



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PANİK BOZUKLUĞUN FARMAKOTERAPİSİNDE TEMEL PANİK
KOGNİSYONLARINDAKİ DEĞİŞİKLİK**

Şengül HAFIZOĞLU

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Bursa-2014



T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PANİK BOZUKLUĞUN FARMAKOTERAPİSİNDE TEMEL PANİK
KOGNİSYONLARINDAKİ DEĞİŞİKLİK

Şengül HAFIZOĞLU

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

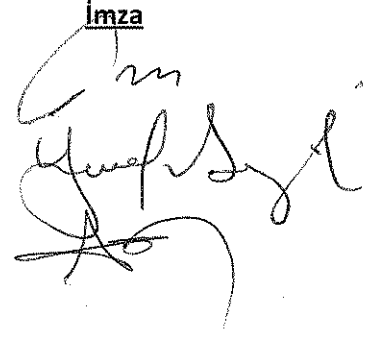
Bursa-2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şengül Hafızoğlu tarafından hazırlanan "Panik Bozukluğun Farmakoterapisinde Temel Panik Kognisyonlarındaki Değişiklik" konulu Yüksek Lisans tezi 26/02/2014 günü, 09:00-10:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Selçuk Kırılı
Üye	Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu
Üye	Yar. Doç. Dr. A.Pınar Vural

İmza



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Metin PETEK

Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

TÜRKÇE ÖZET	I
İNGİLİZCE ÖZET	II
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER	4
Panik Bozukluk	4
Panik Bozuklukta Kognisyonların Önemi.....	5
Panik Bozuklukta Kognisyonların Önemine İşaret Eden Çalışmalar	6
Metakognitif Yaklaşım	8
GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
Örneklem.....	12
Ölçekler.....	12
SosyoDemografik Veri Formu	12
Panik Bozukluğun Şiddeti Ölçeği	12
Beck Depresyon Ölçeği.....	13
Beck Anksiyete Ölçeği	13
Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği	13
Kaçma ve Kaçınma Davranışları Ölçeği (The Mobility Inventory).....	14
Beden Duyumları Ölçeği (Body Sensations Scale).....	14
Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ).....	14
Davranışlar Ölçeği	15
BULGULAR	16
Ön Çalışma Sonuçları.....	16
Çalışma Bulguları.....	17
TARTIŞMA ve SONUÇ.....	22
EKLER.....	27
KAYNAKLAR	48
TEŞEKKÜR.....	52
ÖZGEÇMİŞ.....	53

ÖZET

Panik bozukluk, ani ve yoğun anksiyeteye, fizyolojik belirtilerin ve kognitif faktörlerin eşlik ettiği panik ataklarla seyreden ciddi bir rahatsızlıktır . Panik bozukluk hastalarının tehlike, felaket, zihinsel ve bedensel felakete dair bilişlerinin olduğu ve bu bilişlerin panik bozukluğu hastalarını diğer hastalardan ve normallerden ayırdığı söylenebilir. Panik bozukluk hastalarında sağlıklılara kıyasla işlevsiz metakognisyonlar daha fazla bulunmaktadır.

Uludağ üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır. Hastaların panik bozukluğu, farmakoterapisi poliklinikte düzenlendiğinde, bir ay ve iki ay sonra yapılan kontrollerde, panik bozukluğun şiddeti, bedensel belirtiler, kaçma ve kaçınma davranışları, kognitif ve metakognitif düzeyde değişim ölçekler aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Çalışmamız ilaç kullanılan kesitte, herhangi bir kognitif müdahale olmaksızın, beden duyuları, panik bozukluğun şiddeti, kaçma ve kaçınma davranışları, kognitif ve metakognitif düzeyde anlamlı düzeyde değişim gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Panik bozukluk, kognitif değişim, metakognitif değişim.

SUMMARY

Panic disorder is a serious disorder characterised by panic attacks in which anxiety is accompanied by cognitive factors and physiological reactions. Panic disorder patients have cognitions about cognitive, physiological catastrophes that distinguish them from people without panic disorder. Panic disorder patients have dysfunctional metacognitions compared to healthy people.

Study sample consisted of those volunteering to participate among patients applying to Uludag University Psychiatry Department. Panic disorder severity, body sensations, avoidance and escape behaviours, cognitive and metacognitive change was assessed through assessment tools. Instruments were administered the same day pharmacotherapy was prescribed and treatment began, one month after the treatment began and after second month when they came for regular check-up.

Study results show that, without any cognitive intervention, body sensations, panic disorder severity, avoidance and escape behaviours, cognitions and metacognitions showed significant change during three assessment periods.

Keywords: Panic disorder, cognitive change, metacognitive change

GİRİŞ

Günümüzde en yaygın karşılaşılan anksiyete bozukluklarından biri panik bozukluktur. Bireyin ve yakın çevresinin hayatını önemli ölçüde kısıtlayan bu rahatsızlığı anlamada ve tedavisinde öne çıkan yaklaşımlardan biri kognitif modeldir. Panik bozukluğun kognitif modeline göre hastaların tehlike, felaket, zihinsel ve bedensel felakete dair bilişlerinin olduğu ve bu bilişlerin panik bozukluğu hastalarını diğer hastalardan ve normallerden ayırdığı söylenebilir (1, 2). Kognitif teoristlerin bakış açısına göre iyileşme, kognisyonlardaki değişim ile açıklanmaktadır (3).

Anksiyete bozukluklarında tedavinin somatik uyarılma, davranışsal kaçınma ve tehlike kognisyonlarıyla ilgili olduğu düşünülmüştür (4). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve farmakoterapi bu faktörlere yapılan vurguya göre farklılaşmaktadır. Farmakoterapi genelde somatik uyarılmayı ve anksiyeteyi azaltırken, BDT ise aynı sonucu davranış ve kognisyonlardaki değişimi sağlayarak gerçekleştirmektedir (4).

Smiths ve arkadaşları (5) yaptıkları çalışmada, 130 hastanın 40'ını bekleme listesine almışlar ve 90'ına BDT tekniklerine dayalı bir terapi uygulamışlardır. Çalışmanın sonucunda, BDT hastaları iyileştirirken bedensel belirtilerle ilgili kognisyonların- yanlış yorumlamalar- da azaldığı görülmüştür (5).

Westra ve Steward'a (4) göre panik bozuklukta iyileşme için bilişsel müdahale zorunlu değilken, bilişsel değişim zorunludur. Alınan tedavinin başarısı değerlendirilirken bilişsel değişime yol açıp açmadığı en önemli kıstaslardan biridir. Bilişsel davranışçı terapide bilişsel değişimi sağlayan en önemli yollardan biri alıştırmadır. Alıştırma sayesinde, birey kognisyonlarını test etme imkanı bulmakta ve denemelerden çıkan sonuç kognitif değişime yol açmaktadır. Westra ve Steward'a (4) göre farmakoterapinin bedensel uyarılmayı baskılaması sonucu birey alıştırmaya yapma imkanı bulmaktadır. Yani bedensel belirtiler yok olduğunda birey mobil olmaya ve yapmaktan kaçındığı, korktuğu şeyleri yapmaya başlar. İlaç kullanımında alıştırmaya, tedavinin bir sonucu olarak yapılırken, BDT'de ise alıştırmaya direkt olarak değişimi sağlayan mekanizma olarak kullanılmaktadır (4).

Hofmann ve arkadaşlarının (3) yaptığı çalışmada, BDT ve farmakoterapi alan grupların tedavide değişimi sağlayan mekanizmaları kıyaslanmıştır. Söz konusu çalışmada dört tedavi grubuna dağılmış 91 katılımcı vardır. 1) sadece BDT alanlar (n=24), 2) imipramine tedavisi alanlar (n=18), 3)BDT ve imipramine kombinasyonu alanlar (n=27) 4)BDT ve plasebo ilaç kombinasyonu alanlar (n=22). Bilişsel yapılandırma, psikoeğitim, relaksasyon ve nefes egzersizlerinden oluşan BDT tedavisi her biri 50'şer dakika süren 11

seans halinde sunulmuştur. Çalışma sonucunda; fiziksel, zihinsel ve sosyal felaketleştirme ile ilgili kognisyonların BDT ve kombinasyon tedavisi alanlarda değiştiği gözlenmiştir. Özellikle fiziksel semptomlar ile ilgili felaketleştirmelerin büyük ölçüde azaldığı dikkat çekmiştir. BDT içeren tedavilerde panik şiddetindeki değişimlere kognisyon değişimi aracılık etmekte (3) yani iyileşme kognisyonlardaki değişim ile açıklanmaktadır.

Anksiyolitik kullanımının katastrofik inançların değişimini sağlamada yetersiz kaldığını söyleyen Westra ve Steward (4), bu önermelerini desteklemek için şu iki handikapı öne sürmektedir: 1.İlaç bedensel belirtileri baskılayarak bu belirtilerin tehlikeli olduğu yönündeki yanlış inançları test etme ve kanıt toplama fırsatını ortadan kaldırır. Bedensel belirtilerin tehlikeli olduğuna yönelik inanç hala yerinde durur, ancak belirtiler ilaçla ortadan kalktığından hasta bu belirtilerin zararlı olmadığını yaşayıp görme imkanı bulamaz. 2.İlaç kullanımı katastrofik inançları destekleyebilir. İlaç kullanılmadığı zaman korkulan felaketin başa gelebileceği inancını pekiştirebilir ve böylece masum bedensel belirtilerin aslında felaket habercisi olduğu ve bundan ancak ilaç kullanarak korunabildiği yönünde bir inanış gelişebilir (4).

İlaç kullanımı, panik bozukluğu hastalarına sorunlarla başa çıkabilmenin onların gücü ve kişisel kontrolü dışında olduğu ve ilacın bunu onlar için yapabileceği mesajını verebilmektedir (4). Buna ilaveten sorunlarının onların anlayamayacağı, beyinle ilgili karmaşık bir temeli olduğu ve çözümü için de yine uzman birine ve/veya dışarıdan bir müdahaleye ihtiyaç olduğu inancını pekiştirerek öz yetkinliği azaltmaktadır (4). İyileşme gerçekleştiğinde bireyler bunu kendilerine değil de dışsal faktörlere (ilaç, doktor vb.) atfedebilir ve öz yetkinliği görmezden gelme ihtimali vardır. Dolayısıyla bu açıdan bakıldığında, hastalıkla başa çıkmak için gerekli kognitif değişim uzun vadede sağlanamamış olma ihtimali göz önüne alınmalıdır.

Kognitif müdahale olmaksızın kognitif değişimin sağlanabileceği (4), metakognitif düzeyde de önerilmiş ve değişimi sağlamak için metakognitif terapiye gerek olmayabileceği, farklı tedavilerde dolaylı yollardan metakognitif süreçlerin değişebileceği öne sürülmüştür (6). Hastalar anksiyete ile başa çıkma psikoeğitimi alıp, düşünce ve davranışların kontrol edilebilir olduğu, zannedilen kadar kötü ve tehlikeli olmadığını gördüğünde metakognitif değişimin sağlandığı görülmüştür (6).

Pek çok psikopatolojide metakognisyonlar önemli rol oynamaktadır (7). Depresyondaki hastaların ruminatif düşünceleriyle alakalı olumlu ve olumsuz metakognitif inanışlarının olduğu söylenmiştir (7).

Yapılan alışmalar ve gözlemler sonucunda, OKB hastalarına uygulanan metakognitif terapisinin olumlu sonuçlar verdiği ancak bunun klasik BDT'den daha üstün olmadığı önerilmiştir (8). Sadece metakognitif terapi uygulamak yerine, klasik BDT uygulamaları içerisinde yer yer metakognitif yaklaşımlar uygulanarak da metakognitif değişim sağlanabilmektedir (8).

Metakognitif yaklaşım, ruhsal rahatsızlıkların iyileşmesinde metakognitif değişimin gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Ancak bu değişimin sadece ve sadece metakognitif terapi yoluyla olduğu yönünde bir söylem yoktur (6). Aksine farklı tedavi yöntemlerinin metakognitif değişime yol açabildiği görülmektedir (6-8). Çalışmamızın amacı, panik bozukluk hastalarında farmakoterapi sonucunda ulaştıkları iyilik halinin incelenmesi ve herhangi bir bilişsel müdahale olmaksızın metakognitif değişimin iyileşmeye eşlik eden parametrelerden biri olup olmadığını görmektir.

GENEL BİLGİLER

Panik Bozukluk

Panik bozukluk, ani ve yoğun anksiyeteye, fizyolojik belirtilerin ve kognitif faktörlerin eşlik ettiği panik ataklarla seyreden ciddi bir rahatsızlıktır (2). Panik atak, gerçek bir tehdidin yokluğunda yoğun korku ve huzursuzluğun yaşandığı dönemlerle tanımlanmaktadır (9). Panik atakların olmadığı dönemlerde ise hastanın tekrardan atak yaşayacağı korkusu (beklenti anksiyetesi) belirgindir ve olası ataklardan korunmak üzere geliştirdiği kaçma ve kaçınma davranışları görülmektedir. Hastalığın, bireylerin yaşam kalitesini azaltmanın yanında, iş gücü kaybı, medikal hizmetlerden daha fazla yararlanma gibi toplumsal açıdan yansımaları vardır (10).

