıralandığı görülmektedir. Güvence arama boyutundaki grupların sıra ortalamalarına bakıldığında ise hipokondriazisin ortalama puanının somatizasyon bozukluğu ortalama puanından, somatizasyon bozukluğu ortalama puanının panik bozukluğu ortalama puanından daha yüksek olduğu kontrol grubunun ise en düşük ortalama puanı olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4: Tüm gruplarda SKE-KF ve ilişkili boyutlarına göre Kruskal Wallis testi sonucu

Ölçekler	Örneklem grupları	N	Sıra Ort.	sd	x^2	p	Anlamlı Fark
SKE-KF	Sağlıklı Gönüllü	50	28,25	3	88,473	0,000	Hipokondriazis> Panik Bozukluğu> Somatizasyon Bozukluğu> Sağlıklı Gönüllü
	Panik Bozukluğu	56	98,25				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	78,89				
	Hipokondriazis	16	99,84				
	Panik Bozukluğu	56	94,96				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	85,16				
	Hipokondriazis	16	100				
Olumsuz Sonuçlar	Sağlıklı Gönüllü	50	40,73	3	46,416	0,000	Panik Bozukluğu> Hipokondriazis> Somatizasyon Bozukluğu> Sağlıklı Gönüllü
	Panik Bozukluğu	56	92,23				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	72,08				
	Hipokondriazis	16	90				
Kaçınma Davranışı	Sağlıklı Gönüllü	50	66,51	3	17,607	0,001	Panik Bozukluğu> Sağlıklı Gönüllü> hipokondriazis> Somatizasyon Bozukluğu
	Panik Bozukluğu	56	86,9				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	46,55				
	Hipokondriazis	16	58,41				

Güvence Arama	Sağlıklı Gönüllü	50	49,77	3	27,773	0,000	Hipokondriazis> Somatizasyon Bozukluğu> Panik Bozukluğu> Sağlıklı Gönüllü
	Panik Bozukluğu	56	74,54				
	Somatizasyon Bozukluğu	19	89,29				
	Hipokondriazis	16	103,25				

Tüm örneklem grubunda yer alan katılımcıların SKE-KF puanı ve sağlık kaygısı ile ilişkili diğer boyutlardan aldıkları puanların yaş grupları açısından fark olup olmadığını anlamak için Kruskal Wallis analizi uygulanmış ve sonuçları Tablo 5'te verilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında SKE-KF puanları [$x^2(4)=13.627$, $p<.05$], olumsuz sonuçlar boyutu puanları [$x^2(4)=12.348$, $p<.05$] ve kaçınma davranışı boyut puanları [$x^2(4)=14.525$, $p<.05$] açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bunun tersine, güvence alma boyutu puanları [$x^2(4)=.282$, $p<.05$] açısından böyle bir bulgu elde edilmemiştir. SKE-KF puanı açısından grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, uygulama sonrasında en yüksek kaygı düzeyine 36-45 yaş arasında yer alan hastaların sahip olduğu, bunu sırasıyla 46-55 yaş, 18-25 yaş, 56 ve üstü yaş ile 26 -35 yaş gruplarının takip ettiği görülmektedir. Olumsuz sonuçlar boyutuna bakıldığında grupların sıra ortalamaları arasında sırasıyla 36-45 yaş, 46-55 yaş, 18-25 yaş, 56 ve üstü yaş ile 26-35 yaş grupları şeklinde bir sıralama olduğu gözlenmektedir. Kaçınma davranışı boyutu puanları açısından grupların sıra ortalamalarına bakıldığında büyükten küçüğe doğru, 18-25 yaş, 46-55 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 56 ve üstü yaş grupları şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Tablo 5: Tüm gruplarda SKE-KF ve ilişkili boyutlarında, yaşa göre Kruskal Wallis testi sonucu

Ölçekler	Yaş Grubu	N	Sıra Ort.	sd	x^2	p	Anlamlı Fark
SKE-KF	18-25 yaş	25	71,76	4	13,627	0,009	36-45 yaş> 46-55 yaş> 18-25 yaş> 56 ve üstü yaş> 26-35 yaş
	26-35 yaş	57	57,91				
	36-45 yaş	20	91,8				
	46-55 yaş	25	84,06				
	56 ve üstü yaş	14	69,89				
Olumsuz Sonuçlar	18-25 yaş	25	69,18	4	12,348	0,015	36-45 yaş>46-55 yaş> 18-25 yaş > 56 ve üstü yaş > 26-35 yaş
	26-35 yaş	57	60,34				
	36-45 yaş	20	93,5				
	46-55 yaş	25	82,44				
	56 ve üstü yaş	14	65,07				
Kaçınma Davranışı	18-25 yaş	25	86,34	4	14,525	0,006	18-25 yaş >46-55 yaş> 26-35 yaş> 36-45 yaş >56 ve üstü yaş
	26-35 yaş	57	72,82				
	36-45 yaş	20	66,85				
	46-55 yaş	25	74,48				
	56 ve üstü yaş	14	35,89				
Güvence Arama	18-25	25	64,72	4	5,056	0,282	
	26-35	57	65,11				
	36-45	20	84,45				
	46-55	25	76,54				
	56 ve üstü	14	71,75				

Tüm hasta gruplarındaki kadın ve erkek katılımcıların elde edilen SKE-KF puanı ve ilişkili boyutlardan aldıkları toplam puanların Mann Whitney U-testi

sonuçları Tablo 6'da verilmiştir. Buna göre kadın ve erkek katılımcıların SKE-KF (U=780, p<.05), olumsuz sonuçlar (U=801.5, p<.05), kaçınma davranışı (U=754.5 p<.05), güvence arama (U=654.5, p<.05) ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 6: Hasta gruplarında sağlık kaygısının cinsiyete göre U-testi sonucu

Ölçekler	Cinsiyet	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	p
SKE-KF	Kadın	66	46,68	3081	780	0,689
	Erkek	25	44,2	1105		
Olumsuz Sonuçlar	Kadın	66	46,36	3060	801,5	0,834
	Erkek	25	45,06	1127		
Kaçınma Davranışı	Kadın	66	47,07	3107	754,5	0,529
	Erkek	25	43,18	1080		
Güvence Arama	Kadın	66	48,58	3207	654,5	0,129
	Erkek	25	39,18	979,5		

Çalışmada yer alan panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis hasta gruplarında yer alan katılımcıların HADÖ toplam, HADÖ psişik ve HADÖ somatik alt ölçeklerinden aldıkları puanları için de Kruskal Wallis testi yapılmış ve sonuçları Tablo 7'de verilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında HADÖ toplam [$x^2(2)=7.458$, p<.05] ve HADÖ psişik alt ölçek toplam puanları açısından hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunduğu halde [$x^2(2)=13.667$, p<.05], HADÖ somatik alt ölçek toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [$x^2(2)=2.784$, p<.05]. HADÖ toplam

puanı açısından grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, en yüksek kaygı düzeyine hipokondriak hastaların sahip olduğu bunu sırasıyla somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluğu hastalarının ortalama puanlarının izlediği görülmektedir. HADÖ psişik alt ölçek puanları açısından grupların sıra ortalamalarına bakıldığında ise, büyükten küçüğe doğru hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluğu grubunun sıralandığı görülmektedir.

Tablo 7: Üç hasta grubuna uygulanan HADÖ ölçek ve alt ölçeklerine göre Kruskal Wallis testi sonucu

Ölçekler	Hastalık Grubu	N	Sıra Ort.	Sd	x^2	p	Anlamlı Fark
HADÖ Toplam	Panik Bozukluğu	56	40,44	2	7,458	0,024	Hipokondriazis> Somatizasyon bozukluğu> Panik bozukluğu
	Somatizasyon Bozukluğu	19	50,82				
	Hipokondriazis	16	59,75				
HADÖ Psişik	Panik Bozukluğu	56	38,66	2	13,667	0,001	Hipokondriazis> Somatizasyon bozukluğu> Panik bozukluğu
	Somatizasyon Bozukluğu	19	51,5				
	Hipokondriazis	16	65,16				
HADÖ Somatik	Panik Bozukluğu	56	42,54	2	2,784	0,249	
	Somatizasyon Bozukluğu	19	49,34				
	Hipokondriazis	16	54,13				

Panik bozukluğu grubunda yer alan hastaların, panik alt tiplerine göre, PAÖ, SKE-KF ve ilişkili boyutlarından aldıkları puanlar için Kruskal Wallis testi yapılmış ve sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına bakıldığında PAÖ toplam puanları [$x^2(2)=2.317$, $p<.05$], SKE-KF puanları [$x^2(2)=1.643$, $p<.05$], olumsuz sonuçlar boyutu puanları [$x^2(2)=.154$, $p<.05$], kaçınma davranışı boyutu puanları [$x^2(2)=3.421$, $p<.05$] ve güvence arama boyutu [$x^2(2)=2.336$, $p<.05$] puanları açısından panik alt tip grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 8: Panik bozukluğu olan hasta grubunda panik alt tiplerine uygulanan PAÖ ve SKE-KF ve ilişkili boyutlarına göre Kruskal Wallis testi sonucu

Ölçekler	Hastalık Grubu	N	Sıra Ort.	sd	x^2	P
SKE-KF	Kardiyovasküler tip	24	28,33	2	1,643	0,44
	Solunumsal tip	17	32,09			
	Otonomik tip	15	24,7			
Olumsuz Sonuçlar	Kardiyovasküler tip	24	27,9	2	0,154	0,926
	Solunumsal tip	17	28,12			
	Otonomik tip	15	29,9			
Kaçınma Davranışı	Kardiyovasküler tip	24	26,56	2	3,421	0,181
	Solunumsal tip	17	34,5			
	Otonomik tip	15	24,8			
Güvence Arama	Kardiyovasküler tip	24	25,92	2	2,336	0,311
	Solunumsal tip	17	27,38			

	Otonomik tip	15	33,9			
PAÖ Toplam	Kardiyovasküler tip	24	25,9	2	2,317	0,314
	Solunumsal tip	17	33,47			
	Otonomik tip	15	27,03			

Tablo 9'da, çalışmada yer alan örneklem gruplarına uygulanan DBE toplam puanları, HADÖ toplam ve alt ölçek toplam puanları, SKE-KF ve boyutlarına ait toplam puanları, BYÖ atıf puanları ve belirti sayısı puanları ile PAÖ toplam puanları aralarındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, DBE toplam puanı ile SKE-KF ($r=.216$, $p<.05$), kaçınma davranışı boyutu ($r=.251$, $p<.05$), BYÖ ruhsallaştırma atfı ($r=.418$, $p<.05$) ve PAÖ ($r=.596$, $p<.01$) puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre depresif belirtiler arttıkça sağlık kaygısının, kaçınma davranışının, belirtilere ruhsal atıflarda bulunmanın ve panik agorafobi ölçek puanlarının arttığı söylenebilir. HADÖ toplam puanı ile HADÖ psişik ($r=.809$, $p<.01$), HADÖ somatik ($r=.942$, $p<.01$), SKE-KF ($r=.271$, $p<.01$), olumsuz sonuçlar boyutu ($r=.268$, $p<.01$), güvence arama boyutu ($r=.288$, $p<.01$), BYÖ belirti sayısı ($r=.619$, $p<.01$), ve PAÖ ($r=.409$, $p<.01$) puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre kaygı arttıkça, sağlık kaygısının, olumsuz sonuçların, güvence aramanın, BYÖ deki belirti sayısının ve PAÖ puanlarının arttığı söylenebilir. HADÖ psişik puanı ile HADÖ somatik ($r=.565$, $p<.01$), KSE-KF ($r=.349$, $p<.01$), olumsuz sonuçlar ($r=.327$, $p<.01$), güvence arama davranışı