DSM-IV' e göre, panik bozukluğu, aniden ortaya çıkıp 10 dakika gibi kısa bir sürede zirve yapan, yarım saat sonra kendiliğinden geçen bir dizi bedensel belirtinin ve korkunun eşlik ettiği panik ataklarla karakterize bir tablo sergiler. DSM-IV e göre panik atağı kriterleri şöyledir:

1. çarpıntı, kalp atışını duyumsama
2. terleme
3. titreme, sarsılma
4. nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma
5. nefesin kesilmesi
6. göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
7. bulantı ya da karın ağrısı
8. baş dönmesi, sersemlik, bayılacakmış gibi hissetme
9. derealizasyon ya da depersonalizasyon
10. kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
11. ölüm korkusu
12. uyuşma ve karıncalanmalar(parastezi)
13. ürperme ya da sıcak basmaları

Bu belirtilerden dördünün ya da daha fazlasının aniden başlayıp, 10 dakika içinde en yüksek düzeye çıktığı, korku ve ciddi bir rahatsızlığın olduğu durumlar panik atağı kriterlerini karşılamaktadır (11). Aniden ortaya çıkan bu atağı, en az bir ay boyunca yeni bir atak beklentisiyle geçirmek ve panik atağı ve/ya korkusu yüzünden bireyin yaşamında gözle görünür bir değişiklik olması gerekmekte ve sorunun ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde organik bir sebebin olmaması önemlidir (11).

Geçirilen ilk panik ataktan sonra birey, bedensel duyumlara odaklanmaya başlar ve hassaslaşır, bir daha panik yaşayacağı durumları gözlemeye ve beklenti anksiyetesi yaşamaya başlar (12). Evden uzaklaşmak, trene, otobüse, uçağa binmek, asansöre binmek, alışveriş merkezine gitmek, sokakta yürümek bile yaşamı tehlikeye atmakla eş anlamlı hale gelmeye başlar. Atakların beklenmedik ve kontrol edilemez olması, panik bozukluğu hastalarının hayatlarını sınırlamakta ve bu durumdan kaçınmak tek hedef olmaktadır (12).

Panik Bozuklukta Kognisyonların Önemi

Anksiyetenin psikolojik modelleri, anlamlandırmaya etki eden kognitif süreçlere odaklanmaktadır (13). Her ne kadar biyolojik ajanların rolü kabul edilse de, bazı bilim adamları, panik atağın biyolojik bir disfonksiyon olmaktan çok aracılık eden bilişlerin ürünü olduğunu öne sürmüştür (14). Panik bozuklukla ilgili en yaygın kabul gören ve çalışılan modellerden biri, Clark tarafından (15) 1986' da öne sürülen kognitif modeldir. Buna göre, panik bozukluğun oluşumu ve sürdürülmesi zararsız beden duyuların felaketleştirici şekilde yanlış yorumlanması ve dikkatin beden duyularına odaklanmasıyla açıklanmaktadır. Panik ataklarla sonuçlanan bu süreçte, hastalar dikkatini, seçici olarak bedensel duyumlara odaklamıştır ve herhangi bir sebeple oluşan otonomik uyarılma tehlike sinyali olarak algılanmakta ve buna felaketleştirici yanlış yorumlama eşlik etmekte ve panik atak ortaya çıkmaktadır (14).

Panik bozukluğun kognitif modelinde, panik atakları güçlü bedensel duymulardan değil, bu duyumların tehlikeli olduğu inancından doğmaktadır. Yani beden duyularından ziyade, onlara verilen anlam üzerinde durulmaktadır. Leahy ve Holland (12), hastaların ilk panik atağını, stres, biyolojik yatkınlık ya da hastalık gibi fizyolojik sebeplerden dolayı yaşadığını ve atağın otonomik uyarılmayla sonlandığını (hiperventilasyon, baş dönmesi, çarpıntı vb.) söyler. Kronik dönemdeki bu bedensel belirtiler yanlış yorumlanmakta ve bu yorumlar panik bozukluğu sürdürmektedir (16). Buna göre, herhangi bir içsel veya dışsal uyaran tehdit olarak algılanır ve akut stres cevabına sebep olur. Oluşan akut stres cevabı kalp atışının hızlanması, sıcak basması, el ve ayaklarda titreme gibi strese verilen normal yanıtlar şeklinde yaşanır. Akut stres yaşadığımızda normal olan ve hayati tehdit oluşturmayan bu belirtiler bazılarında tekrar edilmezken, panik bozukluğu hastalarında yanlış yorumlama sonucunda kronikleşip panik ataklar şeklinde organize olur (17). Bu ataklar kişi tarafından tehlike işareti olarak algılanır ve kötü bir şey olacağı düşüncesini destekleyen kanıtlar olarak görülür. Kötü bir şey olacağına inanan bireyin anksiyetesi

artar, anksiyete arttıkça bedensel belirtiler daha da şiddetlenir ve şiddetlenen bu belirtiler olası felaketin habercisi olarak yorumlanır. Ortaya çıkan bu kısır döngü kendiliğinden son bulana kadar yaklaşık 45 dakika sürer (17).

Bir diğer bilişsel teorist Aaron Beck, panik atağı açıklarken, tehlikenin gerçekleşme olasılığını abartılı algılanmasından ve incinebilirlik hissinden bahsetmektedir (16). İncinebilirlik, bireyin kontrolü dışındaki içsel ve dışsal tehditlere maruz kaldığını algılaması sonucu ortaya çıkar (16) ve panik atak sırasında kişinin durumla başa çıkamayacağı inancını getirir. Algılanan tehlike ve tehlikenin ortaya çıkış ihtimali, başa çıkma becerisi ve kurtarıcı faktörler arasındaki dengenin bozulması bireyde anksiyeteye yol açmaktadır. Sonuç olarak, tehlikeyle ilgili olumsuz bilişler, kontrol ile başa çıkmayla ilgili olumlu bilişlerin etkileşimi panik atağında anksiyetenin oluşumunu açıklamaktadır (16).

Panik Bozuklukta Kognisyonların Öneme İşaret Eden Çalışmalar

Panik bozuklukta üç çeşit felaketleştirme kognisyonundan bahsedilmektedir: fiziksel (örn.kalp krizi), zihinsel (örn. çıldırmak) ve sosyal felaketleştirme (örn. kendini küçük düşürmek). Hofmann ve arkadaşlarına (3) göre tedaviden önce var olan felaketleştirme kognisyonlarının şiddeti tedavinin başarısı ve sonucu ile doğrudan ilişkilidir. Benzer yönde bulgular getiren bir başka çalışma Hicks ve arkadaşları (18) tarafından yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre tedavi öncesindeki fiziksel ve zihinsel felaketleştirme şiddeti tedavi sonrası panik bozukluğun şiddetini belirlemede etkili değildir. Ancak tedavi öncesi sosyal felaketleştirme, tedavi sonrası panik bozukluğun şiddetini belirlemede etkilidir (18). Bir başka deyişle, tedaviden önce daha şiddetli sosyal felaketleştirmeleri olan hastaların tedaviden sonraki panik belirtilerinin şiddeti, diğerlerine göre daha fazladır.

Panik bozukluğa kognitif açıdan yaklaşan araştırmacılar, tezlerini çeşitli çalışmalar ile sınamışlardır. Clark ve arkadaşları (19) içinde bulunulan durum ile ilgili sahip olunan kognisyonların, panik şiddetini etkilediğini öne sürmüşlerdir. Clark ve arkadaşları (19) yaptıkları çalışmada panik bozukluğu hastaları ve normal kontrollere laktoz vererek paniğin bedensel belirtilerini indüklemişlerdir. Ancak katılımcıların bedensel belirtileri yorumlamasına etki edebilecek değişken olarak durumla ilgili bilgilendirme sadece deney grubuna verilmiştir. Deney grubuna laktozun doğal bir madde olduğu ve yoğun bedensel duyumlara yol açabileceği, zararsız olduğu ve istedikleri anda durdurulabileceği bildirilirken, kontrol grubuna herhangi bir bilgi verilmemiştir. Sonuçta, deney grubundaki katılımcılar, kontrol grubuna oranla anksiyetenin objektif belirtilerini daha az

yaşamışlardır. Durum hakkında bilgilendirilmek, ve kontrolleri olduğunu bilmeleri gibi bilişsel manipülasyonlar, paniğin şiddetini azaltmada olumlu etki yapmıştır. Çalışmada da görüldüğü üzere, bilişsel faktörler hastanın fizyolojik reaksiyonunu nasıl yorumlayacağını etkilemiştir (19).

Bir diğer çalışmada Salkovskis ve Clark (20) panik hastası olmayan bir grubu ikiye bölmüş ve birine, hiperventilasyonun bayılma riskini gösterdiğini, diğer gruba ise bunun bir uyum ve bilincin üst düzeyde olduğunu gösteren bir işaret olduğunu anlatarak kognitif açıdan müdahalede bulunmuştur. Daha sonra her iki grup hiperventilasyona maruz bırakılmıştır. Aynı bedensel belirtileri yaşayan katılımcıların, bu deneyime verdikleri anlam, hiperventilasyonu olumlu veya olumsuz bir deneyim olarak değerlendirmelerinde etkili olmuştur. Hiperventilasyon hakkında olumsuz düşüncelere sahip olan grup, yaşadıkları deneyimi daha olumsuz değerlendirmiştir (20).

Panik bozukluğu hastalarının bedensel belirtilerle ilgili kognisyonlarının önemine işaret eden bir başka çalışma Clark ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (21). Çalışmada, panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi) ve normallerden oluşan üç gruba, dört muğlak olay sunulmuştur. Bu çalışma, genelde yanlış yorumlanan bedensel belirtiler, sosyal olaylar, otonomik yanıt sisteminin tepkisi olmayan ve panik hastalarınca yanlış yorumlanmayan bedensel belirtiler ve bunlar dışında kalan diğer muğlak olayların sunulmasından oluşmaktaydı. Sonuçlara göre panik grubundakilerin bedensel belirtileri yanlış yorumlaması diğer iki gruptakilere göre anlamlı derecede fazlaydı.

Panik bozukluğun iyileşmesi ile bedensel belirtiler hakkındaki kognisyonların değişiminin alakalı olduğu Clark ve arkadaşlarının (21) yaptığı çalışmada ortaya çıkmıştır. Çalışmada bedensel belirtilerin yanlış yorumlanmasını indüklemek için katılımcılara bedensel belirtileri felaketlerle eşleyen kelime çiftleri okuma görevi verilmiştir. Böylelikle belirtiler hakkındaki kognisyonlar yönlendirilmiştir. Panik bozukluk grubundaki hastaların %83ü panik atak yaşarken, normal grup ve iyileşmiş panik bozukluğu grubundakilerden hiçbiri atak yaşamamıştır. Panik bozukluk hastalarının bedensel belirtileri yanlış yorumladığı, iyileşmiş ve normal grubundakilerin ise belirtileri yanlış yorumlamadığı ve sonucunda atak yaşamadıkları görülmüştür (21).

Panik bozukluğun oluşumunda ve idame ettirilmesine kognisyonların önemi deneysel çalışmalarla gösterilmiştir (20, 21). Son dönemlerde metakognitif yaklaşımın ortaya çıkışıyla kognitif süreçler kavramı daha da genişlemiştir.

Metakognitif Yaklaşım

Son zamanlarda psikopatolojiyi anlama ve tedavi etmede metakognisyonların önemine işaret eden bir yaklaşım bilişsel davranışçı terapinin (BDT) uzantısı olarak öne çıkmıştır (6). Metakognitif teori adı verilen bu yaklaşımda, tıpkı klasik bilişsel davranışçı terapide olduğu gibi işlevsel olmayan düşüncelere odaklanılmaktadır (22). Klasik bilişsel davranışçı terapide, psikopatoloji, düşüncenin içeriğinde aranmaktayken, metakognitif yaklaşımda düşüncenin biçiminin psikopatolojiyi devam ettirdiği öne sürülmüştür (23). Bir başka deyişle, metakognitif yaklaşımda kişinin kendisi ve dünya ile ilgili düşünceleri değil, bu düşünce sürecini nasıl anlamlandırdığı önemlidir. Bu kapsamda kullanılan “Metakognisyon” kavramı, kişinin kendi kognitif işlevlerini gözetlemesi, kognisyonları hakkındaki kognisyonlarıdır (24). Bir başka deyişle metakognisyon düşüncenin değişimi, yorumu, kontrolünde dahil olan süreçlere işaret etmektedir (25). Okuma, yazma, hafıza, problem çözme, dil öğrenimi gibi pek çok alanın yanında bilişsel davranış değişimi gibi alanlarda da metakognisyonun ele alındığı görülmüştür (24).

Metakognisyonlar, kişinin dikkatini hastalığıyla alakalı bilgilere yönlendirmesine, bilişleri ve eylemleri için subjektif içsel kriterler uygulamasına, endişe ruminasyon, düşüncüyü bastırma gibi işlevsiz başa çıkma stratejileri kullanmasına neden olmaktadır (26). Metakognitif teoride ruhsal hastalığın varlığı ve varlığını sürdürmesi Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) adı verilen bir düşünce sistemi ile açıklanmaktadır (27). Bilişsel Dikkat Sendromu, endişe ve ruminasyon şeklinde perseveratif düşünceler, tehlikeyi gözleme ve dikkatin kendine odaklanması, ve işlevsel olmayan başa çıkma davranışlarından oluşmaktadır (25).

Endişe ve ruminasyon, bireyin potansiyel tehditleri analiz ettiği ve problemlere çözüm, ya da tehditlerden kaçınma yolu bulmaya çalıştığı sözel düşünme biçimleridir (25). Sadece olumsuz ihtimallere odaklanılan bu düşünce biçiminde birey kendini ve dış dünyayı yanlı bir açıdan değerlendirir ve işlevsel olmayan düşünceler üzerine odaklandığından anksiyetesi artar.

Tehlikeyi gözleme, bireyin dikkatini potansiyel tehlike olarak gördüğü kaynaklara yöneltmesine işaret etmektedir ve dikkati tehlikeye odaklamak tehlikenin varlığı hakkındaki inancı güçlendirip anksiyetenin artmasına sebep olur (25).

Baş çıkma davranışları, olumsuz düşünceler ile mücadelede aslında işe yaramayan ve sorunu sürdürmeye katkıda bulunan davranışlardır. Düşüncüyü bastırmaya çalışma, kaçma, kaçınma davranışları en sık kullanılan yöntemlerdir. Bunlar işe yaramadığı gibi bireyin bastıracağı düşünce ile meşguliyetinin artması suretiyle ters tepki yapar (27).

Kaçma ve kaçınma davranışlarının bir olumsuz etkisi, bireyin durumla yüzleşmesini engellediğinden korkulan durumun gerçek olup olmadığını, bu durumla başa çıkılıp çıkılamayacağını deneme imkanından bireyi mahrum bırakmasıdır.

Metakognisyon, ruh sağlığı alanında ilk kez Adrian Wells tarafından yaygın anksiyete bozukluğunun kavramsallaştırılması ve tedavisinde kullanılmıştır. Metakognitif yaklaşımın depresyon (7), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (29), hipokondriazis (6) ve travma sonrası stres bozukluğu (30), psikoz (31) gibi hastalıklarda önemli olduğu vurgulanmıştır.

Wells ve Matthews (32) metakognitif inanışlar tarafından sürdürülen endişe ve ruminasyonun yaygın anksiyete bozukluğunun genel bir özelliği olduğunu öne sürmüştür. Endişeyi başlatan ve devam ettiren faktörleri bulma çabası, hem olumlu hem olumsuz metakognitif inanışlarla sonuçlanmıştır (28). Olumlu metakognitif inanışlar BDS'yi oluşturan kognitif aktivitelerin avantajları ve yararları ile ilgilidir (28). Olumsuz metakognitif inanışlar ise, BDS yi oluşturan kognitif aktivitelerin kontrol edilemezliğine ve tehlikeli olduğuna ilişkindir (28). Yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerin, endişe etmekle ilgili, endişe etmenin tehlikeyle başa çıkmak için bir yol olduğu ve bu sayede önlem alınabileceğine yönelik olumlu metakognitif inanışları vardır. Bu inanışlara göre hareket eden kişi söz konusu tehlike ile ilgili olası tüm önlemleri aldığı ve artık başa çıkabileceğine inandığında endişe etmeyi, bir dahaki tetikleyici olaya kadar bırakır. Bu süreç aslında herkes için geçerli olmakla birlikte, yaygın anksiyete bozukluğu hastaları bunu katı bir şekilde tehlikeden kaçınmak için tek yol olarak kullanmaktadır (28). Endişe etmekle ilgili olumlu inanışlara ilaveten, kişinin bu endişelerle ilgili endişe duyması da ortaya çıktığında yaygın anksiyete bozukluğu tablosu daha netleşir. Olumsuz meta endişeler kişinin endişelerinin artık kontrol edilemez ve tehlikeli olduğunu söyler ve sonucunda anksiyete artar. Bunun üzerine, anksiyete belirtilerinin kendileri kontrolü kaybetme ve tehlike olarak yorumlanır ve bir kısır döngü ortaya çıkar (28).

Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk meta endişelerin varlığı açısından örtüşmektedir (33). Yaygın anksiyete bozukluğunda hastaların endişeleri sonucunda ortaya çıkacak felaketin hemen olması ihtimali panik ataklarla sonuçlanır (33).

Panik bozukluk açısından metakognitif yaklaşım yeni bir alandır. Morris ve Wells (31) panik bozukluğu hastalarında sağlıklılara kıyasla işlevsiz metakognisyonların olduğunu ileri sürmüştür. Panik bozukluğu hastalarının düşüncelerinin kontrol edilemezliği ve tehlikesine yönelik olumsuz düşünceleri vardır ve düşüncelerini kontrol etme ihtiyacı oldukça fazladır. Böylelikle hastalar düşüncelerine odaklanırlar, bu da

duygusal, bilişsel ve somatik anlamda yansımaları olan anksiyeteyi arttırırken, anksiyetenin artışı da seçici dikkati ve algılanan tehlikeyi arttırır (34).

Cucchi ve arkadaşlarının (34) yaptığı çalışmada, panik bozukluğu hastalarının endişe etmeyi olumsuz bir durum olarak değerlendirdikleri, düşünceleri üzerinde kontrolü kaybettiğini düşündükleri ve bunu tehlikeli olarak algıladıkları ortaya çıkmıştır. Bu durumda olası bir felaketten kaçınmak için hastaların düşünceleri baskılamaya veya kognitif süreçlerini kontrol etmeye çabaladıkları ortaya çıkmıştır (34). Bu metakognitif döngü hem OKB de hem panik bozuklukta hastalığı sürdüren bir kısır döngü haline gelmektedir. Kişi endişe ettiği için endişe etmeye başladığında anksiyete belirtileri daha da şiddetlenir, anksiyete belirtileri felaketin habercisi olarak algılanır ve panik atakla sonuçlanır (33).

Her ne kadar ilk olarak yaygın anksiyete bozukluğu için öne sürülse de, metakognitif yaklaşımın diğer hastalıkları anlamada ve tedavide katkısı önemlidir. OKB' nin metakognitif modeline göre, hastalar obsesif düşünceler ve sonuçları hakkında işlevsiz düşüncelere yani metakognisyonlara sahiptir (35). Hastalar ritüeller hakkında olumlu ve olumsuz metakognitif inanışlara sahiptir. Ancak ritüelleri uygulayarak rahatlanılabileceği yönündeki olumlu metakognitif inançlar ile, ritüellerin artık kontrol edilemez halde olduğu yönündeki olumsuz metakognitif inançlar OKB nin metakognitif kavramsallaştırılmasında önemlidir (8).

OKB metakognitif açıdan, inatçı, tekrarlayıcı ritüeller ve durma sinyalleri hakkındaki inançlar açısından da ele alınmaktadır. İnatçı, tekrarlayıcı ritüellerde düşünce eylem, düşünce olay, düşünce nesne kaynaşmasından bahsedilmektedir (8). Düşünce eylem kaynaşmasında, düşünce eylemle eş tutulur ve kişi düşünmekle o eylemi yapmış olduğunu var sayar (8). Düşünce olay kaynaşmasında ise bir düşüncenin istenmeyen bir olaya sebep olabileceği veya düşünmenin olayın gerçek olması için yeterli olacağı yönündeki inanıştı (8). Düşünce nesne kaynaşmasında ise düşünce hakkındaki inanç ve duyguların nesneye transfer edilmesidir (8).

Psikotik hastaların psikotik olmayanlara göre daha fazla metakognitif inanışlara sahip olduğu öne sürülmüştür (31). Psikotik deneyimlerle ilgili olumlu metakognitif inanışlar, halüsinasyon ve delüzyonların ortaya çıkışı ile ilgiliyken, olumsuz metakognitif inanışlar psikotik deneyimlerle alakalı strese sebep olmaktadır (31).

Yeme tutumlarında sorun olan bireylerin normallere kıyasla metakognitif inanışlar açısından anlamlı farklılık göstermektedir (37). Bu bireylerin endişe etmek hakkında daha fazla olumlu metakognitif inanışa sahip olduğu, düşüncelerinin kontrol edilemez ve

tehlikeli olduğuna ve kontrol edilmesi gerektiğine dair inanışlarının normallerden fazla olduğu bulunmuştur (37).

Sosyal fobi hastalarının normallere kıyasla daha fazla metakognitif inanışlarının olduğu öne sürülmüştür (33).

Travma sonrası stres bozuklunun metakognitif modeli, (fragmented memory) parçalı hafızanın sadece ve sadece işlevsiz düşünce ve başa çıkma stratejilerinin odağı olması durumunda sorun olduğunu söyler (38). Birey hafızadaki boşluklarla ilgili olumsuz metakognitif inanışlara (yanlış bir şeyler yapmış olmalıyım ki hatırlamıyorum), veya hafızanın tam olması ile ilgili olumlu metakognitif inanışlara (olayın tekrarlamasını önlemek için olayla ilgili her şeyi net hatırlamalıyım) sahiptir (38).

GEREÇ VE YÖNTEM

Örnekleme

Çalışmaya katılan hastalar, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran ve panik bozukluğu tedavisi alan hastalar arasından seçilmiştir. Çalışmaya dahil olma kriterleri; eğitim seviyesinin ilk okul ve üstü düzeyde olması, başka bir komorbid psikiyatrik rahatsızlığın olmamasıdır. Hastalarla testler, çalışmaya alındıklarında, ilacın etkilerinin gösterilmeye başladığı ilk bir ay ve ilaç uyumunun sağlandığı ikinci ay sonunda yapılmıştır. Bu koşullara uyan ve her üç uygulamaya devam eden toplam 12 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Hastalara rutin poliklinik koşullarında farmakoterapileri düzenlenmiştir. Muayeneye gelen hastalara testler, psikometri laboratuvarında psikolog gözetiminde verilmiştir.

Ölçekler

Sosyo Demografik Veri Formu

Katılımcıların, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik bilgileri ve hastalıklarıyla ilgili ne zamandır tedavi aldıkları, ilk hastalığın ortaya çıkışını ve özelliklerini belirlemeye yönelik sosyodemografik veri formu çalışma için araştırmacı tarafından düzenlenmiştir.

Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği

Orjinali Shear ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçeğin amacı, DSM-IV'e göre panik bozukluğun şiddetini ölçmektir. Ölçekteki yedi maddenin her biri panik atağı sıklığı, panik atağı sırasındaki sıkıntı, beklenti anksiyetesi, agorafobik korku/kaçınma, panikle ilişkili bedensel belirtilerden korku/kaçınma, iş ve sosyal yaşamdaki bozulmayı ölçmektedir (39). Puanlama likert tipi olup 0 ile 4 puan arasındadır ve toplam skor 0 ile 28 puan arasında değişmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ölçeğin Türkçe adaptasyonunu Monkul ve arkadaşları (40) yapmıştır. Shear ve arkadaşları (41) tarafından yapılan çalışmada kesme puanı 8 olarak bulunmuştur. Ölçeğin hem ilaç hem de bilişsel davranışçı terapi ile değişimleri ölçmede hassas olduğu görülmüştür.

Ölçeğin Türkiye'de yapılan çalışmasına 104 panik bozukluğu hastası ve 70 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Faktör analizinde, iki temel faktör çıkmıştır: birincisi bedensel belirtiler ve ikincisi ise bedensel belirtilere bağlı olarak gelişen belirti ve işaretler.

Güvenirlik çalışmasında, Cronbach α panik grubu için 0.71-0.74 arasında değişmiştir. Madde-toplam korelasyonunda, en yüksek korelasyon .88 ile beklenti

anksiyetesinde, en düşük korelasyon da .64 ile agorafobik korku maddesinde bulunmuştur. Hakemler arası güvenilirlik .79, test tekrar test güvenilirliği ise .63 olarak bulunmuştur.

Ölçek puanlarında %40'lık bir düşüş tedaviye yanıt işareti olarak değerlendirilebilirken ölçekten alınan toplam 5 puan ve altında ise remisyondan bahsedilmektedir (42).

Beck Depresyon Ölçeği

Beck tarafından geliştirilen ve bedensel, duygusal, bilişsel, motivasyonel belirtileri depresyon açısından irdeleyen, 21 maddelik bir ölçektir (43). Puanlama 4'lü likert tipi skalada yapılmaktadır. Ölçeğin, test tekrar test güvenilirliği .74 , iki yarım test güvenilirliği .86 olarak bulunmuştur (44). Ölçüt bağıntılı geçerlik, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile yapılmıştır ve korelasyonu .75 olarak bulunmuştur (44). Kriter geçerliği, yordayıcı geçerliği .65-.68 arasında bulunmuştur (44).

Türkiyede oldukça yaygın olarak kullanılan ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (44) tarafından yapılmıştır. İki yarım test güvenilirliği depresif hastalarda .61, normallerde ise .78 olarak saptanmıştır (44). Test tekrar test güvenilirliği ise .65 olarak bulunmuştur (44). Ölçüt bağıntılı geçerliğinde çok yönlü depresyon envanterinden alınan toplam puanlar arasında .77 oranında korelasyon bulunmuştur. Sürekli kaygı envanteriyle arasında .46, durumluk kaygı envanteriyle arasında ise .48 oranında korelasyon bulunmuştur (44).

Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, Aaron Beck tarafından geliştirilmiş ve anksiyete belirtilerini ölçmeyi hedefleyen 21 maddelik bir testtir. Dörtlü likert tipi puanlaması olan ölçeğin ranjı 0 ile 63 puan arasında değişmektedir. Beck ve arkadaşları tarafından (45) geliştirilen ölçek, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Türkiyede Ulusoy ve arkadaşları (46) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ölçek, araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Türkçe formunun iç tutarlılığı Cronbach Alfa kat sayısı .93, test tekrar test güvenilirliği .57 olarak bulunmuştur. Madde toplam korelasyon katsayısı .45-.72 arasındadır.

Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği (Anxious Thoughts Inventory- ANTI)

Kaygı Verici Düşünceleri Ölçeği 22 maddeden oluşmakta ve özellikle sosyal, sağlık gibi kognitif alandaki endişelerin yanında ve meta endişeleri de ölçmektedir (26, 27). Meta endişeler düşüncelerin kontrol edilmezliğine odaklanırken, kişinin patolojik kaygıya meylini ölçmekte ve bir kişilik özelliği olarak öne çıkmaktadır (26).

Test tekrar test güvenilirliği 6 haftalık bir süreçte sosyal endişe için .76, sağlık endişesi için .84 ve meta-endişe için .77 olarak bulunmuştur (27).

Panik bozukluk hastalarının sağlık endişesi alt testinde diğer hastalardan anlamlı şekilde daha fazla puan aldıkları görülmüştür (27).

Ölçek yazardan izin alınarak, İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra her iki dili de bilen üç farklı kişiye verilmiş ve geri-çeviri yapıları istenmiştir. Gelen geribildirimlere göre ölçeğin son hali şekillenmiştir.

Kaçma ve Kaçınma Davranışları Ölçeği (The Mobility Inventory)

Chambless ve arkadaşları (47) tarafından geliştirilen bu ölçek panik bozukluğu olan bireylerdeki agorafobik kaçınma davranışlarını ölçmekte kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir ve bireyin yaşamının ne ölçüde kısıtlandığını değerlendirmektedir (48). En sık kaçınılan durumların listesi bulunan ölçek 5'li likert tipi puanlamaya sahiptir ve bireyin hem yalnızken hem de yanında biri varken ne ölçüde kaçındığını puanlamasını istemektedir. Puanlar yükseldikçe daha çok kaçma-kaçınmadan söz etmek mümkündür. 1 yıl ara ile yeniden verilen testin korelasyonu .53 ile .85 arasında, 3 yıl ara ile verildiğinde .68 ile .78 arasında, 5 yıl ara ile verildiğinde .70 ile .84 arasında değişmektedir (48).

Beden Duyumları Ölçeği (Body Sensations Scale)

Beden Duyumları Ölçeği, Chambless ve arkadaşları tarafından 1984 yılında (47), bedensel uyarılma ve/ya panik belirtilerine ilişkin korkuyu ölçmek üzere geliştirilmiştir (14, 50) Onyedili maddeden oluşan ölçek 5'li likert tipi puanlanır ve puanlar 17 ile 85 arasında değişmektedir. Puanlar yükseldikçe bireyin bedensel duyumlarıyla ilgili yaşadığı korkunun arttığı kabul edilir (47).

Tüm maddelerin madde toplam korelasyonu .35 ve üzeri bulunmuştur. İç tutarlılığı cronbach alfa .87 olarak bulunan ölçeğin, test tekrar test güvenilirliği .67 ile orta düzeydedir (50). Ölçeğin yapı geçerliği yüksektir ve panik bozukluğu olan hastaları diğer anksiyete bozukluğu hastalarından ayırt edebilmektedir (47).

Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ)

Üstbilişler ölçeği tarafından endişe ve zorlayıcı düşünceleri değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş, 65 maddelik bir ölçektir (51). Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton (26) tarafından ölçeğin 30 maddelik kısa formu geliştirilmiştir. Her iki ölçek de beş alt faktörden oluşmaktadır. Alt ölçekleri oluşturan faktörler şunlardır: Kaygı ile ilgili olumlu inançlar (kaygılanmanın problemleri çözmeye yardımcı olduğu, ve kötü durumlarından kaçınmaya yardımcı olduğu yönündeki inançlar), bilişsel güven (kişinin dikkat ve hafızasına olan güveni), kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar

(kişinin yaşamına normal bir şekilde devam edebilmesi için endişelenmeyi, ve endişenin fiziksel ve zihinsel tehlikelerine ilişkin inançlarını kontrol etmesi gerektiği), bilişsel farkındalık (kişinin dikkatini düşünce süreçlerine odaklaması eğilimi), kontrol ihtiyacı (düşünceleri kontrol etmemenin sonucuyla ilgili olumsuz inanışlar, belirli bir düşünceye sahip olmak ya da sahip olmamak ile ilgili batıl inanışlar).

Bu beş faktörün güvenilirliği Cronbach α .72 ile .89 arasında bulunmuştur (26).

Ölçeğin madde –toplam korelasyonu .31 -.68 arasında bulunmuştur. Alt ölçekler için ise madde-toplam korelasyonu şöyledir: olumlu inançlar (.77-.83), kontrol edilemezlik ve tehlike (.70-.82), bilişsel güven (.72-.87), düşünceleri kontrol ihtiyacı (.30-.65), bilişsel farkındalık (.56-.83) (26).

Birleşme-aynılık geçerliği için Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) ile yapılan çalışmada korelasyon .54, alt ölçekler için .25 ile .73 arasında bulunmuştur (26).

Tosun ve Irak (51) tarafından Türkçeye çevrilen ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması 850 katılımcı ile yapılmıştır. Test tekrar test korelasyonu maddeler için .40 ile .94 arasında, alt ölçekler için .70 ile .85 arasında değişmektedir. İç tutarlığı cronbach alfa .86, eşdeğer yarılar güvenilirliği .72 ve .79 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliği ve birleşme-aynılık geçerliği oldukça iyi düzeydedir.

Davranışlar Ölçeği (The Behaviours Questionnaire)

Panik bozukluk hastalarınca yapılan güvenlik arama davranışlarını değerlendiren ölçek 0 (asla) ve 3 (daima) puanlık likert tipi ölçekle değerlendirilir. Daha çok klinik değerlendirmelerde yararlanılan ölçeğin, toplam puanı alınarak çalışmada kullanılmıştır (52)

BULGULAR

Ön Çalışma Sonuçları

Ölçekler hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi bilen iki kişi tarafından Türkçeye çevrilmiş, daha sonra geri çeviri için üç farklı kişiye gönderilmiştir. Gelen geribildirimler ışığında ölçeklerin son hali hazırlanmıştır. Ölçeklerdeki ifadelerin dilimize uyarlanması açısından bazı maddeler değiştirilmiş, ve ölçeğin değerlendirdiği kavram gözden kaçırılmadan gelen geribildirimler ışığında bazı değişiklikler yapılmıştır. İngilizce formdaki “department store” Türkçe karşılığı için ölçekte benzer maddeler (alışveriş merkezi, süpermarket) olduğundan Türkçe forma alınmamıştır. Hem İngilizce hem Türkçe bilen toplam 45 gönüllünün katılımıyla ölçeklerin Türkçe –İngilizce çevirilerinin dilsel eşdeğerliği tespit edilmiştir.

Kaygı Verici Düşünceler Ölçeğinin (Anxious Thoughts Inventory-AnTI) ölçeğinin Türkçe ve İngilizce formları toplam puanları arasındaki korelasyonu oldukça yüksek bulunmuştur ($r=.918$, $p\leq.001$). Alt ölçekler bazında bakıldığında da oldukça yüksek korelasyonlar bulunmuştur. Alt ölçeklerle ilgili bilgiler Tablo 1.de sunulmuştur.

Tablo-1.Endişe verici düşünceler ölçeğinin İngilizce ve Türkçe formları arasındaki korelasyon.

	Anti H	Anti S	Anti M	AnTI TOT
KaygıH	$r=.946$			
KaygıS		$r=.918$		
KaygıM			$r=.958$	
Kaygı TOT				$r=.958$

$p\leq.001$, *KaygıH:Sağlıkla ilgili kaygılar , KaygıS: Sosyal kaygılar, Kaygı M: Meta kaygılar, AntiH: Anxious Thoughts Inventory Sağlık , AntiS: Anxious Thoughts Inventory Sosyal, AntiM: Anxious Thoughts Inventory Metakognisyon.

Beden Duyumları Ölçeği ile Body Sensations Questionnaire arasında yüksek bir korelasyon bulunmuştur ($r=.969$, $p\leq.001$). Davranışlar Ölçeği ile Behaviours Questionnaire arasında da ($r=.862$, $p\leq.001$) düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Kaçma ve kaçınma davranışları ölçeği “yanımda biri varken” ve “yalnızken” şeklinde iki farklı değerlendirme sunmaktadır. Her ikisinde de İngilizce ve Türkçe

çeviriler arasında yüksek düzeyde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (yanımda biri varken alt ölçeği $r=.989$, $p\leq.001$, yalnızken alt ölçeği $r=.986$, $p\leq.001$).

Güvenirlilik analizlerine göre çevirilerin oldukça yüksek güvenirlilik değerine sahip olduğu görülmüştür. Kaygı Veren Düşünceler için Cronbach alpha .93 olarak bulunmuştur. Davranışlar Ölçeği için Cronbach alpha .82, beden duyuları ölçeği için ise .95 olarak bulunmuştur. Kaçma ve Kaçınma Davranışları Yalnızken Alt Ölçeği için Cronbach alpha.95 olarak bulunurken, Yanımda Biri Varken alt ölçeği için .91 olarak bulunmuştur.

Yapı geçerliği açısından kaygı verici düşünceler ölçeği, davranışlar ölçeği, kaçma ve kaçınma davranışları ölçeklerinin, sağlıklı ve hasta grup arasında anlamlı düzeyde farklı olduğu ve ayırım yapabildiği görülmüştür.

Çalışma Bulguları

Çalışmaya 5'i (%41.7) kadın 7'si (%58.3) erkek toplam 12 kişi katılmıştır. Katılımcıların 4'ü (%33.3) bekar, 8'i (%66.7) evlidir. Eğitim durumu açısından bakıldığında ise demografik verilen tablo2'de sunulmuştur.

Tablo- 2.Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim	n	%
İlkokul	2	16.7
Ortaokul	2	16.7
Lise	3	25
Üniversite	5	41.7

Katılımcıların %41.7 si(n=5) çalışmıyor-ev hanımı iken, %25'i(n=3) işçi, %16.7'si (n=2) emekli ve %8.3'ü (n=1) memurdur. Katılımcıların çoğunun %75 (n=9) herhangi bilinen başka bir hastalığı yokken, %25 inin (n=3) başka rahatsızlıkları vardır (meme CA , hipertansiyon, diyabet).

Katılımcıların yarısı ilk kez panik bozukluğu teşhisiyle tedavi almaya başlarken, diğer yarısı daha önceden tedavi almıştır. Hastaların ilk ataklarının üzerinden geçen yıla ilişkin tablo aşağıda sunulmuştur.

Tablo- 3. Hastaların İlk Atağının Üzerinden Geçen Yıl

İlk atak üzerinden geçen yıl	n	%
0-1	6	50
2	1	8.3
6	1	8.3
7	1	8.3
9	1	8.3
20	1	8.3

Aileden aynı hastalığı olan biri veya teşhisi konmamış olsa da benzer sıkıntılar yaşayan birinin varlığı 3 katılımcıda mevcuttur (%25). Uygulanan ölçeklerin üç uygulama süresince ortalamaları ve standart sapmaları aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo- 4. Panik bozukluğun şiddeti ölçeği, üstbilişler ölçeği, kaygı verici düşünceler ölçeği, beden duyuları ölçeğinin her üç uygulamadaki ortalamaları.

ÖLÇEK	1.UYGULAMA	2.UYGULAMA	3.UYGULAMA
PBŞÖ	15.5(sd4.8)	9.6(sd5.4)	6(sd6.0)
ÜBÖ	80.3(sd17.4)	69.2(sd18.3)	63(sd16.1)
KVDÖ-ANTİ	54.8(sd13.9)	44.7(sd 14.8)	41.6 (sd13.7)
BDuy	54.3(sd14)	46.1(sd12.9)	38.2(sd13.5)
DAVRANIŞLAR	26.2(sd5.1)	22.2(sd7.5)	18.9(sd7.1)
KK	111.2(sd42.4)	92.4(sd33.1)	88.6(sd46.7)

PBŞÖ (Panik Bozukluğun Şiddeti Ölçeği), ÜBÖ (Üstbilişler Ölçeği), KVDÖ (Kaygı Verici Düşünceler Ölçeği), BDuy (Beden Duyuları Ölçeği), DAVRANIŞLAR (Davranışlar Ölçeği), KK (Kaçma ve Kaçınma Davranışları Ölçeği). sd: standart sapma

Tablo- 5. Üstbilişler alt ölçeklerinin (ÜBÖ) üç uygulama boyunca ortalama değerleri

ALT ÖLÇEK	1.UYGULAMA	2.UYGULAMA	3.UYGULAMA
OI	12.9(sd4.1)	12.2(sd3.6)	11.2(sd 3.5)
KET	16.9(sd4.6)	15.2(sd 5.8)	11.5 (sd 3.5)
BG	13.5 (sd4.7)	13.1(sd4.3)	19.9(sd5.2)
DKİ	19.9 (sd3.7)	14.9(sd4.9)	13.4(sd3.5)
BF	17.1(sd3.7)	13.8(sd4.3)	13.5(sd4.6)

OI(Olumlu İnançlar), KET(Kontrol Edilemezlik ve Tehlike), BG(Bilişsel Güven), DKİ(Düşünceleri Kontrol İhtiyacı), BF(Bilişsel Farkındalık). sd: standart sapma

Tablo -6. Kaygı verici düşünceler ölçeği altölçeklerinin (KVDÖ) üç uygulama boyunca değişimi.