(r=.290, p<.01), PAÖ (r=.306, p<.01) puanları arasında yüksek pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen, kaçınma davranışı (r=-.248, p<.05) puanı ile negatif ve anlamlı bir ilişki vardır. Buna dayanarak, psişik kaygı arttığında, olumsuz sonuçların, güvence aramanın, PAÖ puanlarının arttığı, kaçınma davranışı puanının azaldığı söylenebilir. HADÖ somatik puanı ile SKE-KF (r=.665, p<.01), güvence arama (r=.239, p<.05), BYÖ belirti sayısı (r=.680, p<.01), BYÖ normalleştirme atfı (r=.125, p<.01), PAÖ (r=.394, p<.01) puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki varken, kaçınma davranışı (r=-.178, p<.05) puanı arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre, somatik kaygı arttıkça, güvence arama, BYÖ deki belirti sayısı, BYÖ deki normalleştirme atfı ve PAÖ puanlarının arttığı, buna karşın kaçınma davranışı puanının azaldığı söylenebilir. SKE-KF ile BYÖ bedenselleştirme atfı (r=.567, p<.01), BYÖ normalleştirme atfı (r=.802, p<.01), PAÖ (r=.287, p<.05) puanları arasında yüksek pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu halde kaçınma davranışı (r=.-225, p<.01) ile negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık kaygısı arttıkça, PAÖ ile BYÖ bedenselleştirme ve normalleştirme atfı puanları artarken kaçınma davranışı puanı azalmaktadır. Olumsuz sonuçlar puanı ile kaçınma davranışı (r=.179, p<.05) ve BYÖ bedenselleştirme atfı (r=.424, p<.05) puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu halde BYÖ normalleştirme atfı (r=.-226, p<.05) puanı arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre olumsuz sonuçlar puanı arttıkça kaçınma davranışı ve BYÖ bedenselleştirme atfı puanları

arttığı halde BYÖ normalleştirme atfı puanının azaldığı söylenebilir. Kaçınma davranışı puanı ile BYÖ normalleştirme atfı (r=.-532, p<.01) puanı arasında yüksek negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kaçınma davranışı puanı arttıkça BYÖ normalleştirme atfı puanının azaldığı söylenebilir. Güvence arama puanı ile BYÖ bedenselleştirme atfı (r=.426, p<.05) ve PAÖ (r=.345, p<.01) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre güvence arama puanı arttıkça BYÖ bedenselleştirme atfı ve PAÖ puanı artmaktadır. BYÖ bedenselleştirme atfı ile BYÖ ruhsallaştırma atfı (r=.436, p<.01) arasında yüksek pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktayken BYÖ ruhsallaştırma atfı (r=.-566, p<.01) ile BYÖ bedenselleştirme atfı arasında yüksek negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre BYÖ bedenselleştirme atfı puanı arttıkça BYÖ ruhsallaştırma atfı da artmaktayken, BYÖ ruhsallaştırma atfı puanı arttıkça BYÖ bedenselleştirme atfı puanı azalmaktadır.

Tablo 9: Tüm ölçek ve alt ölçekler arası korelasyon

	DBE	HADÖ Toplam	HADÖ Psişik	HAMÖ Somatik	SKE-KF	Olumsuz Sonuçlar	Kaçınma Davranışı	Güvence Arama	BYÖ Belirti Sayısı	BYÖ RA	BYÖ BA	BYÖ NA	PAÖ
DBE	1,000	0,11	0,142	0,073	,216*	0,184	,251*	-0,037	0,112	,418*	-0,196	0,068	,596**
HADÖ Toplam		1,000	,809**	,942**	,271**	,268*	-0,167	,288**	,619**	0,164	0,133	0,055	,409**
HADÖ Psişik			1,000	,565**	,349**	,327**	-,248*	,290**	0,312	-0,02	0,167	-0,127	,306*
HADÖ Somatik				1,000	,665**	-0,093	-,178*	,239*	,680**	0,233	0,095	,725**	,394**
SKE-KF					1,000	-0,089	-,225**	0,172	0,246	-0,12	,567**	,802**	,287*
Olumsuz Sonuçlar						1,000	,179*	0,031	0,21	-0,051	,424*	-,236*	0,146
Kaçınma Davranışı							1,000	-0,148	0,295	0,114	-0,156	-,532**	0,15
Güvence Arama								1,000	0,2	0,023	,426*	-0,176	,345**
BYÖ Belirti Sayısı									1,000	,436**	0,003	0,142	-
BYÖ Ruhsallaştırma Atfı										1,000	-,566**	0,291	-
BYÖ Bedenselleştirme Atfı											1,000	-0,301	-
BYÖ Normalleştirme Affı												1,000	-
PAÖ													1,000

BYÖ RA: BYÖ Ruhsallaştırma Atfı
BYÖ BA: BYÖ Bedenselleştirme Atfı
BYÖ NA: BYÖ Normalleştirme Atfı
* p<.05
** p<.01

5. TARTIŞMA ve SONUÇLAR

Çalışmamızda, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastaların sağlık kaygısı, sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmış, hem bu üç hastalık grubunda sağlık kaygısının varlığı gösterilmiş hem de üç grup arasında bir karşılaştırma yapılmıştır.

Araştırmalarda, somatoform bozukluklardan özellikle hipokondriaziste ve anksiyete bozukluklarında sağlık kaygısının yüksek olduğu belirtilmiştir (63,74,102,103,104,105,106).

Genel olarak bulgularımızı incelediğimizde, panik bozukluğu grubu için çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 56 hastanın 15'inin erkek, 41'inin kadın, somatizasyon bozukluğu hasta grubu için tanı ölçütlerini karşılayan 19 hastanın 2'sinin erkek, 17'sinin kadın, hipokondriazis tanı ölçütlerini karşılayan 16 hastanın 8'inin erkek, 8'inin kadın olduğu görülmektedir. Literatürle uyumlu olarak, panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunun kadınlara erkeklere oranla daha fazla görüldüğü, hipokondriazisin ise kadın ve erkek cinsiyette eşit oranda görüldüğü belirlenmiştir (20,51,61).

Gruplar yaş ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, panik bozukluğu hasta grubu için ortalama yaş 36.07±12,021, somatizasyon bozukluğu hasta grubu için ortalama yaş 44.32±12,111 hipokondriak hasta grubu için ortalama yaş 40.25±15,225, kontrol grubu için ortalama yaş ise 33.36±10,588 olarak bulunmuştur. Örneklemlerin yaş ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark

bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda, panik bozukluğunun genellikle ergenlik ile 30 yaş arasında başladığını, ortalama başlangıç yaşının 25 olduğunu ve tedavi için başvuruların 25–45 yaşlarında yapıldığı bildirilmektedir (11,14,107,108,109). Somatizasyon bozukluğunun başlangıcı %90 kişide 25 yaşından öncedir, fakat semptomların başlangıcı genellikle ergenlik döneminde olur (51). Hipokondriazis ise herhangi bir yaşta ortaya çıkabildiği halde genellikle genç erişkinlikte başlar. Hipokondriazis çoğunlukla erken yaşta başlar, ancak her yaşta ortaya çıkabilir (59).

Eğitim durumları açısından hastalık grupları karşılaştırıldığında, panik bozukluğu ve hipokondriak hastaların daha çok lise ve üniversite mezunu olduğu görülmekteyken, somatizasyon bozukluğu olan hastaların daha çok ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Önceki çalışmalarla uyumlu olarak, somatizasyon bozukluğu düşük eğitim seviyesi olanlarda daha sık görülmektedir (51).

Medeni durumlara göre dağılım incelendiğinde, panik bozukluğu hastalarının 30'u evliyken, geriye kalan 26 kişi ise bekar, dul veya boşanmıştır. Somatizasyon bozukluğu grubu için evli hasta sayısı 18, bekar hasta sayısı 1, hipokondriazis grubu için ise bu oran 13 kişiye, 3 kişi şeklindedir. Literatürde, evli veya başkalarıyla birlikte yaşayan kişilerde genel olarak panik bozukluğunun yaygınlığının düşük olduğu söylenmektedir (19).

Meslek dağılımları incelendiğinde hastaların çoğunluğunu, ev hanımı ve memurlar oluşturmaktaydı. Sosyo ekonomik durumlar ile ilgili bu dağılım

üniversite hastanesine başvuran olguların durumunu yansıtmaktadır. Bu durumun Türk toplumunun sosyokültürel özellikleriyle uyumlu olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastaların, polikliniklere ortalama başvuru sayısı 9,49±16,37, acil servislere ortalama başvuru sayısı 22,14±47,85, geçirdikleri ortalama ameliyat sayısı ise 1.09±1,65 olarak saptanmıştır. Hipokondriak kişilerin çoğu, "bu kez" ciddi bir sorunları olduğunu düşünerek defalarca polikliniklere ve acil servislere başvururlar. Ancak acil serviste uzun süre muayene için beklemek kişiyi rahatsız eder ve sık bir şekilde gereksiz hastane ziyaretlerine başlarlar (63).

Sağlık kaygısı yüksek olan bireyler, defalarca pratisyen doktorlara gidip, değişik tedaviler almaktadır (110). Birinci basamak sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimler, her hastaya en fazla 15-20 dakika zaman ayırabilirler. Ülkemizde bazı birinci basamak kuruluşlarında bu süre çok daha kısadır. Bu zaman kısıtlılığı, doktorlar açısından, hastaların uzun ve ayrıntılı bir şekilde sağlık kaygısı hikayelerini almayı imkansızlaştırmaktadır. Ayrıca pratisyen hekimler, sağlık kaygısını değerlendirmek ve tedavi etmek için yeterince bilgi sahibi olmayabilirler. Bu iki unsur, pratisyen hekimin çaresizliğine neden olabilir. Diğer yandan hastalar, doktorlarının, kendilerini yeterince ciddiye almadığını hissederler ya da doktorları yeterli olmadığı için endişelenebilirler. Hipokondriaklar genellikle doktorlarının, onların bedensel yakınmalarının nedenini, tatmin edici bir şekilde açıklamadıklarından ve tedavi etmediklerinden yakınırlar. Bu durum

kişiyi “doktor araştırıcılığı”na yönlendirebilir. Kişi yardım bulma umuduyla bir çok değişik doktoru ziyaret edebilir (111, 112). Farklı doktor araştırıcılığının sonucu olarak, bazı hipokondriak kişiler, gereksiz ilaç kullanımı nedeni ile yan etkilere ve cerrahi tedavilerin komplikasyonlarına maruz kalabilirler. Bu nedenle, hipokondriazis, hekimlerin yol açtığı istenmeden eklenen “iatrojenik” faktörlerle de kötüleşebilir. Herkes için gerektiği gibi hipokondriak bireylerin, özellikle de yaşlı olanların, periyodik tıbbi değerlendirmeleri gereklidir (63). Doktor ziyaretleri aracılığı ile sağlanan güvence arama davranışı, kaygıda kısa süreli bir azalma sağlar ve olumsuz bir pekiştireç olarak sağlık kaygısının devamında rol oynar (110).

Çalışmamıza katılan tüm gruplar birlikte değerlendirildiğinde, beklentilerimizle uyumlu olarak sağlık kaygısının en yüksek olduğu grup hipokondriazis olarak bulunmuştur. Bunu sırasıyla panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve sağlıklı gönüllüler izlemiştir. SKE-KF, sağlık kaygısının bilişsel ve davranışsal boyutlarını ölçebilen yeni bir araçtır. Hem hipokondriak hastaları hem de sağlıklı bireyleri değerlendirmek için iyi psikometrik özelliklere sahiptir. Abramowitz ve arkadaşları, sağlık kaygısı açısından, ilk kez hipokondriazis ile anksiyete bozukluklarını, bu ölçeği kullanarak karşılaştırmışlardır. Panik bozukluğu hastalarının SKE-KF skorlarını, hipokondriak hastaların skorları kadar yüksek saptamışlardır (102).

Sağlık kaygısının değerlendirildiği SKE-KF da ilk 14 soruda, hastalığa yakalanma olasılığı ile bedensel uyarılma sorgulanmaktadır. Panik bozukluğunda kilit rol oynadığına inanılan, bedensel uyarılma, hipokondriazisi anlamak için de önemlidir (113). SKE-KF bedensel uyarılma faktörü, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve güvenlik davranışlarını sık kullanma konusunda, en güçlü psikolojik yordayıcı olarak bulunmuştur. Bedensel uyarılma, sağlık kaygısının süreğenleşmesinde rol oynar. Bedensel uyarılmanın, felaket olarak yorumlanan bedensel belirtilerin, algılanma olasılığını arttırdığı düşünülmektedir ki bu da kişinin, hastalığa yakalanma korkusunu ve güvence arama davranışını pekiştirir. Panik bozukluğunda, bedensel uyarılma, uyarılmışlıkla ilişkili bedensel duyumlara odaklanmıştır ve bu tür duyumlar hakkındaki katastrofik inançlardan kaynaklanır. Aksine hipokondriaziste bedensel uyarılma, uyarılmışlıkla ilişkili olmayan belirti ve bulgulara odaklanmıştır ve hastalıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan kaynaklanır (114).