ALT ÖLÇEK	1.UYGULAMA	2.UYGULAMA	3.UYGULAMA
SAĞLIK	16.3(sd4.2)	13.8(sd4.4)	12.4(sd4.2)
SOSYAL	20.3(sd7.3)	16.4(sd7.4)	15.3(sd6.1)
META	19(sd4.8)	14.7(sd3.9)	14(sd3.9)

Sağlık:Sağlıkla İlgili Kaygılar, Sosyal: Sosyal kaygılar,Meta: Meta Kaygılar.
sd: standart sapma

Tablo -7. Depresyon ve anksiyete skorlarının üç uygulama boyunca değişimi.

ÖLÇEK	1.UYGULAMA	2.UYGULAMA	3.UYGULAMA
BECK DEPRESYON	17.3(sd10.7)	10.3(sd5.9)	9(sd7)
BECK ANKSİYETE	40(sd15.7)	27.2(sd14.9)	16.1(sd13.6)

sd: standart sapma

Uygulanan friedman testine göre kaygı veren düşünceler ölçeğinin ilk, ikinci ve üçüncü uygulamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($df=2$, $\chi^2=14$, $p\leq.001$). Alt testlerde her bir uygulama arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Sağlıkla ilgili endişeler alt testi için ($df=2$, $\chi^2=9.64$, $p\leq.008$), sosyal ilişkilerle alakalı endişeler alt testi ($df=2$, $\chi^2=12.047$, $p\leq.002$), meta endişeler alt ölçeği için her üç uygulama arasında anlamlı bir fark vardır ($df=2$, $\chi^2=14.476$, $p\leq.001$).

Davranışlar alt ölçeğinde ($df=2$, $\chi^2=7.787$, $p\leq.020$) ve beden duyuları ölçeğinde ($df=2$, $\chi^2=8.167$, $p\leq.017$) her üç uygulama arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Üstbilişler ölçeğinde her üç uygulama arasında anlamlı bir fark vardır ($df=2$, $\chi^2=14.609$, $p\leq.001$). Üstbilişler ölçeğinin alt ölçeklerinde üç uygulama arasında anlamlı fark olanlar KET($df=2$, $\chi^2=9.950$, $p\leq.007$), DKI ($df=2$, $\chi^2=17.227$, $p\leq.000$) ve BF($df=2$, $\chi^2=13.511$, $p\leq.001$). OI ($df=2$, $\chi^2=2.600$, $p\leq.273$) ve BG ($df=2$, $\chi^2=.429$, $p\leq.807$) alt ölçeklerinde her üç uygulamada anlamlı bir fark yoktur.

Wilcoxon işaret sıralama testi ile kıyaslama yapıldığında kaygı verici düşünceler ikinci ve birinci uygulama arasında ($z=-2.51$, $p\leq.012$), üçüncü ve birinci uygulama arasında ($z=-3.06$, $p\leq.002$) anlamlı bir fark bulunmuştur.

Alt testler açısından incelendiğinde sağlıkla ilgili kaygılar alt ölçeği ikinci ve birinci uygulama ($z=-2.20$, $p\leq.027$), üçüncü ve birinci uygulama arasında ($z=-2.25$, $p\leq.012$), sosyal kaygılar alt ölçeği ikinci ve birinci uygulama arasında ($z=-2.36$, $p\leq.018$), üçüncü ve birinci uygulama arasında ($z=-2.81$, $p\leq.005$), metakognitif kaygılar alt ölçeği ikinci ve birinci uygulama arasında ($z=-2.25$, $p\leq.012$), üçüncü ve birinci uygulama arasında ($z=-2.94$, $p\leq.003$) anlamlı farklar bulunmuştur.

Davranışlar ölçeği ikinci ve birinci uygulama ($z=-2.40$, $p\leq.016$), üçüncü ve birinci uygulama arasında ($z=-2.47$, $p\leq.013$) anlamlı fark vardır. Beden duyuları açısından ikinci ve birinci uygulama arasında ($z=-2.11$, $p\leq.034$), üçüncü ve birinci uygulama arasında ($z=-2.36$, $p\leq.018$) anlamlı bir fark vardır.

Kaçma kaçınma davranışları ölçeğinde yalnızken durumunda kaçınma davranışları kıyaslandığında, ikinci ve birinci uygulama arasında ($z=-2.55$, $p\leq.011$), üçüncü uygulama ve birinci uygulama arasında ($z=-2.43$, $p\leq.015$) anlamlı bir fark saptanmıştır. Kaçma kaçınma davranışları-yanında biri varken durumunda ikinci ve ilk uygulama arasında ($z=-1.85$, $p\leq.065$), üçüncü ve ilk uygulama arasında ($z=-1.96$, $p\leq.050$) anlamlı fark bulunmuştur.

Beck depresyon ölçeği ikinci ve ilk ($z=-2.59$, $p\leq.010$) üçüncü ve ilk ($z=-2.67$, $p\leq.008$) uygulamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Beck Anksiyete ölçeği ikinci ve birinci uygulama ($z=-2.71$, $p\leq.007$), üçüncü ve birinci uygulama ($z=-3.59$, $p\leq.002$) arasında anlamlı fark vardır.

Panik bozukluğun şiddeti ölçeğinde ikinci ve ilk ($z=-2.77$, $p\leq.006$) üçüncü ve ilk uygulama ($z=-2.95$, $p\leq.003$) arasında anlamlı bir fark vardır.

Üstbilişler ölçeği ikinci ve ilk ($z=-2.67$, $p\leq.006$) uygulama, üçüncü ve ilk uygulama ($z=-2.59$, $p\leq.010$) arasında anlamlı bir fark vardır.

Üstbilişler ölçeğinin alt ölçeklerinden KET, ikinci ve birinci uygulama arasında fark yokken ($z=-1.43$, $p\leq.153$) üçüncü ve birinci uygulama arasında anlamlı fark bulunmuştur ($z=-2.73$, $p\leq.006$). DKI alt ölçeğinde ikinci ve birinci ($z=-2.94$, $p\leq.003$) üçüncü ve birinci arasında ($z=-2.94$, $p\leq.003$) anlamlı fark bulunmuştur. BF ikinci ve birinci ($z=-2.95$, $p\leq.003$) uygulama arasında üçüncü ve birinci ($z=-2.19$, $p\leq.029$) uygulama arasında anlamlı fark bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde (OI, BG) ise anlamlı farklar bulunmamıştır.

Tablo -8. Üstbilişler alt ölçeklerinin üç uygulama boyunca ortalama değerleri

ALT ÖLÇEK	1.UYGULAMA	2.UYGULAMA	3.UYGULAMA
OI	12.9(sd4.1)	12.2(sd3.6)	11.2(sd 3.5)
KET	16.9(sd4.6)	15.2(sd 5.8)	11.5 (sd 3.5)
BG	13.5 (sd4.7)	13.1(sd4.3)	19.9(sd5.2)
DKI	19.9 (sd3.7)	14.9(sd4.9)	13.4(sd3.5)
BF	17.1(sd3.7)	13.8(sd4.3)	13.5(sd4.6)

OI(Olumlu İnançlar), KET(Kontrol Edilemezlik ve Tehlike), BG(Bilişsel Güven), DKI(Düşünceleri Kontrol İhtiyacı), BF(Bilişsel Farkındalık). sd: standart sapma

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre panik bozukluğu teşhisiyle farmakoterapisi düzenlenen hastaların tedavi başında, 1 ay sonra ve iki ay sonra yapılan değerlendirmelerinde, panik bozukluğun şiddetinde, kognisyonlarında, bazı metakognisyonlarında, kaçma, kaçınma davranışlarında, beden duyularında ve aldıkları önlemlerde anlamlı düzeyde değişim gözlenmiştir.

Panik bozukluk bilişsel davranışçı bakış açısından, işlevsel olmayan kognisyonlar ile açıklanmakta ve iyileşme kognitif değişim ile ilişkilendirilmektedir (53, 54). Anksiyete bozukluğu ve depresyon tedavisinde kognitif değişimi sağlamak için kognitif müdahalelerin zorunlu olmadığı, davranışsal müdahaleler, alıştırma ve tepki önleme, kaçma ve kaçınma davranışlarının azaltılması gibi yöntemlerin kognisyonları değiştirdiği öne sürülmüştür (53). Bunun yanında ilaç tedavisinin semptomları azaltıp psikoterapiyle benzer düzeyde kognitif değişime yol açtığı (53) hatta ilacın kognitif değişimi oluşturmada psikoterapi kadar etkili olduğunu öne süren çalışmalar olmuştur (53, 55). Panik bozuklukta placeboya yanıt oldukça yüksek olması hastalığa ilişkin semptomları kontrol etmede kognisyonların önemine işaret etmektedir (2). İlaç kullanımıyla birlikte, kişi kontrol edilemez olarak gördüğü anksiyete semptomları üzerinde bir kontrol hissi kazanır. Böylelikle ilaç paniği kontrol etme, hastalıkla başa çıkma ile eşleşir ve ilacın varlığına atfedilen anlam sayesinde panik atak yaşama riskini azalır (2).

Yapılan bir çalışmada, panik bozukluğu hastalarının on iki haftalık farmakoterapi almasının sonucunda anksiyete duyarlılığının azaldığı ve azalan duyarlılıkla birlikte panik belirtilerinin iyileştiği saptanmıştır (56). Simon ve arkadaşlarının (56) çalışmasına göre seratonerjik sistemin değişmesi ile panik bozukluğun hem somatik hem de kognitif açılarından değişime uğradığı görülmüştür.

Çalışmamıza katılan hastaların panik bozukluk şiddeti tedavi başında, bir ay sonra ve 2. ayda değerlendirildiğinde, anlamlı düşüşler görülmüştür. Panik bozukluğun şiddeti ölçeğinde 5 puan ve altı iyileşme kriteri olarak alınmaktadır (42). Buna göre son değerlendirmede ortalama PBSÖ puanları 6'dır ve hastalarımızın remisyona çok yakın oldukları şeklinde değerlendirilebilir.

Beden duyularından korku duymak, kaçma ve kaçınma davranışlarına sebep olur (57). Kaçma ve kaçınma davranışları alıştırmayı önleyerek, korkulan durumlarda anksiyetenin azalmasını engeller, anksiyete daha fazla kaçma ve kaçınma davranışına sebep olur ve işlevsiz kognisyonların sürdürülmesine katkıda bulunur (57). Çalışmamızda panik bozukluk şiddeti düşüş gösteren, beden duyuları ve buna yönelik korkusu azalan

hastaların, önlem almaya yönelik geliştirdiği davranışlarının azaldığı, kaçma ve kaçınma davranışlarının da anlamlı düzeyde düştüğü gözlenmiştir.

Panik bozukluk hastalarının bedensel belirtilere alıştırma yapmasının, herhangi bir kognitif müdahale olmaksızın panikle alakalı kognisyonlarda değişime yol açtığı görülmüştür (58). Yine başka bir çalışmada, alıştırma tedavisi ile kognitif terapi esnasında aynı mekanizmaların işlediği ve alıştırma tedavisinin hastalıkla ilgili yanlış-işlevsiz kognisyonları düzelttiği öne sürülmüştür (59). Çalışmamızda hastaların kaçma kaçınma davranışlarının her üç değerlendirmede azalıp kaçınılan durumlarla yüzleştiği görülmüştür. İlaç tedavisinin anksiyete ile ilgili bedensel belirtileri azalttığı ve hastanın alıştırma yapmasına imkan sağladığı bir gerçektir (59).

İlaç tedavisiyle elde edilen bu kazanımlar bedensel duyumların azalmasına bağlı olarak zincirleme değişen mekanizmalara işaret etmektedir. Çalışmamızda uygulanan kaygı verici düşünceler ölçeğinde her üç uygulamada sağlık, sosyal ve meta endişeler alanında anlamlı düzeyde değişim gözlenmiştir. Alt testlere bakıldığında hastaların en çok sosyal alanda endişelerinin olduğu, bunu meta endişelerin takip ettiği görülmüştür. Panik bozukluk hastalarının ortalama ölçek puanları en çok sosyal endişeler ve meta endişeler alanında yoğunlaşmaktadır (33).

Daha önce Wells ve Carter (33) çalışmasında görüldüğü üzere, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, depresyon hastalarına ve kontrol grubuna uygulanan kaygı verici düşünceler ölçeğinde panik bozukluk hastaları diğerleri arasında en fazla sağlıkla ilgili endişe taşıyan grup olarak öne çıkmıştır. Panik bozukluğu olan hastaların meta endişeleri yaygın anksiyete bozukluğu olanlar kadar fazla değilken, meta endişeler kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılık göstermiş ve diğer hastalıklara kıyasla panik bozukluğun yüksek düzeyde sağlık endişesi ve orta düzeyde olumsuz metakognisyonlarla karakterize olduğu söylenmiştir (33). Nitekim çalışmamızda ilk uygulamada görüldüğü üzere üç alt test arasında en yüksek puan meta endişeler alt ölçeğine aittir. Bu da panik bozuklukta meta endişeler ile ilgili faktörlerin önemine işaret etmektedir.

Panik bozukluk ile ilgili metakognitif düzeyde değişimle alakalı yapılan çalışmalar oldukça azdır. Bilindiği gibi panik bozuklukta felaketleştirici yorumlamalar anksiyeteye sebep olmaktadır. Metakognitif bakış açısına göre, yaşanan anksiyeteye etki eden başka faktörler de vardır; düşüncenin inanılabilirliği, sıklığı, düşünce üzerindeki algılanan kontrol gibi. Metakognitif bakış açısında, panik bozukluğu hastalarının tehdit algısının yanında, bu düşünceleri kontrol edebilmeleri de önemlidir. Panik hastalarının felaketle ilgili

düşünceleri kontrol etmede normallere ve sosyal fobiklere göre daha çok zorlandığı öne sürülmüştür (60).

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre panik bozukluğu hastalarının tedavilerinin düzenlenmesini takiben yapılan üç farklı noktadaki değerlendirmede, metakognitif değişim gözlenmiştir. Çalışmamızda panik bozukluğun şiddetindeki azalmanın metakognitif değişime eşlik ettiği bulgusundan yola çıkarak, aynı bağlantının kurulması ve semptomlardaki azalma ile metakognitif değişimi ilişkilendirmek mümkün görünmektedir. Benzer bulgular Yılmaz ve arkadaşlarının (61) çalışmasında da elde edilmiş, anksiyete ve depresyon ile metakognisyon arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde, toplam 83 OKB hastası ile yapılan bir çalışmada, alıştırma tedavisi uygulanmış ve semptomlardaki azalmayı en iyi açıklayan faktörün metakognitif değişim olduğu bulunmuştur (62). Semptomlardaki iyileşmenin metakognitif iyileşmeye-değişime de yol açmış olabileceği öne sürülmüştür (62). Buna göre kognitif değişim için davranışsal ve alıştırma- tepki önlemenin önemi öne sürülürken, metakognitif yaklaşım için de aynı yöntemin geçerli olabileceğini göz önüne alabiliriz. İlacın semptomlardaki azalmayı desteklediği, beden duyularının azaldığı, kaçma ve kaçınma davranışlarının azaldığı, ve önlem alıcı davranışların azaldığı çalışmamızda görülmüştür. Bunların azalması ile birlikte, sağlık, sosyal ve meta endişelerin azaldığı da çalışma sonuçları arasındadır. Semptomların azalması ile birlikte, kendi kendine alıştırma yapan bireylerin alıştırmalarıyla birlikte kognisyonlarının ve hatta bazı metakognisyonlarının değiştiğini söylemek mümkündür.

Panik bozuklukta metakognitif alt ölçekler açısından bakıldığında, düşüncelerin kontrol edilemezliğine ve tehlikesine ilişkin ve düşüncelerin kontrol ihtiyacına ilişkin işlevsiz metakognisyonlar sağlıklı gruba oranla daha fazladır (34). Çalışmamızda bu iki alt ölçeğin puanlarının diğerlerinden yüksek olduğu ve bilişsel farkındalık alt ölçeğinin de bu iki ölçeğe eşlik ettiği görülmüştür. Çalışma grubundaki panik bozukluk hastalarının yaşamlarına normal şekilde devam edebilmek için endişe etmeyi kontrol etmesi gerektiğine, kontrol etmezse olumsuz sonuçlarının olacağına ilişkin inançlarının ve dikkatini düşünce süreçlerine odaklama eğiliminin anlamlı düzeyde azaldığı ortaya çıkmıştır. Kaygı ile ilgili olumlu inançlarda ve bilişsel güvende ise anlamlı düzeyde bir değişim gözlenememiştir. Hastaların kaygılanmanın işlevsel olduğuna dair inançlarının sürdüğü ve dikkat hafıza gibi kognitif süreçlerine olan güveninin hala baştaki ile anlamlı düzeyde farklılaşmadığı söylenebilir.

Beden duyumları ölçeğinde her üç uygulama arasındaki anlamlı düşüş, rahatsız edici bedensel belirtilerin azaldığını göstermektedir. Panik atağın tetikleyicisi olan bedensel belirtileri ortadan kalktığına bunlara ilişkin dikkat süreçleri, farkındalık ve kontrol ihtiyacının da azalması beklentiler doğrultusundadır. Endişe etmeyi sürdüren faktörün olumlu metakognitif inançlar olduğu, ve endişe etmenin de işlevsiz kognisyonları beslediği bir gerçektir (63). Çalışmamızda bedensel belirtileri baskılanmasına rağmen hastaların endişelenmeye ilişkin olumlu inançlarının ve bilişsel güvenlerinin anlamlı düzeyde değişmemesi, işlevsiz düşünceleri besleyen sistemin hala değişmediği ve relaps riski açısından değerlendirilebileceğini düşündürmektedir.

Çalışma boyunca hastaların depresyon ve anksiyetelerindeki değişim anlamlı düzeydedir. Çalışma başındaki ortalama anksiyete skoru ciddi düzey anksiyeteyi işaret ederken, çalışma sonunda düşük düzey anksiyeteyi göstermektedir. Aynı şekilde çalışma başında ortalama olarak hafif düzey depresyonu işaret eden ortalama ölçek değeri, çalışma sonucunda depresyonun olmadığını işaret etmektedir. Çalışma boyunca ele alınan değişkenler, hastaların anlamlı düzeyde değişen iyilik haliyle ilişkilidir. Çalışmamız, kognitif açıdan değişimin iyileşme için elzem olduğu fikrinden yola çıkılarak, kognitif alanda daha da ilerleyip metakognitif parametreleri de incelemeye odaklanmıştır. Alandaki çalışmalar, ilaç tedavisi ile bedensel belirtilerinin baskılanmasının hastalıkta kognitif değişime yol açtığını desteklemiştir (56, 62). Çalışmamız, metakognitif değişimin olup olmadığını sorgulamış ve herhangi bir müdahalede bulunmaksızın hastaların bazı metakognitif alanlarda değişim gösterdikleri ancak endişe etmeyle ilgili olumlu inançlar ve bilişsel güven gibi metakognitif alanlarda herhangi anlamlı bir değişim sağlanmadığı görülmüştür.

Örneklemin küçük olması çalışmanın zayıflıklarındandır. Gelecek çalışmalar daha büyük bir örneklem, ve kontrol grubundan yararlanarak metakognitif değişimin ilaç tedavisi ve terapi gesnasındaki gelişimini takip etmek mümkün olacaktır. Westra ve Steward (4) ilaç kullanımının, iyileşmeyi dışsal faktörlere atfetme riski oluşturduğu ve öz yetkinliği azalttığını ve kognitif değişimin uzun vadede sağlanmadığı ve/ya korunmadığını öne sürmüştür. Çalışmamız ilaç kullanılan kesitte, herhangi bir kognitif müdahale olmaksızın üstbilişler ölçeğinin bazı alt ölçeklerinde metakognitif düzeyde değişim sağlanırken bazı metakognitif alanlarda ise anlamlı değişim sağlanamamıştır. Ancak hastalarda görülen metakognitif değişimlerin büyük oranda bedensel belirtilerin baskılanmasıyla ilişkili olduğu, ilaç tedavisi sonlandığında bu değişimin korunup korunamayacağı ileriye yönelik hasta takibiyle mümkün olacaktır. Gelecek araştırmalar

tedavi sonrasında, kazanılan değişimlerin korunup korunmadığına yönelerek relaps açısından ilaç tedavisiyle kazanılan değişimlerin ve kognitif müdahalelerle oluşturulan değişimlerin kıyaslanmasına yönelebilir.

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

İSİM:

SOYİSİM:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Medeni Durum: Evli () Bekar()

Eğitim Durumu:

Okur-Yazar () İlk Okul () Orta Okul() Lise () Üniversite()

Yüksek Lisan() Doktora()

Meslek:

Çalışmıyor() Emekli() Öğrenci () İşçi () Memur () Öğretmen ()

Doktor () Akademisyen () Diğer () Belirtiniz _____

Herhangi başka bedensel rahatsızlık:

Yok () Var ()

**BU KISIM SADECE PANİK BOZUKLUK HASTALARINCA
DOLDURULACAKTIR**

Daha önce panik bozukluk tedavisi için psikoterapiye gittiniz mi?

İlk atağınız ne kadar süre önceydi?

Ailede aynı hastalığı olan birileri var mı?

EK2

BODY SENSATIONS QUESTIONNAIRE

Below is a list of specific body sensations that may occur when you are nervous or in a feared situation. Please mark down how afraid you are of these feelings. Use the five point scale below to rate them from "1" not worried to "5" extremely frightened.

1. Not frightened or worried by this sensation.

2. Somewhat frightened or worried by this sensation.

3. Moderately frightened by this sensation.

4. Very frightened by this sensation.

5. Extremely frightened by this sensation.

2. Circle the three sensations which you find most difficult in your life. These feelings would be the frightening feelings which occur most frequently.

- () 1. Heart palpitations
- () 2. Pressure or a heavy feeling in chest
- () 3. Numbness in arms or legs
- () 4. Tingling in the fingertips
- () 5. Numbness in another parts of your body
- () 6. Feeling short of breath
- () 7. Dizziness
- () 8. Blurred or distorted vision
- () 9. Nausea
- () 10. Having "Butterflies" in your stomach
- () 11. Feeling a knot in your stomach
- () 12. Having a lump in your throat
- () 13. Wobbly or rubber legs
- () 14. Sweating
- () 15. A dry throat
- () 16. Feeling disoriented and confused
- () 17. Feeling disconnected from your body: Only partly present
- () 18. Other _____

BEDEN DUYUMLARI ÖLÇEĞİ

1.Korktuğunuz bir durumdayken ya da gerginken yaşadığınız bazı beden duyuları aşağıdaki listede verilmiştir. Lütfen, bu hislerden ne kadar korktuğunuzu işaretleyin. Aşağıdaki 5 dereceli değerlendirmeyi kullanarak (“1” endişe etmiyorum “5” çok endişe ediyorum) yanıt veriniz.

1. Bu duyumdan korkmuyorum ya da endişe etmiyorum
2. Bu duyum beni biraz korkutuyor.
3. Bu duyum beni orta düzeyde korkutuyor.
4. Bu duyumdan çok korkuyorum
5. Bu duyumdan çok fazla korkuyorum.

- _____ 1.Kalp çarpıntısı
- _____ 2.Göğsünde sıkışma ya da ağırlık hissi.
- _____ 3.Kol ve bacaklarda uyuşma/hissizlik.
- _____ 4.Parmak uçlarında karıncalanma.
- _____ 5.Bedenin diğer bölgelerinde (kol ve bacaklar hariç) uyuşma/hissizlik.
- _____ 6.Nefes darlığı hissetmek
- _____ 7.Baş dönmesi.
- _____ 8.Bulanık ya da bozuk görme.
- _____ 9.Bulantı.
- _____ 10.Heyecan veya tedirginlikten içinizin kıpır kıpır olması
- _____ 11.Karında bir yumru hissi (midenin düğümlenmesi).
- _____ 12.Boğazda bir yumru hissi.
- _____ 13.Bacaklarda zayıflık, titreme.
- _____ 14.Terleme.
- _____ 15.Boğazda kuruluk.
- _____ 16.Aklı karışmış, nerde olduğunu şaşırılmış halde olmak
- _____ 17.Bedeninden kopuk hissetmek. Kısmen var olduğunu hissetmek.
- _____ 18.Diğer. Lütfen tanımlayınız _____

2.Yukarıdaki ifadelerden yaşamınızda size en zor gelen üç duyumu yuvarlak içine alın. Bunlar, en sık ortaya çıkan ve size en korkutucu gelenler olmalıdır.

BEHAVIOURS QUESTIONNAIRE

When you are at your most anxious or panicky, how often do you do the following things.