Williams, sağlık kaygısı ve hipokondriazisi anlamak ve tedavi etmek için en üstün yaklaşımın, bilişsel kuramlar olduğunu belirtmiştir (103). Salkovskis ve Warwick, hipokondriazis ve sağlık kaygısı için, Clark ve Barlow'un panik bozukluğu modeline çok benzeyen, kognitif-davranışçı bir model geliştirmişlerdir (74,104,115,116). Bu kurama göre, hastalığın görülme sıklığı, bulaşabilirliği, gidişatı, prognozu ve bedensel belirtilerin anlamı ile ilgili işlevsel olmayan varsayım ve inançlar, hipokondriazis ve sağlık kaygısı için risk faktörlerini

oluşturur. Hatta bu inançlar, gizli olarak kalabilir ve hastalık hakkında okumak, yeni bir hastalıktan haberdar olmak ya da birtakım bedensel değişiklikler veya duyumlar gibi değişik olaylarla tekrar harekete geçebilir. Bu inançlar bir kere tetiklenirse, özellikle kişiye odaklı, otomatik hipokondriak düşünceler ortaya çıkabilir. Böylece kişi, hastalığın belirteci olabilecek herhangi bir duyuma karşı daima tetikte olur ve giderek anksiyöz bir hal alır (117). Sağlık kaygısının, süreğenliği ve artışı bu uyumsuz bilişsel ve davranışsal süreçle açıklanabilir (118).

Barsky, hipokondriak bireylerin, yükselmiş bedensel algıları olduğunu, bedensel duyumlara karşı daha hassas ve uyanık olduklarını ve bu "bedensel duyumları yükseltmenin" hipokondriazis için bir risk faktörü olduğunu vurgulamıştır (62,68,119).

Son olarak, Taylor ve Asmundson, işlevsel olmayan inançlar ve seçici belleği içeren bilişsel unsurlar ile bedensel duyumları büyütme ve dikkatle ilgili öğeleri de sağlık kaygısı modeline eklemişlerdir (63).

Çalışmamıza katılan tüm gruplardaki olguların SKE-KF'daki olumsuz sonuçlar bölümüne verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde en yüksek ortalama puanı, panik bozukluğu hastalarının aldığı saptanmıştır. Bunu sırasıyla, hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu ve sağlıklı gönüllü grupları takip etmiştir. Bilişsel-davranışçı kurama göre, sağlık kaygısı yüksek olan kişiler, sağlık ile ilişkili bilgi ve duyumları kişiyi tehdit eden bir felaket olarak algılarlar. Yapılan çalışmalarda bu kişilerin felaketleştirme puanları, kontrol grubuna göre

anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (118). Bedensel uyarılma ile yüksek sağlık kaygısı seviyelerinin birleşimi, bedensel ipuçlarının katastrofik şekilde yorumlanmasıyla hipokondriak korku ve panik nöbetlerine yol açar (120).

SKE-KF'un kaçınma davranışı ek boyutuna göre tüm gruplar incelendiğinde, panik bozukluğu hasta grubu en yüksek puanı almıştır. Panik bozukluğu grubunu, sırasıyla sağlıklı gönüllü, hipokondriazis ve somatizasyon bozukluğu grupları izlemiştir. Hastalığa yakalanmaktan korkan insanların, tipik davranışlarından biri de hastalıkla ilişkili uyaranlardan kaçmaktır. Kaçma davranışı, hem aktif hem pasif olabilir. Pasif kaçınma, hasta veya hasta gibi görünen kişilerden ya da sağlık hizmetlerinde çalışan doktor, hemşire gibi hastalık taşıyabileceği düşünülen kişilerden kaçınmak şeklinde olur. Aktif kaçınma ise, herhangi bir hastalık için yüksek risk altında olan kişinin, o hastalık için gerekli tetkiklerden kaçınması şeklinde olur (63). Sağlık kaygısı yüksek olan panik bozukluğu ve hipokondriazis grubunun, bu boyuttan yüksek puan alması, daha önceden yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında beklenen bir durumdur (118). Ancak bizim çalışmamızda, sağlıklı gönüllülerin kaçınma davranışı puanları da yüksek bulunmuştur. Bu durum araştırmalarla uyumluluk göstermemekle birlikte, genel olarak, insanların, çeşitli sebeplerle hastane ortamına girmek istememesi, doktor ziyaretlerinden hoşlanmaması nedeniyle olabilir.

SKE-KF'un güvence arama ek boyutuna göre tüm gruplar incelendiğinde, hipokondriazis hasta grubu en yüksek puanı almıştır. Hipokondriazis grubunu,

sırasıyla somatizasyon bozukluğu, panik bozukluğu ve sağlıklı gönüllü grupları izlemiştir. Kişinin sağlığı ile ilgili, doktorlar ya da diğer önemli kişilerden güvence alma davranışı çok eski yüzyıllardan beri sürmektedir. Balint (1964), güvence ve tavsiye vermenin en çok kullanılan tıbbi tedavi olduğunu ve doğru bir şekilde reçetelendiğinde güçlü ilaçlar kadar etkili olabileceğini söylemiştir (121). Güvence alma, kişinin sağlığı ile ilgili kötü giden bir şey olmadığı mesajının, tekrarlayan şekillerde gösterilmesi olarak tanımlanır. Sağlık kaygısı olan kişilere, doktorlarının sağladığı güvence, bedenle ilgili şikayetlerin gözden geçirilmesi, fizik muayene ve/veya tıbbi tetkikler şeklinde olabilir (122). Çalışmalar, hipokondriaklarda, güvence almanın başlangıçta yatıştırıcı bir etkisi olduğunu ancak genellikle 24 saat içinde sağlık kaygısının geri döndüğünü göstermektedir (104,123). Güvence alma, sağlık kaygısı bozukluklarında, sürekli bir yatışma sağlamadığı gibi devamlılık kazanmasına da neden olur (74,124,125). Çünkü, tekrarlayan güvence arama ve güvence alma davranışı, kişinin hastalıkla ilgili aşırı uğraşına, sorunlarla karşılaştığında hep diğer insanlardan yardım aramasına yol açar ve aynı zamanda doktorların istediği tekrarlayan tıbbi tetkikler sağlık kaygısını olumsuz pekiştirir. Güvence aramanın yatıştırıcı etkisinin geçici olmasının muhtemel nedenlerinden biri, kişinin tekrar bedensel değişiklik ve belirtileri duyumsaması bir diğeri ise doktorların istediği tıbbi tetkikler nedeniyle sorunun nedeninin, tam bir kesinlik kazanmamasından kaynaklanmaktadır (63).

Noyes'in interpersonel modeli'ne göre sağlık kaygısı; güvensiz bağlanmanın uyumsuz bir ifadesidir. Bu modele göre, sağlık kaygısı olan kişilerin yaşadığı olumsuz ebeveyn ilişkileri ve deneyimler, güvensiz bağlanmaya ve bedensel belirtilere odaklanmaya neden olur. Sağlık kaygısı yüksek olan kişiler, güvensiz bağlanma ve bedensel uğraşların yarattığı sıkıntıyı yatıştırmak için, başkalarının ilgisini almak ister, bunun yolu da, güvence arama davranışıdır. Ancak bu kişiler güvensiz bağlandıkları için, yeterince güvence alsalar bile, güvence aramaları devam eder. Güvence arama, aynı zamanda kişiler arası çatışmaya neden olabileceğinden, sağlık kaygısı yüksek olan kişinin dışlanmasına neden olabilir. Yaşanan bu tür, dışlanma ve çatışmaların güvensiz bağlanmayı doğruladığına ve arttırdığına inanılır. Dışlanmışlık hissi kaygıyı daha da arttırır. Artan kaygılarını azaltmak için güvence aramaya devam ederler ve sonunda güvence arama, dışlanma ve kaygı kısır döngüsünün içine girerler (126,127).

Twaddle, ağrısı veya kuvvetsizliği olan insanların, bedensel sıkıntılarını, diğer insanlarla paylaşmaya daha yatkın olduklarını bildirmiştir. Bunun olası nedenleri, kişinin yerinde ve mantıklı bir karar alması için, diğer insanların yardımlarını almak ya da sorununu doktora gitmeden halletmek istemesi olabilir. Ayrıca, diğer insanlarla olan bu tür bir ilişki, güvence almayı sağlayarak sağlık kaygısını azaltabilir. (110, 128,129). Ancak, genellikle, aile bireylerinden veya arkadaşlarından bekledikleri, öneri ve akla yatkın açıklamalardan tatmin olmayarak doktor ziyaretlerine devam ederler (110).

Sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin baş etme stratejilerinden biri de, vücutlarını kontrol etmektir. Bazı durumlarda (örneğin aylık meme muayenesi), bedeni kontrol etme, sağlıklı ve uyumlu bir davranışken, aşırı olduğunda sağlıkla ilgili düşünceleri süreğenleştirir ve şiddetlendirir (63).

Hipokondriak ve panik bozukluğu olan hastalar, bedeni kontrol etme, güvence arama gibi baş etme stratejilerini kullanarak kaygılarını ve bilişsel mekanizmalarını yönetmeye çalışırlar (120).

Günümüzde internet sağlıkla ilgili doğru ve hatalı bilgilerin edinildiği uçsuz bucaksız bir kaynaktır. Siberkondria olarak da adlandırılan durum da, sağlık kaygısı olan bireyler, internetten korkutucu tıbbi bilgiler edinebilirler. Başka durumlar için doğru bilgileri kendi durumlarına yanlış olarak uyarlayabilir, felaketleştirici yorumlarına kaynak olarak görebilirler. Ayrıca internet aracılığı ile, doktor önerisi olmadan ilaçlar almaya başlayabilir, yeterince araştırılmamış bitkisel ürünleri fazla miktarda tüketerek karaciğer ve böbrek gibi organlarda sağlık sorunlarına zemin oluşturabilirler (63).

SKE-KF da, yaş grupları açısından sağlık kaygısı ve olumsuz sonuçlara bakıldığında, 36-45 yaş aralığı grubunun en yüksek puanı aldığı görülmüştür. Bu bulgu, genellikle o yaş grubunda kronik fiziksel hastalıklara yakalanma oranının daha fazla olması ile açıklanabilir. Yani bir hastalıkla yaşamaya adapte olma döneminde sağlık kaygısı artış gösterebilir. Ayrıca, bu uyum sürecinde, hastalığın, kişinin hayatını mahvettiğine dair düşünceler baş gösterebilir.

Çalışmamızda, SKE-KF, toplam puan ve ilişkili boyutları açısından cinsiyet farkına göre değerlendirildiğinde, anlamlı bir fark bulunmamıştır. Noyes ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sağlık kaygısı ve güvence arama puanları, kadınlarda, erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak dışlanma ve bedensel duyumlara odaklanmada, cinsiyete göre farklılık görülmemiştir (126). Sonucun bizim çalışmamızla benzerlik göstermemesinin nedeni farklı sağlık kaygısı ve bileşenlerini ölçmek için farklı ölçeklerin kullanılması olabilir (127).

Çalışmamızda, HADÖ ölçek toplam puanları ve HADÖ psişik alt ölçek puanları açısından üç hastalık grubu karşılaştırıldığında, sıralama; hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluğu şeklinde olmuştur. HADÖ ölçeği ile SKE-KF de çıkan sonuçlar benzerdir.

Buna dayanarak, SKE-KF'un kaygıyı ölçmek için kullanılabilecek iyi bir ölçek olduğu söylenebilir (102,114).

Çalışmamıza katılan panik bozukluğu hastaları, panik nöbetleri sırasındaki belirtilerine göre alt tiplere ayrılıp, SKE-KF ve PAÖ'ne göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni, alt tip olarak ayırt etmeksizin, hastaların nöbetler sırasında yaşadığı duyumları felaket olarak algılamaları ve ölüm kaygısı yaşamaları olabilir. (102,113,130).

Çalışmamızda, tüm ölçek ve alt ölçekleri birbiri ile karşılaştırdığımızda, DBE puanı arttıkça; sağlık kaygısının, kaçınma davranışının, belirtilere ruhsal

atıflarda bulunmanın ve PAÖ puanlarının arttığını, kaygı arttıkça; sağlık kaygısının, olumsuz sonuçların, güvence almanın, BYÖ'ndeki belirti sayısının ve PAÖ puanlarının arttığını, psişik kaygı arttıkça; olumsuz sonuçların, güvence aramanın, PAÖ puanlarının arttığını, buna karşın kaçınma davranışı puanının azaldığını, somatik kaygı arttıkça; güvence arama, BYÖ'ndeki belirti sayısı, BYÖ'ndeki normalleştirme atfı ve PAÖ puanlarının arttığını, buna karşın kaçınma davranışı puanının azaldığını, sağlık kaygısı arttıkça; PAÖ ile BYÖ bedenselleştirme ve normalleştirme atfı puanları artarken, kaçınma davranışı puanının azaldığını, olumsuz sonuçlar puanı arttıkça; kaçınma davranışı ve BYÖ bedenselleştirme atfı puanları arttığı halde BYÖ normalleştirme atfı puanının azaldığını, kaçınma davranışı puanı arttıkça; BYÖ normalleştirme atfı puanının azaldığını, güvence arama puanı arttıkça; BYÖ bedenselleştirme atfı ve PAÖ puanının arttığını söyleyebiliriz.

Ek tanı, hipokondriazisin nedenlerine de ışık tutabilir. Eğer, hipokondriazis genellikle başka bozukluklarla birlikte görülüyorsa, bu ortak bir etiyolojiye işaret edebilir. Bu fikir; hipokondriazisin, birlikte görüldüğü diğer birçok hastalığa, fenomonolojik olarak benzemesinden ortaya çıkmıştır. Hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu gibi, tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile, OKB da olduğu gibi güvence arama ya da bedenini kontrol etme gibi hastanın yapmak zorunda olduğu davranışlar ile ve majör depresyondaki gibi geleceğe yönelik karamsarlık ve bedensel yakınmalar ile ilgilidir. Bu tarz

benzerlikler ve ek tanı durumu, bazı kuramcıların hipokondriazisin, diğer başka bozuklukların bir formu olduğunu düşünmelerine sebep olmuştur. Bazı araştırmacılar, hipokondriazis ile somatizasyon bozukluğunun aynı şey olduğunu savunmuşlardır (131,132). Başka araştırmacılar, hipokondriazisin, OKB spektrumunda olduğunu bildirmişlerdir (133,134). Bazı araştırmacılar ise, hipokondriazisin, maskeli depresyon ya da depresyona karşı psikodinamik bir savunma olduğunu savunmuşlardır (135,136,137). Kenyon'a göre de, hipokondriazis, genellikle başka bir hastalığa özellikle de depresyona ikincildir (138). Eğer, hipokondriazis, depresyona karşı bir savunma mekanizması olsaydı, hipokondriak hastaların hipokondriak olmayanlara göre daha az depresyona girmeleri beklenirdi. Ancak araştırmalar bunu doğrulamamaktadır, hipokondriak hastalarda da depresyon, diğer psikiyatrik hastalıklardaki kadar sık görülmektedir (139).

Speckens ve arkadaşlarının, Hastalık Tutumu Skalası kullanarak yaptıkları bir çalışmada, hipokondriak hastalar, bedensel duyumlara, karşı aşırı dikkat ve çok sayıda bedensel belirti bildirmişlerdir (140,141,142).

Sağlık kaygısı, çok farklı tanılar alabilir. Örneğin, spesifik bir hastalığa yakalanma korkusu olduğunda özgül fobi, sempatik aktivasyon sonucu oluşan duyumların kötü bir hastalığın habercisi olduğu düşünüldüğünde panik bozukluğu, sağlık ve yaşamın diğer alanları ile ilgili kontrol edilemeyen endişenin varlığında YAB, bulaşma sonucu kansere yakalanacağı korkusu ile kompulsif el

yıkamaları olduğunda OKB gibi anksiyete bozukluklarından biri tanı olabilir. Ya da bedensel duyumların yanlış yorumlanmasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olduğu inancında tanı, somatoform bozukluklardan, hipokondriazis olabilir. Son olarak kişi hastalığı olduğuna inanıyorsa tanı, sanrısal bozukluk ya da başka bir psikotik bozukluk olarak konulabilir. Sağlık kaygısı ile ilgili bu tanı çeşitliliğinin, konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, sıkça altı çizilmiştir (105,143,144). Günümüzde, hipokondriazisin, somatoform bozukluklar arasında mı, yoksa anksiyete bozuklukları arasında mı yer alması gerektiği hala bir tartışma konusudur (74,104).

Hipokondriazis ile diğer bozukluklar arasındaki örtüşmelere bakıldığında, OKB gibi, hipokondriaziste de girici, sıkıntı verici düşünceler ve tekrarlayan davranışlar vardır (145).

Ayrıca, hipokondriazis ve panik bozukluğunda olan bedensel belirtilerle aşırı uğraş, bu iki hastalığın da karşılaştırabilirliğine dikkati çekmiştir (106).

Hipokondriazisteki gibi, panik bozukluğu hastaları, tehlikesiz uyarılmışlıkla ilişkili bedensel belirtileri, genellikle yanlış olarak, kalp krizi, inme ya da diğer tıbbi nedenler gibi organik nedenlere bağlarlar (130). Ayrıca, hem hipokondriaziste hem de panik bozukluğunda zararsız bedensel belirtiler fiziksel olarak zararlı şeklinde yorumlanır (146).

Hipokondriazis, panik bozukluğu ve agorafobinin göze çarpan bir özelliği gibi durmaktadır. Panik bozukluğu ve agorafobinin tedaviye verdiği yanıt,

hipokondriazise göre daha iyidir. Panik bozukluğu tedavi edilmediğinde hipokondriazise ilerleyebilir. Bu nedenle anksiyete bozukluklarının başarılı tedavisi, hipokondriazisi de azaltan bir unsurdur (120).

Geçtiğimiz 20 yılda, hipokondriazis modeli, diğer anksiyete bozukluklarının da oluşmasında etkili olan, bilişsel ve davranışsal süreçleri içeren, 'sağlık kaygısı' olarak yeniden geliştirilmiştir (114). DSM-IV'e göre, hipokondriazis, belirti ve bulgular bedene odaklı olduğu için, somatoform bozukluklar içinde yer almaktadır. Ancak burada gözetilen, hipokondriazis ile somatoform bozukluklar grubu arasındaki, yüzeysel fenomonolojik benzerliklerdir. Oysa ki; hipokondriazis ile anksiyete bozukluklarının paylaştığı önemli işlevsel mekanizmalar bu sınıflandırma sistemine göre açık değildir. Ayrıca hipokondriazisin, temel özelliği, kişinin sağlığı hakkındaki kaygısıdır, aşırı veya anormal somatik belirtilerin varlığı değildir. Kognitif-davranışçı modele göre, hipokondriazis, sağlık kaygısı olarak değerlendirildiğinde, fenomonolojik ve fonksiyonel olarak hipokondriazis ile OKB ve panik bozukluğu arasında benzerlikler vardır. Ek olarak; mantıksız, hastalığı hatırlatıcı düşüncelerden korkma ve kaçış vardır. Bu düşüncelerin ışığında, DSM-V'te, hipokondriazisi, anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırmak, hastalığın doğası ve tedavisi açısından daha anlamlı olacaktır (130).

Çalışmanın sınırlılıkları:

Çalışmamıza katılan, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak örneklem gruplarının sayı olarak azlığı, çalışmanın ilk sınırlılığıdır. Bu nedenle, elde ettiğimiz sonuçlarla genelleme yapılamamıştır. Çalışmanın ikinci sınırlılığı, çalışmanın deseninin kesitsel olması nedeniyle hastalardan alınan klinik bilgilerin, hastaların hafızasına bağlı olarak yanıltıcı olabilmesidir. Son kısıtlılık olarak ise, sağlık kaygısının değerlendirildiği aşamada, hastalardan birçoğunun farmakolojik tedavi alıyor olması kabul edilebilir.

Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen bulgular hipokondriaziste sağlık kaygısı boyutunun çok önemli bir ana element olduğunu desteklemiştir. Sağlık kaygısı teriminin hipokondriazisle eş anlamlı kullanılması etiketlemeyi azaltarak hastanın yardım alma isteğini olumlu yönde destekleyecektir. Öte yandan panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunda sağlık kaygısının sık yaşandığı ruhsal sorunlardır. Sağlık kaygısı bunların yanı sıra sağlıklı kişilerin ve depresyon tablolarının da bir parçası olarak karşımıza çıkabilir. Gelecek çalışmalarda sağlık kaygısının nasıl daha iyi yönetilebileceği, hangi psikoterapötik müdahalelerin daha etkili olduğunun incelenmesi yararlı olacaktır.

6. ÖZET

Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır. Şiddetli sağlık kaygısı, hipokondriazis olarak da adlandırılır. Panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunda da bedensel duyumların yanlış yorumlanması sonucu, bir hastalığı olduğu inancı oluşmaktadır. Sonuçta daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisi aşamasında, sağlık kaygısını değerlendirmek gerekir.

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazisde görülen sağlık kaygısını araştırmak ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmaktır.

Çalışmaya, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre, 56 panik bozukluğu, 19 somatizasyon bozukluğu ve 16 hipokondriak hasta ile 50 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hasta gruplarına, SCID-I uygulanmıştır. Hasta gruplarının, klinik durumlarını ve hastalık şiddetlerini belirlemek amacıyla panik bozukluğu olan hastalara; Panik Agorafobi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriak hastalara; Belirti Yorumlama Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri uygulanmıştır.

Sağlıklı gönüllülerin var olan psikopatolojilerini saptamak için Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla hem hasta gruplarına hem sağlıklı gönüllülere Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada elde edilen bulgular hipokondriaziste sağlık kaygısı boyutunun çok önemli bir ana element olduğunu desteklemiştir. Sağlık kaygısı teriminin hipokondriazisle eş anlamlı kullanılması etiketlemeyi azaltarak hastanın yardım alma isteğini olumlu yönde destekleyecektir. Öte yandan panik bozukluk ve somatizasyon da sağlık kaygısının sık yaşandığı ruhsal sorunlardır. Sağlık kaygısı bunların yanı sıra sağlıklı kişilerin ve depresyon tablolarının da bir parçası olarak karşımıza çıkabilir. Gelecek çalışmalarda sağlık kaygısının nasıl daha iyi yönetilebileceği, hangi psikoterapötik müdahalelerin daha etkili olduğunun incelenmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: sağlık kaygısı, panik bozukluğu, hipokondriazis

7. SUMMARY

Health Anxiety in Panic Disorder, Somatization Disorder and Hypochondriasis

Health anxiety is the fear of being or getting seriously sick due to the misinterpretation of physical symptoms. Severe health anxiety is also named as hypochondriasis. Belief of having a disease due to the misinterpretation of physical symptoms is also seen in panic disorder and somatization disorder. As a result health care system is overused; therefore, health anxiety should be assessed during diagnosis and treatment of mental disorders.

The aim of this study is to search the health anxiety in panic disorder, somatization disorder and hypochondriasis and compare it with healthy volunteers.

The subjects who met DSM-IV-TR criteria for panic disorder (n=56), somatization disorder (n=19) and hypochondriasis (n=16); and 50 healthy volunteers were included in this study. SCID-I was used to determine psychiatric disorders in patient group. In order to assess the clinical state and disease severity of the patient group; Panic and Agoraphobia Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Inventory of Depressive Symtomatology were used for patients with panic disorder and Symptom Interpretation Questionnaire, Hamilton Anxiety Rating Scale, Inventory of Depressive Symptomatology were used for patients with somatization disorder and hypochondriasis. Brief Symptom Inventory was used

to assess psychopathology in healthy group. In order to evaluate health anxiety of both groups, Health Anxiety Inventory-Short Form was used.

Results of this study support that health anxiety is a significant major component of hypochondriasis. Using the term “healty anxiety” instead of hypochondriasis would reduce stigma and increase demand for help among patients. On the other hand, health anxiety seems to be common in panic disorder and somatization disorder. Health anxiety also may be a part of depression or present in healthy people. Further studies are needed in order to search how to manage health anxiety appropriately and which psychotherapeutic interventions are more effective.

Key words: health anxiety, panic disorder, hypochondriasis

8. KAYNAKLAR

1) Ceylan ME, Yazan B. Anksiyete Bozuklukları. "Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri" den, 1. Baskı, 3. cilt. İstanbul, Altan Matbaacılık,2000; 77-112.

2) Nemiah JC. Anxiety states (anxiety neuroses). Comprensive Text Book of Psychiatry /IV, 1. Cilt, Baltimore, Williams and Wilkins; 1985.

3) Tükel R. Panik Bozukluğu Klinik Psikiyatri 2002; Ek 3:5-13.

4) Da Costa JM. On irritable heart: A functional form of cardiac disorder and its consequences. Am. J Med Sci 1871; 61:14-52.

5) Freud S (1894) On the grounds of detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis". The Standart Edition of the Complete Psycological Works of Sigmund Freud, 3. Cilt, London, Hogarth Press, 1960.

6) Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacology, 1964; 5: 397–408.

7) Klein DF. Anxiety reconceptualized. Anxiety: New Research and Changing Concepts, DF Klein, J Raskin, editörler. NewYork, Raven Pres, 1981.

8) Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to Imipramin. Am J Psychiatry, 1962; 119: 432-438.

9) Özer Ş. Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa tarihçesi. Tükel R, Alkın T, editörler. Anksiyete bozuklukları'ndan, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları, 2006; 3-13.

10) Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

11) Fayer AJ, Mannuza S, Coplan JD, Anxiety Disorders. Kaplan HI, Sadock BJ, editörler. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6. Baskı, Baltimore, Williams&Wilkins, 1995; 1191-203.

12) Angst J. Panic Disorder. History and Epidemiology. Eur Psychiatry 1998; 13:51–55.

13) Kocabaşoğlu N. Panik Bozukluğu, Agorafobi ve Diğer Komorbid Durumlar; Yeni Symposium, 2002; 40 (2): 68-75.

14) Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry, 1994; 151(3): 413-420.

15) Sartorius N, Ustün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et. al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care' Arch Gen Psychiatry, 1993; 50(10):819-24.

16) Lépine JP, Pélissolo A. Epidemiology, comorbidty and genetics of panic disorder. İn: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP, editörler. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms. London; Martin Dunitz, 1999; 9–23.

17) Ruhsal Hastalıklar Üçüncü Baskı Nevzat Yüksel MN Medikal & Nobel 2006.

18) Faravelli C, Paionni A. Panic disorder: Clinical course, etiology and prognosis. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine, Editörler. London, Martin Dunitz, 1999.

19) Overbbek T, Vermetten E, Griez EJL. In: Griez EJL, Faravelli C, Nutt D, Zohar J, editörler. Anxiety Disorders. An Introduction to Clinical Management and ResearchJohn Wiley&Sons, New York,2001; 3-23.

20) Bayraktar E. Panik bozukluğu ve agorafobi. Işık E. Taner E. Işık U., editörler. Güncel Klinik Psikiyatri Ankara 2008; 209-231.

21) Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, et. al. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.Güneş Kitapevi, 2003; s:328-340.

22) Sönmez S. 2006 Panik Bozukluğunda Davranış Değişiklikleri Uzmanlık tezi.

23) Hattema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiyology of anxiety disorders. Am J of Psychiatry, 2001; 158:1568-1578.

24) Altıntaş EY. 2006 Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması Uzmanlık Tezi.

25) Knowles JA, Ryer AJ, Vieland VJ et al. Results of genome-widw genetic screen for panic disorder. American Journal of Medical Genetics, 1998; 81:139-147.

26) Ceylan ME, Yazan B (2000). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Birinci Baskı, 3. cilt, 77-112.

27) Cowley DS, Arana GW. The diagnostic utility of lactate sensitivity in panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1990; 47:277-84.

28) Bourin M, Baker GB, Bradwejn J. Neurobiology of panic disorder. J Psycosom Res 1998; 44:163-80.

29) Atalay ND: Bayraktar E. Panik bozukluk. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 1992.

30) Graef FG, Garcia –Leal C, Del-Ben CM, Guimareas FS. Does the panic attackactivate the hypothalamic –pituitary –adrenal axis?, An Acad Bras Cienc .Sep 2005; 77(3):477-91.

31) Woods SW, Charney DS, Loke J, Goodman WK, Redmond DE, Heninger GR. Carbon dioxide sensitivity in panic anxiety: Ventilatory and anxiogenic response to carbon dioxide in healty subjects and patients with panic anxiety before and after alprozolam treatment. Arch gen Psychiatry 1986; 43:900-9.

32) Tükel R. Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000.

33) Tükel R. Panik bozukluğu; Psikiyatri Dünyası, 1997; 1:12-17.

34) Erdoğan S. Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikiyatri 2007; 10(Ek 4):3-13.

35) Güleç C, Köroğlu E.Temel Psikiyatri Kitabı,1.Cilt, Ankara ;s:35-36 1997.

36) Ponnusamy R, Nissim HA, Barad M. Systemic blockade of D2-like dopamine receptors facilitates extinction of conditioned fear in mice. Learn Mem, 2005; 12(4):399-406.

37) Yüksel N. Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002; 4(Ek 3):14-21.

38) Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK, et al. The effects of childhood parental death and divorce on the six-month history of anxiety disorders. Br J Psychiatry 1989; 154:823-28.

39) Coplan JD, Gorman JM. Pathogenesis of panic disorder, In: Stein DJ, Hollander E, editörler. Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing Inc, New York, 2002; 247-256.

40) Faravelli C. Lifetime events perceding the onset of panic disorder. J Affect Disord. 1985; 9: 103–105.

41) Breier A, Charney DS, Heninger GR. Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability, and course of illness. Arch Gen Psychiatry, 1986; 43: 1029–1036.

42) Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA et. al. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. Interpersonel Violence, 1992; 7: 189–204.

43) Cowley DS, Arana GW. The diagnostic utility of lactate sensitivity in panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1990: 47:277-84.

44) Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, et al. A psychodynamic model of panic disorder. Am J Psychiatry. 1993; 150: 859-866.

45) Alkın T. Panik bozukluğu ve agorafobi. Anksiyete Bozuklukları, Tükel R., editör. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000; 5-38.

46) Uğuz Ş, Altıntaş EY, Levent BA. Panik bozukluğu: Etiyoloji, Klinik Gidiş, Komorbidite ve Tedavisi. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2006; 2(12): 21–25.

47) Casey LM, Oei TPS, Newcombe PA. An integrated cognitive model of panic disorder: the role of positive and negative cognitions. Clin Psychol Rev 2004; 24: 529-555.

48) Katschnig H, Amering M, Stolk JM et al. Predictors of quality of life in a long-term follow-up study of panic disorder patients after a clinical drug trial. Psychopharmacol Bull, 1996; 32: 149–155.

49) Guggenheim F. G. Somatoform Disorders Şubat 2010 Avalaible from URL: http://athabet.org/files/Somatoform%20Disorders.pdf.

50) Hollifield MA. Somatoform Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ. editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005; 1800-1828.

51) Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.

52) Somatoform and factitious disorders ed: Phillips K. A. Rewiev of Psychiatry Series, Volume 20, Number 3; Oldham JM and Riba MB, series editors Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001.

53) Guze SB, Cloninger CR, Martin RL, Clayton PJ. A follow-up and family study of Briquet's syndrome Br J Psychiatry 1986 Jul; 149:17-23.

54) Cloninger CR, Reich T, Guze SB. The multifactorial model of disease transmission: III. Familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's syndrome). Br J Psychiatry. 1975 Jul;127:23-32.

55) Cadoret RJ, Cunningham L, Loftus R, Edwards J. Studies of adoptees from psychiatrically disturbed biological parents. III. Medical symptoms and illnesses in childhood and adolescence. Am J Psychiatry. 1976 Nov;133(11):1316-8.

56) Jamison RN, Walker LS. Illness behavior in children of chronic pain patients Int J Psychiatry Med. 1992;22(4):329-42.

57) Stuart S, Noyes R Jr Attachment and interpersonal communication in somatization Psychosomatics. 1999 Jan-Feb;40(1):34-43.

58) Sayar K. Somataform Bozukluklar. Güncel ve Klinik Psikiyatri Işık E. Taner E. Işık U., editörler. Güncel Klinik Psikiyatri Ankara 2008; Sf:271-287.

59) American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, text rev). Washington, DC: Author.

60) Taylor S. Asmundson GJG. Hypochondriasis. In: J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Eds.), Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy. New York: Springer. 2006; Chapter 31 p:313-323.

61) Asmundson GJG. Taylor S. Sevgur S. Cox BJ. Health anxiety: Classificiation and clinical features. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Eds.) Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related disorders (pp. 3–21). New York: 2001; Wiley.

62) Barsky AJ. Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. American Journal of Psychiatry, 1983; 140, 273–283.

63) Taylor S. Asmundson GJG. Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach. The Guilford Press New York London 2004.

64) Warwick HM. Salkovskis PM. Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriazis. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 1989; 18, 85-92.

65) Cote G. O'Leary T. Barlow DH. Strain JJ. Salkovskis PM. Warwick HMC. et al. Hypochondriazis. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, & W. W. Davis (Eds.), DSM-IV sourcebook (Vol. 2, pp 933-947). Washington, DC: 1996; American Psychiatric association.

66) Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. Archives of General Psychiatry. 1985; 42(8):821-33.

67) Cox BJ. Borger SC. Asmundson GJG. Taylor S. Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. Personality and Individual Differences, 2000; 29, 99-180.

68) Barsky AJ. Amplification, somatization and the somatoform disorders. Psychosomatics, 1992; 33, 28-34.

69) Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Hypochondriasis. An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. Archives of General Psychiatry; 1986; 43(5):493-500.

70) Barsky AJ. Wyshak G. Klerman GL. Latham KS. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1990; 25, 89–94.

71) Barsky AJ. Cleary PD. Sarnie MK. Klerman GL. The course of transient hypochondriasis. American Journal of Psychiatry, 1993; 150, 484–488.

72) Deale, A. Psychopathology and Treatment of Severe Health Anxiety. Psychiatry, 2007; 6, 6, pp: 240-246.

73) Fink P, Ornbol E, Toft T, Sparle K, Frostholm L, Oleson F. A new empirically grounded hypochondriasis diagnosis. Am J Psychiatry 2004; 161: 1680–91.

74) Warwick H, Salkovskis P. Hypochondriasis. Behav Res Ther 1990; 28: 105–17.

75) Fallon BA. Schneier FR. Marshall R. Campeas R. Vermes D. Goetz D. et. alThe pharmacotherapy of hypochondriasis.Psychopharmacol Bull. 1996; 32(4):607-11.

76) Miller L. Neuropsychological concepts of somatoform disorders. International Journal of Psychiatry in Medicine,1984; 14, 31-46.

77) Carpenter MB. Human neoroanatomy (7th ed). Baltimore: Williams & Wilkins 1976.

78) Mountcastle VB. Neural mechanisms in somesthesia. In V. B. Mountcastle (Ed.), Medical physiology (13th ed., pp. 307-347). St. Louis:Mosby 1974.

79) Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. Archives of General Psychiatry, 1986; 43, 502-505.

80) Malis RW. Hartz AJ. Doebbeling CC. Noyes R. Specific phobia of illness in the community. Hospital and Community Psychiatry, 2002; 24, 135-139.

81) Barsky AJ. Wool C. Barnett MC. Cleary PD. Histories of childhood trauma in adult hypochonrical patients. American Journal of Psychiatry, 1994; 151, 397-401.

82) Paris J. Does childhood trauma cause personality disorder in adults? Canadian Journal of Psychiatry,1998; 43, 148-153.

83) Hankin J. Oktay JS. Mental disorder of primary medical care: An analytical review of the literature (U.S. DHEW Publication No.78-661). Wsahington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare 1979.

84) Watt MC. Stewart SH. Anxiety sensivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. Journal of Psychosomatic Research, 2000; 49, 107-118.

85) Smith TW. Synder CR. Perkins SC. The self-serving function of hypochondriacal complaints: Physical symptoms as self-handicapping strategies. Journal of Personality and Social Psychology, 1983; 44, 787-797.

86) Ferguson E. Hypochondriacal concerns, symptom reporting and secondary gain mechanisms. British Journal of Medical Psychology, 1998; 71, 281-295.

87) Mechanic D. The experience and reporting of common physical complaints. Journal of Health and Social Behaviour, 1980; 21, 146-155.

88) Looper KJ. Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. Psychological Medicine, 2001; 31, 577-584.

89) Malis RW. Hartz AJ. Doebbeling CC. Noyes R. Specific phobia of illness in the community. Hospital and Community Psychiatry, 2002; 24, 135-139.

90) Pennebaker JW. The psychology of physical symptoms. New York: Springer 1982.

91) Amsterdam EA. Emotions, cardiac arrhttmias, and sudden death. In D. G. Byrne & R. H. Rosenman (Eds.), Anxiety and The Heart (pp. 251-258). New York: Hemisphere 1990.

92) Taylor S. Understanding and treating panic disorder. New York: Wiley. 2000.

93) Gureje O. Üstün TB. Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. Psychological Medicine, 1997; 27, 1001-1010.

94) Barsky AJ. Wyshak G. Klerman GL. Transient hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, 1990; 47, 746-752.

95) Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi, 1999; 12:227-232.

96) Tural Ü, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B: Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) Türkçe Uyarlaması. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 1.

97) Yazıcı MK. Demir B. Tanrıverdi N. ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Turk Psikiyatri Derg, 1998; 9:114-7.

98) Aslan S. Kuruoğlu AÇ. Işıklı S. Rush AJ. Taner E. Işık E. Depresif Belirti Envanteri - Klinisyen Formu (DBE-K30) ve Özbildirim Formu (DBE-Ö30)'nun Majör Depresyonlu Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliği Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:1-14.

99) Karapıçak Ö.K., Aktaş K., Aslan S. (2009) Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi (20-24 Ekim 2009) poster bildiri sf:75.

100) Duman ÖY. Usubütün S. Göka E. Belirti Yorumlama Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(1):26-40.

101) Şahin NH, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 9(31): 44-56.

102) Abramowitz JS. Olatunji BO. Deacon BJ. Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders Behavior Therapy 38 (2007) 86–94.

103) Williams PG.The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. Cognitive Therapy and Research, 2004; 28, 629−644.

104) Salkovskis PM. Warwick HC. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 1986; 24, 597−602.

105) Noyes R.Jr. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders General Hospital Psychiatry,1999; 21, 8-17.

106) Barsky A, Barnett MC, Cleary PD. Hypochondriasis and panic disorder. Boundary and overlap. Arch Gen Psychiat 1995; 51: 918–25.

107) Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Pschiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Baltimore: 1998: 594-602.

108) Kaplan Harold I, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Anxiety Disorders. Williams and Wilkins, 1995.

109) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder. Arch Gen Psychiatry, 1997; 54: 305-309.

110) Conroy RNM. Smyth O. Siriwardena R. Fernandes P. Health Anxiety and Charecteristics of Self-Initiated General Practitioner Consultations. Journal of Psychosomatic Research, 1999; 46,1, 45-50.

111) Kasteler J. Kane RL. Olsen D. Thetford C. Issues underlying prevalance of "doctor shopping" behaviour. Journal of Health and Social Behaviour, 1976; 17, 328-339.

112) Sato T. Taekichi M. Shirama M. Fukui T. Gude JK. Doctor shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. General Hospital Psychiatry, 1995; 17, 115-125.

113) Schmidt NB: Lerew DR. Trakowski JH. Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997; 65, 214–220.

114) Abramowitz JS. Deacon BJ: Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample Cogn Ther Res 2007; 31:871–883.

115) Salkovskis PM, Warwick HC. Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady (pp. 202−222). New York: Oxford University Press, 2001.

116) Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. New York: Guilford. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 2002; 24, 461−470.

117) Marcus DK. Gurley JR. Marchi MM: Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. Clinical Psychology Review 27, 2007; 127–139.

118) Hadjistavropoulos HD. Craiq KD. Hadjistavropoulos T. Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety Behaviour research and therapy 36, 1998; 149-164.

119) Barsky AJ. Somatosensory amplification and hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady (pp. 223−248). New York: Oxford University Press 2001.

120) Deacon BJ, Lickel J, Abramowitz JS. Medical utilization across the anxiety disorders. J Anxiety Disord 2008; 22: 344–50.

121) Balint M. The doctor, his patient and the illness (2nd ed.). New York: International Universities Press 1964.

122) Warwick HM. Salkovskis PM. Reassurance. Br. Med. J (Clin Res Ed.) 1985 Apr 6; 290 (6474):1028.

123) Haenen MA, de Jong PJ. Schmidt AJ. Stevens S. Visser L. Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. Behav Res Ther. 2000 Aug; 38(8):819-33.

124) Warwick H. Provision of appropriate and effective reassurance. International Review of Psychiatry, 1992; 4, 76-80.

125) Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders. New York:Wiley 1997.

126) Noyes R. Stuart S. Langbehn D. Happel R. Longley S. Muller B. et. al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosomatic Medicine, 2003; 65(2), 292–300.

127) MacSwain KLH. Sherry SB. Stewart SH. Watt MC. Hadjistavropoulos HD. Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. Personality and Individual Differences 47, 2009; 938–943.

128) Twaddle AC. Health decisions and sick role variations: an exploration. J Health Soc Behav 1969;10:105–114.

129) Sula J, Martin R, Leventhal H. Social comparison, lay referral and the decision to seek medical care.In: Buunk BP, Gibbons FX, eds. Health, coping and well-being. Mahwah, New Jersey: Erlbaum 1997:195–226.

130) Olatunji BO. Deacon BJ. Abramowitz JS. Is hypochondriasis an anxiety disorder? The British Journal of Psychiatry (2009) 194, 481–482.

131) Vaillant G. The disadvantages of the DSM-III outweight its advantages. American Journal of Psychiatry, 1984; 141, 542-545.

132) Escobar JI. Swartz M. Rubio-Stipec M, Manu P. Medically unexplained symptoms: Distribution, risk factors and comorbidity. In L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Eds.). Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives (pp.63-78) Washington, DC: American Psychiatric Association 1991.

133) Hollander E. Obsessive-compulsive related disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press 1993.

134) Yaryura- Tobias JA. Neziroğlu FA. Obsessive-compulsive disorder spectrum. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.

135) Goodstein RK. Common clinically problems in the elderly: Camouflaged by ageism and atypical presentation. Psychiatric Annals, 1985; 15, 299-312.

136) Lesse S. Masked depression-the ubiquitous but unappreciated syndrome. Psychiatric Journal of the University of Ottowa, 1980; 5, 268-273.

137) Dorfmann W. Hypochondriazis as a defense against depression. Psychosomatics, 1968; 9,248-251.

138) Kenyon FE. Hypochondriasis: A clinical study. British Journal of Psychiatry, 1964; 110, 478–488.

139) Kellner R. Abbott P. Winslow WW. Pathack D. Anxiety, depression and somatization in DSM-III hypchondriais Psychomatics, 1989; 30, 57-64.

140) Speckens AE, Van Hemert AM, Spinhoven P, Bolk JH. The diagnostic and prognostic significance of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales and the Somatosensory Amplification Scale. Psychol Med 1996; 26:1085–1090.

141) Gramling SE, Clawson EP, McDonald MK. Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in women. Psychosom Med 1996; 58:423–431.

142) Haenen MA, Schmidt AJ, Kroeze S, van den Hout MA. Hypochondriasis and symptom reporting—the effect of attention versus distraction. Psychother Psychosom 1996;65:43–48.

143) McCabe RE. Antoni MM. Challenges in Challenges in the Assessment and Treatment of Health Anxiety: The Case of Mrs. A. Cognitive and Behavioral Practice 2004; 11, 102-106.

144) Otto MW. Pollack MH. Sachs GS. Rosenbaum JE. Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. Journal of Anxiety Disorders, 1992; 6, 93-104.

145) Fallon B, Javitch J, Hollander E, Liebowitz M. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: overlaps in diagnosis and treatment. J Clin Psychiat 1992; 52: 457–60.

146) Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis related to OCD, panic disorder, or both? An empirical evaluation. J Cogn Psychother 2008; 22:115–27.

9. EKLER

EK-1: Panik Agorafobi Ölçeği

Hasta Anketi

Adı Soyadı:

Tarih: Vizit:

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

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

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

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1.Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diğer durumlar:

24…… 25. …… 26. …….

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

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

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

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

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

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

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

0. Bozulma yok.
1. Çok az bozulma oldu.
2. Orta derecede bozulma oldu.

3. Epeyce bozulma oldu.
4. Çok şiddetli bozulma oldu.

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

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

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

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

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

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

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

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

PUANLAMA

B.2. Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin.

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

TOPLAM PUAN = U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın.

EK-2:Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Aşağıda, insanların bazen yasadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir.
Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin SİZDE BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kursun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0- Hiç yok	2- Orta derecede var	4- Çok fazla var
1- Biraz var	3- Epey var	

1- İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0 1 2 3 4
2- Baygınlık ve bas dönmesi	0 1 2 3 4
3- Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0 1 2 3 4
4- Basınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0 1 2 3 4
5- Olayları hatırlamada güçlük	0 1 2 3 4
6- Çok kolayca kızıp öfkelenme	0 1 2 3 4
7- Göğüs bölgesinde ağrılar	0 1 2 3 4
8- Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0 1 2 3 4
9- Yaşamınıza son verme duygusu	0 1 2 3 4
10- 1nsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0 1 2 3 4
11- 1stahta bozukluklar	0 1 2 3 4
12- Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0 1 2 3 4
13- Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0 1 2 3 4
14- Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
15- 1sleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0 1 2 3 4
16- Yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
17- Hüzünlü, kederli hissetmek	0 1 2 3 4
18- Hiçbir şeye ilgi duymamak	0 1 2 3 4
19- Ağlamaklı hissetmek	0 1 2 3 4
20- Kolayca incinebilme, kırılmak	0 1 2 3 4
21- 1nsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0 1 2 3 4
22- Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0 1 2 3 4
23- Mide bozukluğu, bunaltı	0 1 2 3 4
24- Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0 1 2 3 4
25- Uykuya dalmada güçlük	0 1 2 3 4
26- Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0 1 2 3 4
27- Karar vermede güçlük	0 1 2 3 4
28- Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmam	0 1 2 3 4
29- Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0 1 2 3 4
30- sıcak soğuk basmaları	0 1 2 3 4
31- Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya Çalışmak	0 1 2 3 4
32- Kafanızın" bomboş" kalması	0 1 2 3 4
33- Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0 1 2 3 4
34- Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0 1 2 3 4
35- gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0 1 2 3 4
36- Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük	0 1 2 3 4
37- bedenin bazı bölgelerinde zayıflık ve güçsüzlük	0 1 2 3 4
38- Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
39- Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0 1 2 3 4
40- Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0 1 2 3 4
41- Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0 1 2 3 4

42- Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0 1 2 3 4
43- Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0 1 2 3 4
44- Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0 1 2 3 4
45- Dehşet ve panik nöbetleri	0 1 2 3 4
46- Sık sık tartışmaya girmek	0 1 2 3 4
47- Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0 1 2 3 4
48- Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0 1 2 3 4
49- Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
50- Kendini değersiz görmek	0 1 2 3 4
51- Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0 1 2 3 4
52- Suçluluk duyguları	0 1 2 3 4
53- Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0 1 2 3 4

EK-3:Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

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

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

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

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

EK-4 Depresif Belirti Envanteri (DBE-Ö30)

DEPRESİF BELİRTİ ENVANTERİ (ÖZ BİLDİRİM)
(IDS-Ö)

HASTA ADI:_____ TARİH:_____

Lütfen son 7 gün için, her bir maddede sizi en iyi tanımlayan yanıtı çember içine alınız.

1. Uykuya dalmak
0. Uykuya dalmam hiçbir zaman 30 dakikadan uzun sürmez.
1. Zamanın yarısından azında uykuya dalmam en az 30 dakika sürer.
2. Zamanın yarısından çoğunda uykuya dalmam en az 30 dakika sürer.
3. Zamanın yarısından çoğunda uykuya dalmam 60 dakikadan uzun sürer.

2. Gece uykusu
0. Geceleri uyanmam.
1. Huzursuz ve hafif bir uykum vardır ve arada bir kısa süreler için uyanırım.
2. Geceleri en az bir kere uyanırım ama tekrar kolayca uykuya dalarım.
3. Zamanın yarısından çoğunda geceleri bir kereden sık uyanırım ve 20 dakika veya daha uzun bir süre uyanık kalırım.

3. Erken uyanmak
0. Çoğu zaman uyanmam gereken zamandan en fazla 30 dakika önce uyanırım.
1. Zamanın yarısında gereken zamandan 30 dakikadan daha uzun bir sure önce uyanırım.
2. Neredeyse her zaman uyanmam gereken zamandan en az bir saat önce uyanırım ama ‘sonunda’ tekrar uykuya dalarım.
3. Uyanmam gereken zamandan en az bir saat önce uyanırım ve tekrar uykuya dalamam.

4. Fazla uyumak
0. Geceleri 7-8 saatten fazla uyumam ve gündüzleri de uyumam.
1. 24 saatlik bir sure içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 10 saatten fazla uyumam.
2. 24 saatlik bir sure içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 12 saatten fazla uyumam.
3. 24 saatlik bir sure içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 12 saatten fazla uyurum.

5. Üzgün hissetmek
0. Üzgün hissetmem.
1. Zamanın yarısından azında üzgün hissederim.
2. Zamanın yarısından çoğunda üzgün hissederim.
3. Neredeyse her zaman üzgün hissederim.

6. Çabuk sinirlenme, tahammülsüz hissetmek
0. Çabuk sinirlenme, tahammülsüzlük hissetmem.
1. Zamanın yarısından azında sinirli, tahammülsüz hissederim.
2. Zamanın yarısından çoğunda sinirli, tahammülsüz hissederim.
3. Neredeyse her zaman aşırı derecede sinirli, tahammülsüz hissederim.

7. Tedirgin veya gergin hissetmek
0. Tedirgin veya gergin hissetmem.
1. Zamanın yarısından azında tedirgin veya gergin hissederim.

2. Zamanın yarısından çoğunda tedirgin veya gergin hissederim.
3. Neredeyse her zaman aşırı derecede tedirgin veya gergin hissederim.

8. İyi veya istenilen olaylara duygu durumunuzun tepkisi
0. İyi olaylar olduğunda keyfim yerine gelir ve bu birkaç saat sürer.
1. İyi olaylar olduğunda keyfim yerine gelir ama kendimi her zamanki 'ben' gibi hissetmem.
2. Sadece bazı istenilen olaylar karşısında keyfim kısmen yerine gelir.
3. Çok iyi veya istenilen bir olay olsa bile keyfim hiçbir şekilde yerine gelmez.

9. Duygu durumun günün değişik saatlerine göre değişimi:
0. Duygu durumum ve günün değişik saatleri arasında düzenli bir ilişki yok.
1. Duygu durumum çevresel nedenlerle (örneğin: yalnız olmak, çalışıyor olmak) sık sık gün içinde değişir.
2. Genel olarak keyfim çevresel nedenlerden çok günün değişik saatlerine bağlıdır.
3. Duygu durumum günün belirli saatlerinde, önceden tahmin edilebilir bir şekilde daha iyi veya kötü olur.

9a Duygu durumunuz tipik olarak sabahları mı, öğleden sonraları mı yoksa akşamları mı daha kotu olur? (birini çember içine alın)

9b Duygu durumunuzun değişimi çevreden mi kaynaklanır? (evet veya hayır) (birini çember içine alın)

10. Duygu durumunuzun niteliği
0. Yaşadığım duygu durumu (içsel duygular) oldukça normal bir duygu durumu.
1. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yakın olduğum birisi ölseydi veya beni terk etseydi hissedeceklerimle oldukça aynı.
2. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yakın olduğum birisi ölseydi veya beni terk etseydi hissedeceklerimden farklı.
3. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yas veya kayıp durumunda hissedilen üzüntüden oldukça farklı.

Lütfen sadece 11 ya da 12'yi doldurun

11. İştah azalması
0. İştahım her zamanki gibi.
1. Her zamankinden biraz daha az sıklıkta veya daha az miktarda (yemek) yiyorum.
2. Her zamankinden çok daha az ve ancak kendimi zorlayarak yiyorum.
3. 24 saatlik bir süre içinde nadiren yemek yiyorum ve ancak kendimi zorlayarak veya başkaları beni ikna ettiğinde yiyorum.

12. İştah artması
0. İştahım her zamanki gibi.
1. Her zamankinden daha sık yeme ihtiyacı duyuyorum.
2. Düzenli olarak her zamankinden daha sıklıkta veya daha az çok miktarda (yemek) yiyorum.
3. Öğünlerde ve öğün aralarında aşırı yeme zorunluluğu hissediyorum.

LÜTFEN 13 VEYA 14 DÜNCÜ SORUYU CEVAPLAYIN (HER İKİSİNİ DEĞİL)

13. Son iki hafta boyunca
0. Kilom değişmedi.

1. Sanki biraz kilo verdim.
2. Bir veya daha çok kilo verdim.
3. İki buçuk veya daha çok kilo verdim.

14. Son iki hafta boyunca
0. Kilom değişmedi.
1. Sanki biraz kilo aldım.
2. Bir kilo veya daha çok kilo aldım.
3. İki buçuk kilo veya daha çok kilo aldım.
15. Konsantre olma/ karar verme
0. Her zamanki konsantre olma veya karar verme kapasitemde bir değişiklik yok.
1. Zaman zaman kendimi karasız hissediyorum veya dikkatimin dağıldığını fark ediyorum.
2. Çoğu zaman dikkatimi odaklamakta veya karar vermekte zorlanıyorum.
3. Bir şey okuyacak kadar iyi konsantre olamıyorum veya önemsiz kararlar bile veremiyorum.

16. Kendime bakışım
0. Kendimi başkalarıyla aynı ölçüde değerli ve layık görüyorum.
1. Her zamankinden daha çok kendimi suçlayıcı davranışlarda bulunuyorum.
2. Çoğunlukla başkaları için sorun yarattığıma inanıyorum.
3. Neredeyse sürekli kendimdeki küçük ve büyük eksiklikleri düşünüyorum.

17. Geleceğime bakışım
0. Geleceğime iyimser bir bakışım var.
1. Zaman zaman geleceğimle ilgili kötümser oluyorum ama genellikle her şeyin daha iyi olacağına inanıyorum.
2. Yakın geleceğimin (1–2 ay) benim için iyi şeyler getirmeyeceğine oldukça eminim.
3. Geleceğimde herhangi bir zamanda benim için iyi şeyler olacağına dair umutsuzum.

18. Ölüm veya intihar düşünceleri
0. Ölüm veya intiharı düşünmüyorum.
1. Hayatın boş olduğunu düşünüyorum veya yaşamaya değer mi diye düşünüyorum.
2. İntiharı veya ölümü haftada birkaç kez birkaç dakikalığına düşünüyorum.
3. İntiharı veya ölümü günde birkaç kez detaylı olarak düşünüyorum veya intihar etmek için bir plan yaptım veya zaten intihar girişiminde bulundum.

19. Genel ilgi
0. Başka insanlara duyduğum veya aktivitelere duyduğum ilgide bir değişme yok.
1. Başka insanlara duyduğum veya aktivitelere duyduğum ilgide bir azalma fark ediyorum.
2. Eskiden ilgi duyduğum aktivitelerin sadece bir veya ikisine hala ilgi duyuyorum.
3. Eskiden ilgi duyduğum aktivitelere neredeyse hiç ilgi duymuyorum.

20. Enerji düzeyi
0. Her zamanki enerji düzeyimde bir değişiklik yok.
1. Her zamankinden daha kolay yoruluyorum.
2. Günlük işlerime başlamak veya onları bitirmek için çok çaba harcamam gerekiyor (örneğin: alışveriş, ev ödevi, yemek yapma veya işe gitme).
3. Günlük işlerimin çoğunu gerçek anlamda yapamıyorum çünkü gereken enerjiye sahip değilim.

21. Keyif ve zevk alma kapasitesi (cinsellikle ilgili konular dışında)
0. Zevkli aktivitelerden her zamanki kadar keyif alıyorum.
1. Zevkli aktivitelerden her zamanki kadar keyif almıyorum.

2. Herhangi bir aktiviteden pek keyif almıyorum.
3. Herhangi bir şeyden zevk veya keyif almam mümkün değil.

22. Cinselliğe ilgi (Lütfen ilgi düzeyine göre cevap verin, eylemlere göre değil)
0. Cinselliğe ilgim her zamanki gibi.
1. Cinselliğe ilgim her zamankine göre daha az veya cinsellikten eskiden aldığım zevki almıyorum.
2. Cinselliğe pek ilgi duymuyorum veya nadiren cinsellikten zevk alıyorum.
3. Cinselliğe karşı hiçbir şekilde ilgim yok veya cinsellikten hiç bir zevk almıyorum.

23. Kendini yavaşlatılmış hissetmek
0. Her zamanki hızımla düşünüyorum, konuşuyorum ve hareket ediyorum.
1. Düşünme hızımın azaldığını veya sesimin duygusuz veya tekdüze çıktığını hissediyorum.
2. Çoğu soruya cevap vermem birkaç saniye alıyor ve düşünme hızım yavaş.
3. Çoğu zaman sorulara cevap vermem aşırı bir çaba sarf etmeden mümkün değil.

24. Huzursuz hissetme
0. Kendimi huzursuz hissetmiyorum.
1. Çoğu zaman kıpır kıpırım, ellerimi ovuşturuyorum veya sık sık oturma pozisyonumu değiştiriyorum.
2. Kıpırdanma/hareket etme ihtiyacı duyuyorum ve oldukça huzursuzum.
3. Bazı zamanlarda oturur vaziyette kalmam mümkün değil ve dolanma ihtiyacı duyuyorum.

25. Ağrılar ve sızılar
0. Kollarımda veya bacaklarımda ağırlık hissetmiyorum ve ağrı veya sızılarım yok.
1. Bazen başım, karnım, sırtım veya eklemlerim ağrıyor ama bu ağrılar sadece bir süreliğine oluyor ve beni yapmam gerekenlerden alıkoymuyor.
2. Bu tür ağrılarım çoğu zaman oluyor.
3. Bu tür ağrılar o kadar kötü oluyor ki yaptığım işle devam edemiyorum.

26. Başka bedensel belirtiler
0. Bu semptomların hiçbiri bende yok: kalbin hızla çarpması, net olmayan görüş, Sıcak soğuk basması, göğüs ağrısı, kulak çınlaması, titreme.
1. Bu semptomların bazıları bende var ama hafif derecede ve sadece bazen.
2. Bu semptomların bazıları bende var ve beni oldukça rahatsız ediyorlar.
3. Bu semptomların bazıları bende var ve ortaya çıktıklarında o an yaptığım her ne ise bırakmak zorunda kalıyorum.

27. Kabızlık/ ishal
0. Bağırsaklarım her zamanki gibi çalışır.
1. Aralıklarla tekrar eden hafif derecede kabızlık/ ishal durumum var.
2. Çoğu zaman kabızlık veya ishal durumları yaşarım ama bu günlük hayatımı idame ettirmemi engellemez.
3. İlaç kullanmamı gerektiren kabızlık veya ishal durumları yaşarım veya bu durum günlük hayatımı idame ettirmemi engeller.

28. Panik/ Fobi belirtileri
0. Panik nöbetlerim veya belirli korkularım (fobilerim) (örneğin hayvanlardan veya yükseklikten) yoktur.
1. Hafif panik nöbetlerim veya korkularım vardır ama bunlar beni davranışımı değiştirmeye zorlamaz veya hayatımı idame ettirmemi engellemez.

2. Ciddi panik nöbetlerim veya korkularım vardır ve bunlar beni davranışımı değiştirmeye zorlar ama hayatımı idame ettirmemi engellemez.
3. En az haftada bir kere panik nöbetlerim veya ciddi korkularım olur ve bunlar günlük aktivitelerimi engeller.

29. Kişiler arası ilişkilerde hassasiyet
0. Hiç başkaları tarafından kolayca reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissetmedim.
1. Zaman zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim.
2. Zaman zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim, ama bu duygular ilişkilerimi veya işimi sadece hafif derecede etkilemiştir.
3. Bir çok zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim ve bu duygular ilişkilerimi veya işimi olumsuz etkilemiştir.

30. Kurşun gibi ağırlaşma hissi / fiziksel enerji
0. Ağırlık duygusu yaşamıyorum veya fiziksel enerjim yokmuş gibi hissetmiyorum.
1. Zaman zaman ağırlık duygusu yaşıyorum veya fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum ama bu işimi, okulumu ve aktifliğimi olumsuz etkilemiyor.
2. Zamanın yarısında ağırlık duygusu yaşıyorum (fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum).
3. Çoğu zaman, günün birkaç saatinde, haftada birkaç gün ağırlık duygusu yaşıyorum (fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum).

EK-5. Sağlık Kaygısı Envanteri- Haftalık Kısa Form (SKE_KF)

KISA HAFTALIK FORM **Değerlendirme/ hafta/seans:_____**

SAĞLIK KAYGISI ENVANTERİ

Bu bölümdeki her bir soru dört ifadeden oluşmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve SON BİR HAFTA İÇİNDE sizin yaşadığınız duyguları en iyi tanımlayanını seçiniz. Seçtiğiniz durumu yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyiniz örneğin düşündüğünüz ifade için (a) doğru ise (a)'yı daire içine alınız; birden fazla ifade uygun olabilir, bu durumda en uygun olanı işaretleyiniz.

1. a. Sağlığım konusunda kaygılanmam.
   b. Sağlığım konusunda ara sıra kaygılanırım.
   c. Zamanımın büyük bölümünü sağlığım konusunda kaygılanarak geçiririm.
   d. Zamanımın çok büyük bölümünü sağlığım konusunda kaygılanarak geçiririm.

2. a. Ağrı/Sızıları benim yaşımdaki diğer birçok insandan daha az önemserim.
   b. Ağrı/Sızıları benim yaşımdaki diğer birçok insan kadar önemserim.
   c. Ağrı/Sızıları benim yaşımdaki diğer birçok insandan daha fazla önemserim.
   d. Bedenimdeki ağrı/Sızılara karşı her zaman tetikteyim.

3. a. Genellikle bedensel duyum ve değişikliklerin farkında değilimdir.
   b. Bedensel duyum ve değişikliklerin bazen farkındayımdır.
   c. Bedensel duyum ve değişikliklerin sıklıkla farkındayımdır.
   d. Bedensel duyum ve değişikliklerin sürekli farkındayımdır.

4. a. Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman problem değildir.
   b. Çoğu zaman hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
   c. Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymayı denerim ama sıklıkla buna gücüm yetmez.
   d. Hastalıkla ilgili düşünceler öyle güçlüdür ki onlara karşı koymayı denemem bile.

5. a. Ciddi bir hastalığımın olmasından genellikle korkmam.
   b. Ciddi bir hastalığımın olmasından bazen korkarım.
   c. Ciddi bir hastalığımın olmasından sıklıkla korkarım.
   d. Ciddi bir hastalığımın olmasından her zaman korkarım.

6. a. Kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim yoktur.
   b. Kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim ara sıra olur.
   c. Sıklıkla kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim vardır.
   d. Kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim sürekli vardır.

7. a. Sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoymakta herhangi bir zorluk yaşamam.
   b. Sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoymakta bazen zorluk yaşarım.
   c. Sıklıkla sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoymakta zorlanırım.
   d. Hiçbir biçimde sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoyamam.

8. a. Eğer doktorum bir problem olmadığını söylerse uzun bir süre rahatlarım.
   b. Başlangıçta rahatlarım ama daha sonra endişelerim bazen tekrarlar.

c. Başlangıçta rahatlarım ama daha sonra endişeler defalarca tekrarlar.
d. Doktorumun bir problem olmadığını söylemesi rahatlamama yol açmaz.

9. a. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu hiçbir zaman düşünmem.
b. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu bazen düşünürüm.
c. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu sık sık düşünürüm.
d. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu her zaman düşünürüm.

10. a. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini nadiren merak ederim.
b. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini sıklıkla merak ederim. .
c. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini her zaman merak ederim.
d. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini bilmeliyim.

11. a. Bana genellikle ciddi bir hastalığın oluşma riski çok düşük gibi gelir
b. Bana genellikle ciddi bir hastalığın oluşma riski oldukça düşük gibi gelir.
c. Bana genellikle ciddi bir hastalığın oluşma riski orta.derecede gelir.
d. Bana genellikle önemli bir hastalığın oluşma riski çok yüksek derecede gelir.

12. a. Hiçbir zaman ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
b. Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
c. Sık sık ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
d. Genellikle ağır şekilde hasta olduğumu düşünürüm.

13. a. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem kafamı başka şeylere vermekte zorlanmam.
b. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem bazen başka şeyler hakkında düşünmekte zorlanırım.
c. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem sıklıkla başka şeyler hakkında düşünmekte zorlanırım.
d. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem her zaman başka şeyler hakkında düşünmekte zorlanırım.

14. Not: Bu soruda "Eğer sorarsanız" cümlesi varmış gibi düşünülebilir.
a. Ailem/Arkadaşlarım benim sağlığım konusunda yeteri kadar endişelenmediğimi söyleyeceklerdir.
b. Ailem/Arkadaşlarım benim sağlığım konusunda normal bir tutumum olduğunu söyleyeceklerdir.
c. Ailem/Arkadaşlarım benim sağlığım konusunda fazla endişelendiğimi söyleyeceklerdir.
d. Ailem/Arkadaşlarım benim hastalık hastası olduğumu söyleyeceklerdir.

Lütfen, aşağıdaki sorular için, sizde özellikle kaygılandırabilecek türde bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, multipl skleroz ..vb.) olsaydı neler olabileceği üzerine düşünün. Elbette ki nasıl olabileceğini kesin olarak bilemeyebilirsiniz; ancak lütfen size neler olabileceği konusundaki tahmininizi genel olarak kendiniz ve ciddi hastalıklar hakkındaki bildiklerinize dayandırarak yapmaya çalışınız.

15. a. Ciddi bir hastalığım olsaydı yine de hayatımdaki şeylerden bütünüyle zevk alabilirdim.
b. Ciddi bir hastalığım olsaydı hala hayatımdaki şeylerden bir miktar zevk alabilirdim.

c. Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden çoğunlukla zevk alamazdım.
d. Ciddi bir hastalığım olsaydı hayattan bütünüyle zevk alamazdım.

16. a. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı yüksek olurdu.
b. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı orta derecede olurdu.
c. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı çok küçük olurdu.
d. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı olmazdı.

17. a. Ciddi bir hastalık hayatımı bazı yönlerden mahvedebilirdi.
b. Ciddi bir hastalık hayatımı bir çok bakımdan yıkıma uğratırdı.
c. Ciddi bir hastalık hayatımı hemen hemen her bakımdan yıkıma uğratırdı.
d. Ciddi bir hastalık hayatımı her bakımdan harap edebilirdi.

18. a. Ciddi bir hastalığım olsaydı toplumdaki değerimi yitirmişim gibi olmazdım.
b. Ciddi bir hastalığım olsaydı değerimi biraz kaybetmişim gibi olurdu.
c. Ciddi bir hastalığım olsaydı değerimi epeyce kaybetmişim gibi olurdu.
d. Ciddi bir hastalığım olsaydı değerimi tamamen kaybetmişim gibi olurdu.

Korku ya da hoş olmayan duygular nedeniyle aşağıda listelenmiş olan her bir durum için ne kadar kaçındığınızı gösteren uygun bir sayıyı cetvelden seçiniz, saha sonra bırakılan boşluklara yazınız.

0	1	**2**	3	**4**	5	**6**	7	**8**
Hiç Kaçınmamak		Çok az kaçınmak		Orta kaçınmak		Belirgin kaçınmak		Her zaman kaçınmak

1. Aile hekimine danışmak……
2. Hastanede bir arkadaşı ziyaret etmek……
3. Hastanede bir akrabayı ziyaret etmek……..
4. Hastaneye tedavi amaçlı gitmek……
5. Hastalık hakkında konuşmak……
6. Hastalık hakkında okumak……..
7. Başka nedenler için hastaneyi ziyaret etmek…….
(örneğin bir mesaj iletmek)
8. Hastalık hakkında TV programları izlemek……..
9. Hastalık hakkında radyo programları dinlemek……..
10. Hastalık hakkında düşünmek……

Sağlığınız hakkında sizi rahatlatan kaynaklara hangi sıklıkta başvurduğunuzu en iyi tanımlayan sayıyı aşağıdaki ölçekten seçiniz. Daha sonra bırakılan boşluğa seçtiğiniz sayıyı yazınız.

0 1 **2** 3 **4** 5 **6** 7 **8**

Asla Nadiren Bazen Sık sık Her gün

1. Arkadaşlar…….
2. Aile……
3. Kitaplar okumak……
4. Değişiklikler için bedeni kontrol etme……..
5. Aile hekimi……
6. Hemşireler…….
7. Hastane Ayaktan tedavi ünitesi ……
8. Hastane Acil servisi……..
9. Diğer(belirtiniz)……....

EK-6 Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşısında yer alan rakamları, bu nedenin sisiz durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşayıp yaşamadığınızı da A(evet) ya da B (hayır) seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız. 1 (Hiç) 2 (Biraz) 3 (Orta) 4 (çok) 5 (Pek çok)

1-Uzun Süren baş ağrım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:
1a Duygusal olarak sıkıntılıyım 1 2 3 4 5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorun var 1 2 3 4 5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı 1 2 3 4 5
Son üç ay içinde uzun süren baş ağrınız oldu mu? A-Evet B-Hayır

2-Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:
2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı 1 2 3 4 5
2b Endişeli ya da sinirliyim 1 2 3 4 5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım 1 2 3 4 5
Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu? A-Evet B-Hayır

3-Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:
3a Kalbim ya da tansiyonum var 1 2 3 4 5
3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa kalktım 1 2 3 4 5
3c Çok stres altında olmalıyım 1 2 3 4 5
Son üç ay içinde aniden başınız döndü mü? A-Evet B-Hayır

4-Ağız kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:
4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı 1 2 3 4 5
4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım 1 2 3 4 5
4c daha çok su almaya ihtiyacım var 1 2 3 4 5
Son üç ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu? A-Evet B-Hayır

5-Kalbim göğsümden fırlayacakmış gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:
5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim 1 2 3 4 5
5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş olmalıyım 1 2 3 4 5
5c kalbimde bir sorun olmalı 1 2 3 4 5
Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu? A-Evet B-Hayır

6-Kendimi yorgun hissedersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:
6a Duygusal olarak tükenmişim ya da cesaretim kırılmış 1 2 3 4 5
6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket yapmıyorum 1 2 3 4 5

6c Kansızım yada kanım yetersiz 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi? A-Evet B-Hayır

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

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

7b Çok sinirliyim 1 2 3 4 5

7c El kaslarımı yordum 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde elinizin titrediğinizi fark ettiniz mi? A-Evet B-Hayır

8-Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

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

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

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

Son üç ay içinde uyuma güçlüğünüz oldu mu? A-Evet B-Hayır

9-Midem ağrırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

9a Kendimi endişeden hasta ettim 1 2 3 4 5

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

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

Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu? A-Evet B-Hayır

10-İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

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

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

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

Son üç ay içinde iştahsızlığınız oldu mu? A-Evet B-Hayır

11-Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

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

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

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

Son üç ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu? A-Evet B-Hayır

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

12a Duygusal stres altındayım 1 2 3 4 5

12b Sinir sistemimde ya da kan dolaşımımda bir sorun var 1 2 3 4 5

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

Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınıza uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi? A-Evet B-Hayır

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

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

13b Sinirsel gerilimim düzenli tuvalete çıkmama engel oluyor 1 2 3 4 5

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

Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu? A-Evet B-Hayır

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

14a Kalp krizi geçiriyorum 1 2 3 4 5

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

14c Kendimi çok yordum 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu? A-Evet B-Hayır