Try to think about other things	Never	Sometimes	Often	Always
Hold on to or lean on to something	Always	Often	Sometimes	Never
Hold on or lean on someone	Never	Sometimes	Often	Always
Sit down	Always	Often	Sometimes	Never
Keep stil	Always	Often	Sometimes	Never
Move very slowly	Never	Sometimes	Often	Always
Look for an escape route	Never	Sometimes	Often	Always
Make yourself do more physical exercise	Always	Often	Sometimes	Never
Focus attention on your body	Always	Often	Sometimes	Never
Try to keep control of your mind	Never	Sometimes	Often	Always
Try to keep tight control over behaviour	Always	Often	Sometimes	Never
Talk more	Never	Sometimes	Often	Always
Take medication	Never	Sometimes	Often	Always
Ask people around for help	Never	Sometimes	Often	Always
Change your breathing	Always	Often	Sometimes	Never

EK5**DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ**

Anksiyeteniz arttığında aşağıdakilerden hangilerini ne sıklıkta yaptığınızı işaretleyiniz.

Başka şeyler düşünmeye çalışmak	Asla	Bazen	Sık Sık	Her zaman
Bir şeye tutunmak ya da yaslanmak	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Asla
Birine tutunmak ya da yaslanmak	Asla	Bazen	Sık Sık	Her zaman
Oturmak	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Asla
Hareketsiz kalmak	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Asla
Çok yavaş hareket etmek	Asla	Bazen	Sık Sık	Her zaman
Bir kaçış yolu aramak	Asla	Bazen	Sık sık	Her zaman
Daha fazla egzersiz yapmak	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Asla
Dikkatini bedenine odaklamak	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Asla
Zihnini kontrol altında tutmaya çalışmak	Asla	Bazen	Sık Sık	Her zaman
Davranışlarını kontrol etmeye çalışmak	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Asla
Daha fazla konuşmak	Asla	Bazen	Sık Sık	Her zaman
İlaç almak	Asla	Bazen	Sık Sık	Her zaman
Etraftakilerden yardım istemek	Asla	Bazen	Sık Sık	Her zaman
Nefes alış-verişini değiştirmek	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Asla

THE MOBILITY INVENTORY

Please indicate the degree to which you avoid the following places or situations because of discomfort or anxiety. Rate your amount of avoidance when you are with a trusted companion and when you are alone. Do this by using the following scale.

- 1.Never avoid
- 2.Rarely avoid
- 3.Avoid about half the time
- 4.Avoid most of the time
- 5.Always avoid

Write your score in the blanks for each situation or place under both conditions when accompanied and when alone. Leave blank those situations that do not apply to you.

Place	When Accompanied	When Alone
Theatres		
Supermarkets		
Classrooms		
Department Stores		
Restaurants		
Museums		
Elevators/Lifts		
Auditoriums or stadiums		
Car Parks		
High Places		
Tell How High		
Enclosed Spaces (e.g.tunnels)		
Open Spaces:		
A)Outside (e.g. fields,wide streets, courtyards)		
B)Inside (e:g:large rooms, lobbies)		
RIDING IN		
Buses		
Trains		
Underground/Tubes		
Airplanes		
Boats		
Driving or riding in a car		
A) At any time		
B) On motorways		
SITUATIONS		
Standing in lines		
Crossing bridges		
Parties or social gatherings		
Walking on the street		
Being far away from home		
Other (specify)		

KAÇMA VE KAÇINMA DAVRANIŞLARI LİSTESİ

Yaşadığınız rahatsızlık ya da anksiyete yüzünden aşağıdaki durumlardan ya da yerlerden ne kadar kaçındığınızı lütfen belirtin. Kaçınma derecenizi verirken, yalnızken ve bir de yanınızda güvendiğiniz biri varken olarak iki farklı şekilde yanıt verin.

Eğer o durumda hiç bulunmadıysanız, o durumu hayal edin ve nasıl tepki vereceğinizi düşünün.

1.Asla kaçınmam 2.Nadiren kaçınırım 3.Yüzde elli kaçınırım 4.Çoğu zaman kaçınırım 5.Daima kaçınırım

<i>YER</i>	<i>YALNIZKEN</i>	<i>YANIMDA BİRİ VARKEN</i>
Sinemalar, Tiyatrolar		
Süpermarketler		
Sınıflar		
Restoranlar		
Müzeler		
Asansörler		
Stadyum/Büyük Derslikler(anfiler)		
Araba parkları		
Yüksek Yerler (Ne kadar yüksek yazınız)		
Kapalı yerler(tünel vb.)		
Dışarıdaki Açık Alanlar (kırlar, geniş caddeler, avlular gibi açık alanlar)		
İçerideki Açık Alanlar (geniş salonlar, lobiler, gibi yerler)		
Otobüste yolculuk etmek		
Trende yolculuk etmek		
Tüp geçit/tünelde yolculuk etmek		
Uçak ile yolculuk etmek		
Gemi/feribot ile yolculuk etmek		
Herhangi bir yolda araba sürmek ya da arabada yolculuk etmek		
Çevreyolu-otobanda araba sürmek ya da arabada yolculuk etmek		
Kuyrukta beklemek		
Köprüden geçmek		
Düğün, parti gibi sosyal etkinlikler		
Caddede yürümek		
Evden uzak olmak		
Diğerleri		

ANXIOUS THOUGHT INVENTORY

- | | Almost
Never | Sometimes | Often | Almost
Always |
|---|-----------------|-----------|-------|------------------|
| 1.I worry about my appearance | | | | |
| 2.I think I am a failure | | | | |
| 3.When looking to my future I give more thought to the negative things than the positive things that might happen to me | | | | |
| 4.If I experience unexpected physical symptoms I have a tendency to think the worst possible thing is wrong with me | | | | |
| 5.I have difficulty clearing my mind of repetitive thoughts | | | | |
| 6.I worry about having a heart attack or cancer | | | | |
| 7.I worry about saying or doing the wrong things when among strangers | | | | |
| 8.I worry about my abilities not living up to other people's expectations | | | | |
| 9.I worry about my physical health | | | | |
| 10.I worry that I cannot control my thoughts as well as I would like to | | | | |
| 11.I worry that people don't like me | | | | |
| 12.I take disappointments so keenly that I can't put them out of my mind | | | | |
| 13.I get embarrassed easily | | | | |

14. When I suffer from minor illnesses such as a rash I think it is more serious than it really is

15. Unpleasant thoughts enter my head against my will

16. I worry about my failures and my weaknesses

17. I worry about not being able to cope in life as adequately as others seem to

18. I worry about death

19. I worry about making a fool of myself

20. I think I am missing out on things in life because I worry too much

21. I have repetitive thoughts such as counting or repeating phrases

ENDİŞE VERİCİ DÜŞÜNCELER ENVANTERİ

İnsanların düşünce ve endişelerini tanımlamakta kullandığı bazı ifadeler aşağıda sunulmuştur. Her bir ifadeyi okuyun ve, bu düşünce ve endişeleri ne sıklıkta yaşadığınızı belirten uygun ifadeyi işaretleyin.

İfadeler üzerinde fazla zaman harcamayın. Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Aklınıza gelen ilk yanıt en uygun yanıttır.

	<i>Hemen Hemen Hiç</i>	<i>Bazen</i>	<i>Sık Sık</i>	<i>Hemen Hemen Her Zaman</i>
1. Nasıl görüldüğüm hakkında endişelenirim				
2. Başarısız/yetersiz biri olduğumu düşünürüm.				
Geleceğe baktığımda, bana olabilecek olumsuz şeyler üzerinde olumlulardan daha çok düşünürüm.				
4. Beklenmedik bedensel bazı belirtiler yaşadığımda, neyim olduğuyla ilgili mümkün olan en kötü ihtimali düşünmeye meyilliyim.				
5. Ciddi bir hastalığım olduğu konusunda düşünüp dururum.				
6. Tekrarlayan düşüncelerden zihnimi arındırmakta güçlük çekiyorum.				
7. Kalp krizi geçirmek ya da kanser olmaktan endişe ediyorum.				
Yabancılar arasındayken, yanlış bir şey söylemekten ya da yapmaktan endişe ederim.				
9. Diğerlerinin (benden) beklentilerini karşılayamamaktan endişe ederim.				
10. Beden sağlığımla ilgili endişelenirim.				
11. Düşüncelerimi istediğim kadar kontrol edememekten endişe ederim.				
12. İnsanlar beni sevmiyor diye endişe ederim.				
13. Hayal kırıklıklarımı öyle şiddetli yaşarım ki, aklımdan bir türlü çıkaramam.				

14.Kolaylıkla utanırım.				
15.Döküntü gibi ufak hastalıklar bile yaşadığımda, gerçekte olduğundan daha ciddi olduğunu düşünürüm.				
16.İstemememe rağmen, hoş olmayan düşünceler aklıma gelir.				
17.Başarısızlıklarım ve zayıflıklarım hakkında endişe ederim.				
18.Hayatla başa çıkmada diğerleri kadar yeterli/iyi olamadığımdan endişe ederim.				
19.Ölümle ilgili endişelenirim				
20.Kendimi aptal durumuna düşürmekten endişe ederim				
21.Çok fazla endişelendiğim için, hayatta bazı şeyleri kaçırdığımı düşünürüm.				
22.İçimden sayı sayma ya da bazı ifadeleri tekrar etmek gibi tekrarlayan düşüncelerim vardır.				

Lütfen her bir maddeyi işaretlediğinizden ve boş bırakmadığınızdan emin olunuz !!!

Skorlar:	S	H	M	Toplam

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin. BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere koyarak belirleyiniz.

	YOK	BAZEN	SIK	ÇOK SIK
1. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.				
2. Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.				
3. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.				
4. Her şeyden sıkılıyorum				
5. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.				
6. Cezalandırıldığımı hissediyorum.				
7. Kendimden nefret ediyorum.				
8. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.				
9. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.				
10. Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum.				
11. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.				
12. Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.				
13. Artık hiç karar veremiyorum.				
14. Kendimi çok çirkin buluyorum.				
15. Hiçbir şey yapamıyorum.				
16. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.				
17. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.				
18. Artık hiç iştahım yok.				
19. Altı kilodan fazla kilo verdim.				
20. Sağlığımдан o kadar endişelendim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.				
21. Cinsel konulara ilgimi tamamen kaybettim.				

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi Düzeyde dayanmak ta çok zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak, ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp Çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				

19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme(sıcağa bağlı olmayan)				

ÜSTBİLİŞLER ÖLÇEĞİ-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafında ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3: kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum) Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.				
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.				
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.				
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.				
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.				
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.				
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.				
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.				
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.				

10.Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.				
11.Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.				
12.Düşüncelerimi izlerim				
13.Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.				
14.Belleğim zaman zaman beni yanıltır.				
15.Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.				
16.Endişelerim beni delirtebilir.				
17.Düşündüğümün her an farkındayım.				
18.Zayıf bir belleğim vardır.				
19.Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür				
20.Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.				
21.Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.				
22.Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.				
23.Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.				

24.Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
25.Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.				
26.Belleğime güvenmem.				
27.Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.				
28.İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.				
29.Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
30.Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.				

PANİK BOZUKLUĞUN ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ

İSİM SOYADI:

DEĞERLENDİRİCİ:

TARİH:

DEĞERLENDİRİLEN ZAMAN DİLİMİ:

BİR AY (birini daire içine alın) DİĞER (BELİRTİNİZ):

DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ÖNERİLER

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

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

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

1. PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL

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

1= Hafif ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBP/günden daha fazla değil

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

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

4= Aşırı, günde birden fazla olması.

2. PANİK ATAĞI SIRASINDA ZORLANMA, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL

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

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

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

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

4= Aşırı, şiddetli ve yeti yitimi yaratıcı zorlanma, etkinliğini durdurmak zorunda, eğer mümkünse odayı ya da durumu terk edecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta, aşırı zorlanmaktadır.

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

0= Panik atağı hakkında tasa yok.

1= İlimli, panik atağı hakkında ara sıra korku, endişe ya da kaygılı beklentisi oluyor.

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

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

4= Aşırı, neredeyse sabit, yeti yitirici anksiyete, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeni ile önemli görevleri sürdürememektedir.

4. AGOROFOBİK KORKU/KAÇINMA

0= Hiç korku ya da kaçınma yok.

1= İlimli, ara sıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşebilir ve başa çıkabilir yaşam biçimi değişikliği yok ya da az.

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

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

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

5. PANİK ATAĞI İLE İLİŞKİLİ DURUMLARDAN KORKU/KAÇINMA

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

1= Ilımlı, ara sıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyuları uyaran durum ve etkinliklerle az zorlanma ile yüzleşebilir ve sürdürebilir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.

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

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

4= Aşırı, yaygın ve yetiyitimi yaratıcı kaçınma. Önemli görev ve etkinlikleri yapmayacak kadar

yoğun bir yaşam biçimi değişikliği gerekmiştir.

6. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA/AKSAMA

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

0= Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı bozulma yok.

1= Ilımlı, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hâlâ iyidir.

2= Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta ama hâlâ kontrol edilebilir.

3= Şiddetli mesleksi performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki başkaları

fark etmiştir, bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapamamaktadır.

4= Aşırı, yeti yitirici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumlu-

luklarını sürdürememektedir)

7. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA/AKSAMA

0= Bozulma yok

1= Ilımlı, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmektedir ama top-

lumsal işlevsellik hâlâ yeterli

2= Orta, toplumsal yaşamdan kesin aksama ama hâlâ kontrol edilebilir. Toplumsal etkinliklerin

sıklığında ve/veya kişiler arası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır ama hâlâ olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılabilmektedir.

3= Şiddetli toplumsal performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır. Toplumsal et-

kinliklerde belirgin bir azalma ve/veya diğerleriyle etkileşmekte belirgin bir güçlük vardır, di-

ğerleriyle etkileşmek için kendini hâlâ zorlayabilmekte ama toplumsal ya da kişiler arası durumların çoğundan hoşlanmamakta ya da iyi işlev görememektedir.

4= Aşırı, yeti yitimi yaratıcı belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleri ile etkileşmektedir, pa-

nik bozukluğu nedeni ile bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

KAYNAKLAR

1. MOGG K, MATTHEWS A, WEINMAN J. Selective Processing of threat cues in anxiety states: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 27(4): 317-323, 1989.
2. PILECKI B, ARENTOF TA, McKAY D. An evidence based causal model of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25: 381-388, 2011.
3. HOFMANN SG, SUVAK MK, BARLOW DH, SHEAR MK, MEURET AE, ROSENFELD D, GORMAN JM, WOODS S. Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3): 374-379, 2007.
4. WESTRA HA, STEWARD SH. Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy: complementary or contradictory approaches to the treatment of anxiety? *Clinical Psychology Review*, 18(3): 307-340, 1998.
5. SMITHS JAJ, POWERS MB, CHO Y, TELCH MJ. Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Evidence for the fear of the fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4): 646-652, 2004.
6. BUWALDA FM, BOUMAN TK, VAN DUIJIN MAJ. The effect of a psychoeducational course on hypochondriacal metacognition. *Cognitive Therapy Research*, 32: 689-701, 2008.
7. PAPAGEORGIOU C, WELLS A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3): 261-273, 2003.
8. ŞENORMANCI Ö, KONKAN R, GÜÇLÜ OG, SUNGUR MZ. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(3): 335-349, 2012.
9. ANDERSSON G, CARLBRING P. Chapter 4: Panic Disorder. Editors: O'DONOHUE WT, DRAPER C, *Stepped Care and e-Health*, Springer Science and Business, New York, page 61-77, 2011.
10. RUBIN HC, RAPAPORT MH, LEVINE B, GLADSDJO JK, RABIN A, AUERBACH M, JUDD LL, KAPLAN R. Quality of well being in panic disorder: the assesment of psychiatric and general disability. *Journal of Affective Disorders*, 57: 217-221, 2000.
11. KAPLAN HI, SADOCK BJ. *Concise Textbook of Clinical Psychiatry (Klinik Psikiyatri)*. Çeviren: ABAY E, Nobel Kitabevi, İstanbul, sayfa 189-214, 2004.
12. LEAHY RL, HOLLAND SJ. *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, The Guilford Press, New York, page 21-250, 2000.
13. SCHMIDT N. Panic Disorder: Cognitive Behavioral and Pharmacological Treatment Strategies. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6: 89-111, 1999.
14. KHAWAJA NG. Revisiting the factor structure of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and Body Sensations Questionnaire: A confirmatory factor analysis study. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment* 25: 57-63, 2003.
15. AUSTIN D, KIROPOULUS L. An internet-based investigation of the catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 233-242, 2008.
16. CASEY LM, OEI TPS, NEWCOMBE PA. An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review*, 24: 529-555, 2004.
17. WELLS A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practical Manual and Conceptual Guide*, John Wiley & Sons, Sussex, page 1-328, 1997.

18. HICKS TV, LEITENBERG H, GORMAN JM, BARLOW DH, SHEAR MK, WOODS SW. Physical, mental and social catastrophic cognitions as prognostic factors in cognitive- behavioral and pharmacological treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3): 506-514, 2005.
19. CLARK DM, SALKOVSKIS PM, HACKMANN A, MIDDLETON H, ANASTASIADES P, GELDER MG. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164: 759-769, 1994.
20. SALKOVSKIS PM, CLARK DM. Affective response to hyperventilation: A test of the cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 28: 51-61, 1990.
21. CLARK DM, SALKOVSKIS P M, GELDER M G, KOEHLER C, MARTIN M, ANASTASIADES P, HACKMAN A, MIDDLETON H, JEA VONS A. Tests of a cognitive theory of panic. Editor: HAND I, WITTCHEN HU, *Panic and phobias*, Springer-Verlag, New York, page 149-158, 1998.
22. FELBERG HS. Change in meta-cognition associated with reduced levels of worry after treatment in an adult population with generalized anxiety disorder: A preliminary analysis. Department of Psychology Graduate Thesis, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, 2012.
23. WELLS A. New and Emerging Areas: Metacognitive Therapy: Cognition Applied to Regulating Cognition, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (6), 651-658, 2008.
24. FLAVELL JH. Metacognition and Cognitive Monitoring. A new area of cognitive development-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10): 906-911, 1979.
25. WELLS A. The Metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1): 107-121, 2005.
26. WELLS A, CARTWRIGHT-HATTON S . A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42: 385-396, 2004.
27. WELLS A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, The Guilford Press, New York, page 40-300, 2009
28. WELLS A . Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten questions. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behaviour Therapy* , 23(4): 337-355, 2005.
29. WELLS A, PAPAGEORGIU C . Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms, and metacognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36: 899– 913, 1998.
30. ROUSSIS P, WELLS A . Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40: 111–122, 2006.
31. MORRISON AP, WELLS A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 251-256, 2003.
32. WELLS A, MATTHEWS G. *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*, Erlbaum, Hove-UK, page 230-400, 1994.
33. WELLS A, CARTER K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behaviour Therapy*, 32, 85-102, 2001.
34. CUCCHI M, BOTELLI V, CAVADINI D, RICCI L, CONCA V, RONCHI P, SMERALDI E. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53: 546-553, 2012.

35. PAZVANTOĞLU O, ALGÜL A, ATEŞ MA, SARISOY G, EBRİNÇ S, BAŞOĞLU C, ÇETİN M . Metacognitive Functions in Obsessive Compulsive Disorder in a Clinical Population: The Relationship Between Symptom Types and Metacognition Subdimensions. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* , 23(1): 65-71, 2013.
36. MORRISON AP, FRENCH P, WELLS A. Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis : Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 2241-2246, 2007.
37. KONSTANTELLOU A, REYNOLDS M. Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eating Behaviors*, 11: 193-196, 2010.
38. BENNET H, WELLS A. Metacognitions , memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24: 318-325, 2010.
39. SHEAR MK, BROWN TA, BARLOW DH, MONEY RD, SHOLOMSKAS DE, WOODS SW, GORMAN JM, PAPP LA . Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1571-1575, 1997.
40. MONKUL ES, TURAL U, ONUR E, FİDANER H, ALKIN T, SHEAR MK. Panik disorder severity scale: Reliability and validity of the Turkish version. *Depression and Anxiety*, 20: 8-16, 2004.
41. SHEAR MK, RUCCI P, WILLIAMS J, FRANK E, GROCHOCINSKI V, VANDERBILT J, HOUCK P, WANG T. Reliability and validity of the panic disorder severity scale : replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35: 293-296, 2001.
42. KIM B, LEE SH, KIM YW, CHOI TK, YOON K, SUH SY, CHO SJ, YOON KH . Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24: 590-595, 2010.
43. ÖNER N. Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testler. Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, sayfa 298-301, 1993.
44. TEĞİN B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara,1980.
45. BECK AT, EPSTEIN N, BROWN G, STEER RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56: 893-897, 1988.
46. ULUSOY M, ŞAHİN NH, ERKMEN H. Turkish version of the beck anxiety inventory: Psychometric Properties. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56: 893-897, 1998.
47. CHAMBLESS DL, CAPUTO GC, BRIGHT P, GALLAGHER, R. Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 1090-1097, 1984.
48. RODRIGUEZ BF, PAGANO ME, KELLER MB. Psychometric characteristics of the Mobility Inventory in a longitudinal study of anxiety disorders:Replicating and exploring a three component solution. *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 752-761, 2007.
49. CHAMBLESS DL, CAPUTO G, CRAIG B, PRISCILLA GR. Assesment of fear of fear in agoraphobics:The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6): 1090-1097, 1984.
50. MOORE MC. The Misinterpretation of body sensations in non-clinical panic attacks: A test of the cognitive theory, Texas Tech University, Texas, page 2-242, 2001.

51. TOSUN A, IRAK M . Üstbiliş Ölçeği-30 ‘un Türkçeye Uyarlanması, Geçerliği, Güvenirliği , Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1): 67-80, 2008.
52. CHAMBLESS DL, CAPUTO GC, BRIGHT P, GALLAGHER R. Assessment for fear of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobia Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097, 1984.
53. LONGMORE R, WORREL M . Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology*, 27: 173-187, 2007.
54. FENTZ HN, HOFFART A, JENSEN MB, ARENDT M, O’TOOLE MS, ROSENBERG NK, HOUGAARD E. Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy*, 51: 579-587, 2013.
55. DE RUBEIS RJ, HOLLON SD, GROVE WM, EVANS MD, GARVEY MJ, TUASON VB. How does cognitive therapy work? *Cognitive Change and Symptom Change in Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6): 862-869, 1990.
56. SIMON NM, OTTO MW, SMITHS AJ, NICOLAOU DC, REESE HF, POLLACK MH . Changes in anxiety sensitivity with pharmacotherapy for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38: 491-495, 2004.
57. HOFFART A, SEXTON H, HEDLEY LM, MARTINSEN EW. Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 262-275, 2008
58. ARNTZ A. Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3): 325-341, 2002.
59. FOA EB, FRANKLIN ME , MOSER J . Context in the clinic: How well do cognitive-behavioral therapies and medication work in combination. *Society of Biological Psychiatry*, 52: 987-997, 2002.
60. FEHM L, MARGAF J. Thought suppression: Specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia? *Behaviour Research and Therapy*, 40: 57-66, 2002.
61. YILMAZ AE, GENÇÖZ T, WELLS A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25: 389-396, 2011.
62. SOLEM S, HALAND AT, VOGEL PA, HANSEN B, WELLS A. Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47: 301-307, 2009.
63. IJIMA Y, TANNO Y. The moderating role of positive beliefs about worry in the relationship between stressful events and worry. *Personality and Individual Differences*, 55, 1003-1006, 2013.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans ve çalışma hayatım boyunca her daim tecrübe, destek ve hoşgörüsüne sığındığımız hocamız Prof. Dr Selçuk Kırlı başta olmak üzere, tezim ve terapi eğitimim boyunca süpervizyonlarıyla destek olan hocamız Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu'na, Prof.Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. Cengiz Akkaya ve Doç Dr. Saygın Eker'e ve tüm psikiyatri bölümü çalışma arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmamda desteğini, bilgisini ve emeğini, iyi niyetle cömertçe sunan, Psk. Mustafa Yatağan'a, psikolog arkadaşlarım ve meslektaşlarım Uzm. Psk Gökçin Çaylar, Uzm. Psk. Arzu Kantarcıoğlu, Psk. Utku Yiğitoğlu, Psk. Özge Güder Atasoy, Psk Arzu Kılıç tez uygulamalarım boyunca olduğu kadar, kötü ve iyi günlerde yanımda oldukları için teşekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

27 Aralık 1980 Bulgaristan doğumluyum. İlköğretimime Bulgaristanda başlayıp Türkiyede devam ettim. Erkek Lisesinden mezun olduktan sonra, Boğaziçi Üniversitesine 1999 yılında girdim. Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümü ile birlikte Psikoloji bölümünü Çift Anadal Programı (ÇAP) Kapsamında 2004 yılında tamamladım. Aynı yıl Boğaziçi Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Yüksek Lisans Programına Kabul Edildim ve 2007 yılında yüksek lisansımı tamamladım. 2007 yılından beri Uludağ Üniversitesi tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında çalışmaktayım. 2007 yılında başladığım Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi ve süpervizyonumu 2012 yılında tamamlayarak Avrupa Kognitif Terapiler Derneği tarafında Akredite Bilişsel Davranışçı Terapist Sertifikamı aldım.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TEZ ÇOĞALTMA VE ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU

YAZAR ADI SOYADI	Şengül HAFIZOĞLU
Tez Adı	Panik Bozukluğun Farmakoterapisinde Temel Panik Kognisyonlarındaki Değişiklik
Enstitü	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Tez Türü	Yüksek Lisans
Tez Danışma(lar)ı	Prof. Dr. Selçuk Kırılı
Çoğaltma (Fotokopi Çekim) İzni	<input type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin veriyorum. <input type="checkbox"/> Tezimden sadece içindekiler, özet, kaynakça ve içeriğinin %10 bölümünün fotokopi çekilmesine izin veriyorum. <input checked="" type="checkbox"/> Tezimden fotokopi çekilmesine izin vermiyorum.
Yayımlama İzni	<input type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin veriyorum. <input type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasının ertelenmesini istiyorum. 1 yıl <input type="checkbox"/> 2 yıl <input type="checkbox"/> 3 yıl <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tezimin elektronik ortamda yayımlanmamsa izin vermiyorum.

Hazırlamış olduğum tezimin yukarıda belirttiğim hususlar dikkate alınarak, fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere Uludağ Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı tarafından hizmete sunulmasına izin verdiğimi beyan ederim.

Tarih: 26.10.2014

İmza: