



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU İLE PANİK  
BOZUKLUK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ**

**ASLI ILICAK**

**İSTANBUL, 2020**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU İLE PANİK  
BOZUKLUK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ**

**ASLI ILICAK  
(190132016)**

**Danışman  
(Doç. Dr. İtir Tarı Cömert)**

**İSTANBUL, 2020**

## **BEYAN/ ETİK BİLDİRİM**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağılı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

ASLI ILICAK

İmza

# HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU İLE PANİK BOZUKLUK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

## ASLI İLİCAK

### ÖZET

Bu proje çalışmasında, Anksiyete Bozukluklarından Panik Bozukluğu ile Somatoform Bozukluklarından Hastalık Kaygısı Bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi konu edinmiőtir. Literatür incelemeleri, ulusal ve uluslararası çalışmaların sonuçları da dikkate alındığında Panik Bozukluğunun belirtileri, etiyolojisi, klinik özellikleri, gelişimsel faktörleri arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Literatürde yer alan çalışmaların ve bilgilerin ışığında Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluk arasında güçlü bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. Gerek etiyolojik olarak gerekse klinik görünüm açısından her iki psikiyatrik bozukluğun da birbirine benzer niteliklere sahip olduğu görölmektedir. Özellikle her iki bozukluğun da benzer belirtilere sahip olması aralarında var olan ilişkiyi güçlendirmekte ve daha somut şekilde ortaya koymaktadır. Aynı zamanda komorbid hastalarda söz konusu psikiyatrik bozukluklardan birinin tedavisinin, diğerini de ciddi oranda azalttığını göstermektedir. Sonuç olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluk birbirini etkileyen ve aralarında ilişki bulunan psikiyatrik bozukluklardır.

Anahtar kelimeler; Hastalık Kaygısı Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Agorafobi, Anksiyete.

# **EXAMINING OF THE RELATIONSHIP BETWEEN İLLNESS ANXIETY DİSORDER AND PANIC DİSORDER**

**ASLI ILICAK**

## **ABSTRACT**

This project focuses on investigating the relationship between Panic Disorder, which is an Anxiety Disorder, and İllness Anxiety Disorder, which is a Somatoform Disorder. Considering the literature reviews and the results of national and international studies, it was concluded that there is a relationship between the symptoms, etiology, clinical features, and developmental factors of Panic Disorder. In the light of the studies and information in the literature, it can be said that there is a strong relationship between İllness Anxiety Disorder and Panic Disorder. It is clear that both psychiatric disorders have similar characteristics regarding to etiological and clinical appearance. Especially, due to the fact that both disorders have similar symptoms strengthens the relationship between them and reveals them more objectively. It also shows that the treatment of one of these psychiatric disorders in comorbid patients significantly reduces the other disorder. As a result, İllness Anxiety Disorder and Panic Disorder are interrelated psychiatric disorders.

Keywords; İllness Anxiety Disorder, Panic Disorder, Agoraphobia, Anxiety.

## ÖNSÖZ

Bu çalışma; Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluk arasındaki ilişkiyi incelemek, Panik Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğunun birbirini etkileyip etkilemediğini yapılan çalışmalar ışığında ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır.

Yapılan araştırmalar sonucunda; ülkemizde ve diğer yabancı ülkelerde, birbirine oldukça benzeyen ve aralarında güçlü ilişki olduğu düşünülen Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluğu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların çok kısıtlı olduğu görülmüştür.

Çalışmada; Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluk kavramları ile bunlar arasındaki ilişkiye geniş kapsamda, açık ve anlaşılır biçimde yer verilmektedir. Bununla birlikte, çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmam sürecinde bana desteğini esirgemeyerek, zaman ayıran, Değerli Danışman Hocam Doç. Dr. İtir Tarı Cömert'e teşekkür ederim.

Araştırma sürecinde okulun kolay ulaşılabilir ve geniş imkana sahip veri tabanı sayesinde birçok kaynağa erişim olanağı elde edilmiştir. Bu imkanları bana sağladığı için Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'ne teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
ABSTRACT .....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR .....	viii
GİRİŞ .....	1
<b>1. BİRİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>4</b>
1.1.SOMATOFORM BOZUKLUKLAR (BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR).....	4
1.2. HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU (HİPOKONDRIYAZİS).....	6
<b>1.2.1. Hastalık Kaygısı Bozukluğu Epidemiyolojisi .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2.2. Hastalık Kaygısı Bozukluğu Etiyolojisi.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2.3. Kuramlara Göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu .....</b>	<b>11</b>
1.2.3.1. Psikodinamik Kuram .....	11
1.2.3.2. Sosyal Öğrenme Kuramı.....	13
1.2.3.3. Bilişsel Kuram .....	15
<b>1.2.4. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Gelişimsel Faktörleri ve Risk         Faktörleri.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.5. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Belirtileri .....</b>	<b>18</b>
1.2.5.1. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Bilişsel Belirtileri.....	19
1.2.5.2. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Fiziksel Belirtileri .....	20
1.2.5.3. Hipokondriyak Kaygılar .....	20
1.2.5.4. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Davranışsal Belirtileri.....	21
<b>1.2.6. Hastalık Kaygısı Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri .....</b>	<b>24</b>
<b>1.2.7. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Ayırıcı Tanı ve Komorbidi.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.8. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Prognoz ve Tedavi Yöntemleri .....</b>	<b>27</b>
<b>1.2.9. Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile İlgili Yapılan Çalışmalar .....</b>	<b>29</b>
1.3. SOMATİZASYON BOZUKLUĞU .....	31

<b>2. İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>33</b>
2.1. ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUKLARI .....	33
2.2. PANİK BOZUKLUĞU .....	35
<b>2.2.1. Panik Bozukluğu Epidemiyolojisi</b> .....	38
<b>2.2.2. Panik Bozukluğu Etiyolojisi</b> .....	39
2.2.2.1. Genetik Etkenler .....	39
2.2.2.2. Biyolojik Etkenler .....	40
2.2.2.3. Bilişsel Faktörler .....	41
2.2.2.4. Yaşam Olayları ve Çevresel Etkenler .....	41
<b>2.2.3. Kuramlara Göre Panik Bozukluğu</b> .....	42
2.2.3.1. Psikodinamik ve Psikanalitik Kuram .....	42
2.2.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram .....	43
<b>2.2.4. Panik Bozukluğunun Gelişimsel Faktörleri ve Risk Faktörleri</b> .....	46
<b>2.2.5. Panik Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Belirtileri</b> .....	47
2.2.5.1. Panik Ataklar .....	48
2.2.5.1.1. <i>Durumsal Panik Ataklar</i> .....	50
2.2.5.1.2. <i>Sınırlı Belirtili Panik Ataklar</i> .....	50
2.2.5.1.3. <i>Gece Ortaya Çıkan Panik Ataklar</i> .....	51
2.2.5.1.4. <i>Klinik Olmayan Panik Ataklar</i> .....	51
2.2.5.1.5. <i>Korkusuz (Non-Fearful) Panik Ataklar</i> .....	51
2.2.5.2. Beklenti Anksiyetesi .....	51
2.2.5.3. Agorafobi .....	52
<b>2.2.6. Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri</b> .....	55
<b>2.2.7. Panik Bozukluğunun Ayırıcı Tanı ve Komorbidi</b> .....	56
<b>2.2.8. Panik Bozukluğunun Prognoz ve Tedavi Yöntemleri</b> .....	59
<b>2.2.9. Panik Bozukluğu ile İlgili Yapılan Çalışmalar</b> .....	63
<b>3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b> .....	<b>65</b>
3.1. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	65
3.2. ÖNERİLER .....	70
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>71</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>84</b>



## TABLÖLAR LİSTESİ

### Sayfa

<b>Tablo 1.1.</b> : Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Belirtileri.....	<b>21</b>
<b>Tablo 2.1.</b> : Modern Panik Bozukluğu Kavramının Kökenleri.....	<b>37</b>
<b>Tablo 2.2.</b> : Panik Atakların Bilişsel Modeli .....	<b>44</b>
<b>Tablo 2.3.</b> : Panik Bozukluğunun Ayırıcı Tanısında Dikkat Edilmesi Gereken Organik Durumlar.....	<b>57</b>

## KISALTMALAR

Ark.	Arkadaşları
bs.	Basım
C.	Cilt
çev.	Çeviren
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ed. veya haz.	Editör/yayına hazırlayan
et al.	Ve diğerleri
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SNRI	Selective Noradrenaline Reuptake İnhibitor
ss.	Sayfa/sayfalar
SSRI	Selective Serotonine Reuptake İnhibitor
vd.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler

## GİRİŞ

Ulusal ve uluslararası literatürde, insan canlısı için tanımlanan çok sayıda fiziksel rahatsızlıklarının yanı sıra çeşitli psikolojik rahatsızlıklar da tanımlanmaktadır. Bazı rahatsızlıkların psikolojik temelli olduğu bilinmesine rağmen bu psikolojik rahatsızlıklara somut fiziksel semptomlar da eşlik edebilmektedir. Bireylerin sık sık hastane başvuru öyküsü olsa dahi, konulmuş tıbbi bir teşhis olmamakla birlikte şikâyet edilen yakınmalar da ortadan kalkmamaktadır. Bu sebeple bireyler hastane, doktor değişikliği yapmakta ve bu hastane başvuruları yinelenmektedir.

Günümüzde bu gibi durumlarda bireyin öncelikle fiziksel muayenesi ve gerekli incelemeleri yapılmakta, belirtilen şikâyetlere sebep olacak herhangi organik bir neden bulunmadığında ise durumun sinirsel/psikolojik bağlantılı olabileceği söylenmektedir. Ülkemizde ve dünyada geçerliliği bilinen DSM tanı sınıflandırması, bu fiziksel yakınmaların varlığının söz konusu olduğunu fakat organik bir nedene bağlanmayan şikâyetler ve semptomları “Somatoform Bozukluklar” olarak ana başlıkta toplayarak bunun bir psikiyatrik rahatsızlık olduğunu belirtmiştir.

Diğer Somatoform Bozukluklarda olduğu gibi Hastalık Kaygısı Bozukluğu, bireyin yaşamsal faaliyetlerini ve işlevselliğini ciddi anlamda etkilemektedir. Bireyin ailesiyle ve sosyal çevresiyle olan iletişimini, sosyal hayatını ve bilişsel süreçlerini direkt olarak sekteye uğratmaktadır. Bireyin, sürekli çeşitli fiziksel belirtilerinden yakınması, zamanla çevresindeki insanların uzaklaşmasına diğer bir deyişle çevresinde olan bireylerin bu şikâyetlenmelerden bıkmalarına neden olabilmektedir. Bu durum sosyal ilişkilerin zarar görmesine neden olmaktadır.

Literatürde Hastalık Kaygısı Bozukluğunun; biyolojik, çevresel, bilişsel, genetik etkenler olarak farklı gelişimsel faktörleri olduğu, bunun yanı sıra çarpıtılmış düşünceler ve eşlik eden farklı ruhsal bozuklukların da olabileceği belirtilmektedir. Aynı zamanda kişinin geçmiş yaşantılarından edindiği deneyimler ya da çevresindeki

bireylerin davranışlarını sosyal öğrenme modeli ile öğrenmesi Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ortaya çıkma nedenleri arasında önemli bir yer edinmektedir.

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun temelinde her bireyin duygusal ihtiyaçları olan ilgi, sevgi ve kabul görme ihtiyaçlarının yattığı söylenebilmektedir. Bireyler bu, ilgi ve sevgi görme güdülerinin karşılanması için hipokondriyak semptomları bir araç olarak kullanmaktadır. Asıl ulaşılması istenen hedef, bireyin ihtiyaç duyduğu ilgi, sevgi doyumunun sağlanmasıdır.

Bir başka psikiyatrik rahatsızlık olan ve DSM-V tanı sınıflandırılmasında kaygı bozuklukları içerisinde yer alan Panik Bozukluğu kavramı için yıllar boyunca farklı isimler ve farklı tanımlamalar yapılmıştır. Panik Bozukluğu aniden, beklenmedik şekilde ortaya çıkan panik atak nöbetleri ile karakterizedir.

Panik bozukluğu, Kaygı Bozukluklarının arasında en sık rastlanılan ve yaygın olan psikiyatrik bozukluklardan biri olmaktadır. Panik Bozukluğunun, hem fiziksel semptomları hem de psikolojik semptomları bir arada bulunmaktadır. Görülme yaşı olarak, her yaşta görülebilmekle birlikte özellikle genç yetişkinlik ve ileri yetişkinlik dönemlerini kapsayan 25-45 yaş aralığında daha sık rastlanmaktadır. Bununla birlikte özellikle kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmektedir.

Literatürde Panik Bozukluğunun genetik, biyolojik, çevresel, bilişsel, eşlik eden farklı ruhsal bozukluklar veya bireyin deneyimlediği stresli yaşam olayları olarak farklı gelişimsel faktörleri olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda kişinin geçmiş yaşantılarından edindiği deneyimler, yaşadığı çocukluk çağı travmalarının da Panik Bozukluğunun ortaya çıkma nedenleri arasında önemli bir yer edinmektedir.

Panik atak nöbeti sırasında nefes alıp vermede güçlük, baş dönmesi, boğuluyormuş gibi hissetme, baygınlık hissi, kalp çarpıntısı, nabızda artış, titreme, aşırı terleme veya aşırı üşüme, göğüste ağrı, mide bulantısı, karın ağrısı gibi belirtiler fiziksel belirti arasında sayılmaktadır. Öte yandan ölüm korkusu, aklını kaybetme, delirme korkusu, kalp krizi geçirme korkusu gibi bilişsel belirtileri de söz konusu olmaktadır. Bu belirtiler Panik Bozukluğunun sıklığına ve şiddetine göre değişiklik gösterebilmektedir (Tükel, 2002). Panik Bozukluğunun klinik anlamda temel

belirleyicisi olan panik atakların; durumsal panik ataklar, sınırlı belirtili panik ataklar, gece ortaya çıkan panik ataklar, klinik olmayan panik ataklar, korkusuz panik ataklar olmak üzere alt türleri bulunmaktadır.

Hem Panik Bozukluğunun hem de Hastalık Kaygısı Bozukluğunun, hem biyolojik hem de psikiyatrik temelli olduğu literatürde belirtilmektedir. Bu sebeple her iki bozukluğun tedavisinde de farmakolojik tedavi yöntemleri ve psikoterapi yöntemlerinin güçlü şekilde etkili olduğu ileri sürülmektedir. Psikoterapi yöntemleri arasında Bilişsel Davranışçı Terapinin, Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluğu tedavisinde olumlu yönde etkisi olduğu belirtilmektedir. Hem psikoterapi yöntemlerinin hem de farmakolojik tedavinin eş zamanlı olarak yürütülmesi, bozuklukların tedavisi açısından daha olumlu sonuçlar ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı: Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile Panik Bozukluğu hastalıklarının arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Aynı zamanda araştırma; Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ve Panik Bozukluğunun gelişimsel faktörlerini belirtme, belirtilerini açık şekilde ortaya koyma, tanı ve ayırıcı tanı kriterleri hakkında bilgi sağlama ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirerek literatüre bu kavramlar hakkında katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır.

## 1. BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.1. SOMATOFORM BOZUKLUKLAR (BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR)

DSM-V'te ismi revize edilerek Bedensel Belirtili Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar olarak adlandırılan eski adıyla Somatoform Bozukluklar, fiziksel bir hastalığı düşündürecek somut belirtilerin var olduğu fakat yapılan klinik muayeneler neticesinde söz konusu belirtileri açıklayacak herhangi bir tıbbi teşhisin konulmadığı, temelinde psikolojik problemlerin olduğu bir tür psikiyatrik rahatsızlıktır. Kişinin şikâyetleri bedeninin farklı bölgelerinde olabilmektedir ve bu bireyler, şikâyetlerinin olduğu bölgeye uygun branştaki doktora gitmeyi tercih ederler. Ancak sonucunda herhangi bir tıbbi teşhis konulamamaktadır (Tunçer, 2005). Somatoform Bozukluklar bir başka deyişle bireyin yaşadığı psikolojik rahatsızlıkların fiziksel belirtiler şeklinde kendini göstermesi ve tıbbi olarak tedavi arama eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Lipowski, 1987).

Somatoform Bozukluklar olarak adlandırılan diğer bir deyişle bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların neden olduğu fiziksel semptomların tekrarlayıcı olması ve tıbbi bir nedenden kaynaklanmaması, bu bozuklukların temel belirleyicisi olmaktadır. Bu bireylerin hastane başvuru öykülerine bakıldığında, benzer şikâyetlerle sık sık doktora başvurma geçmişleri olduğu görülmektedir. Bireylerin farklı fiziksel hastalıkları olsa dahi şikâyetçi oldukları semptomlar şiddet, süre, beden bölgesi gibi özellikler, bu var olan hastalık ile eşleşmemektedir. Yapılan tıbbi görüşmelerde bu semptomların arttığı dönemlerin genellikle stres, sıkıntı, zorlu zamanlar olması gibi hastanın yaşamsal süreçleri de Somatoform Bozuklukları açıklayan farklı belirleyicilerden biri olmaktadır. Tanı konulamamasından dolayı bu bireylerin çok sık doktor veya hastane değişikliği yaptığı da bilinmektedir. Zaman zaman gereksiz tedavileri de talep ettikleri söz konusu olmaktadır. Somatoform Bozukluklarının temelinde, çoğunlukla bireylerin dikkat çekme, ilgi görme gereksinimlerinin var olduğu düşünülmektedir (Tunçer, 2005).

Somatoform Bozuklukların epidemiyolojik verilerine bakıldığında ise yapılan çeşitli araştırmalara göre farklı fiziksel belirtilerle hastaneye başvuran kişilerin %20

ile %84 arasında değişen oranlarda herhangi bir tıbbi teşhis konulamadığı belirtilmektedir. Dikkat edilmesi gereken önemli nokta ise hastanın ifade ettiği fiziksel belirtileri açıklayacak bir tanı konulamaması durumu, o kişinin farklı bir hastalığa sahip olmadığı, tamamen sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir. Yalnızca bahsedilen belirtileri açıklayacak bir teşhisin konulamadığı söz konusu olmaktadır. Öte yandan birey bu Şikâyet ettiği belirtileri fiziksel olarak gerçekten yaşamaktadır ve bu yakınmalar kişinin günlük yaşamdaki işlevselliğini sekteye uğratmaktadır. Diğer bir deyişle, kişi bu belirtileri bilinçli olarak yaşıyormuő gibi davranmamakta, fiziksel anlamdaki yakınmaları gerçekten bireyde var olmaktadır. Fakat ayırt edici nokta ise bu belirtilerin altında psikolojik sebeplerin yer almasıdır (Tunçer, 2005).

Söz konusu psikiyatrik bozukluk tek bir bozukluğu değil, alt gruplardan oluşan bir psikiyatrik bozukluk grubunu içermektedir. Günümüzde bu sınıflandırma ve tanımlama için en sık kullanılan sınıflandırma sistemlerden biri DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) olarak kabul edilmektedir.

DSM-V'de yedi farklı tipte Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozuklukları (Somatoform Bozukluk) tanımlanmıştır. Bu sınıflandırmaya göre Bedensel Belirti Bozuklukları Ve İlişkili Bozuklukları (Somatoform Bozukluk) alt türleri aşağıda maddelendirilmiştir (DSM-V, 2014: 91);

- Bedensel Belirti Bozukluğu
- Hastalık Kaygısı Bozukluğu (Hastalık Kaygısı Bozukluğu)
- Dönüőtürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlev Gören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu)
- Tanımlanmamış Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Bir Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler
- Yapay Bozukluk

Araştırmamızın temel problem cümlelerinden birinin temel deęiőkenini, Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklarından (Somatoform Bozukluk),

Hastalık Kaygısı Bozukluğu oluşturmaktadır. Bu amaçla aşağıda Hastalık Kaygısı Bozukluğu detaylı şekilde ele alınarak açıklanmaktadır.

## 1.2. HASTALIK KAYGISI BOZUKLUĞU ( HİPOKONDRIYAZİS)

Günümüzde yapılan tanı sınıflandırmalarına göre Somatoform Bozukluklar başlığı altında incelenen ve DSM-IV'te Hipokondriyazis olarak adlandırılan bu bozukluk, DSM-V tanı sınıflandırılmasında “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” olarak yer almaktadır. Öte yandan Hipokondriyazis psikiyatrik tanı sınıflandırılmasında bir bozukluk olarak ilk kez DSM-II' de ayrı bir grup olarak ele alınmıştır.

Hipokondriyazis kavramı, Latince'de yer alan Hypochondrium kelimesinden türemiştir. Hypochondrium, insan vücudundaki kosta olarak adlandırılan bölgelerin altı anlamına gelmektedir. Yaygın olarak bu hastalığa sahip olan bireylerin şikâyetlerini betimlemek amacıyla kullanılan bir terimdir (Sadock ve Sadock, 2005). Hipokrat döneminden beri kullanılan Hipokondriyazis terimi, bireylerin karın bölgelerindeki ağrılarını nitelendirmek için kullanılmıştır (Öztürk, 2004). Hipokondriyazisin yalnızca ağrıyı tanımlamak için kullanılmasından ziyade, bir psikiyatrik bozukluk olduğu ilk olarak Thomas Sydenham isimli araştırmacı tarafından ortaya atılmıştır (Hollifield, 2005). O döneme kadar somut ağrılar için kullanılan Hipokondriyazis teriminin, ilerleyen dönemlerde de melankoli ile arasında bir ilişki olduğunu ortaya koyan farklı araştırmacılar olmuştur. Burton ve Griesinger gibi araştırmacılar yaptıkları çalışmalar sonucunda melankoli ve Hipokondriyazisin birbiri ile ilişkili olduğuna yönelik bulgularını ortaya koymuşlardır.

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna yönelik literatürde farklı tanımlamalar olmakla birlikte bu hastalığı ilk olarak Gillespie'nin tanımladığı görülmektedir. Gillespie Hastalık Kaygısı Bozukluğunu, bireyin sahip olduğu ya da olduğunu sandığı fiziksel veya bilişsel bozukluk ile bireyin aşırı zihinsel meşguliyeti olarak tanımlamaktadır. Bu zihinsel meşguliyetin derecesinin de abartılı bir boyutta olduğunu dile getirmektedir (Dorfman, 1975).

Hastalık Kaygısı Bozukluğu, Somatoform Bozukluklar içerisinde yer alan bir tür psikiyatrik rahatsızlıktır. Halk arasında hastalık hastası olarak bilinen Hastalık Kaygısı Bozukluğu, kişinin bedeninde var olan belirtileri yanlış yorumlayarak ciddi



ve tedavisi olmayan bir hastalığa yakalandığına dair kontrol edemediği düşünce ve korkulara sahip olmasıdır (Meb, 2012). Hipokondriyazis tanısı konulmuş olan bireyler için ise hipokondriyak kavramı da kullanılmaktadır (Tunç ve Başbuğ, 2018). Bu kişilerin gerekli tıbbi muayeneleri yapılmış olmasına rağmen, bireyler hasta olduklarına yönelik olan düşüncelerinden kurtulamamaktadırlar (Hocaoğlu, 2015).

Pilowsky (1970), Hastalık Kaygısı Bozukluğunun aşırı fiziksel meşguliyet, hasta olma korkusu ve hastalık inancı olarak üç temel kavramdan oluştuğunu dile getirmektedir. Öte yandan Hastalık Kaygısı Bozukluğunu da birincil olan ve ikincil olan olmak üzere iki ayrı grupta incelemiştir. Buna göre Hastalık Kaygısı Bozukluğunun başka bozukluklar eşlik etmeden kendiliğinden oluşmasına birincil Hastalık Kaygısı Bozukluğu, Depresyon, Stres ya da Şizofreni gibi farklı bir psikiyatrik problem sonucunda gelişene ise ikincil Hastalık Kaygısı Bozukluğu adını vermiştir. Depresyon, Anksiyete, Kişilik Bozuklukları, Şizofreni gibi ruhsal problemlerin özellikle başlangıç dönemlerinde Hastalık Kaygısı Bozukluğundan söz edilebilmektedir (Şendağ, 1989).

Literatürde çalışmalar incelendiğinde Hastalık Kaygısı Bozukluğunun bir türü olan Monosemptomatik Hipokondriyazis kavramından bahsedilmektedir. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun nadir görülen bir çeşidi olan monosemptomatik Hipokondriyazis, bireyde farklı bir davranış bozukluğu ya da ruhsal bozukluk eşlik etmeden, sanrı boyutunda hipokondriyak semptomlara sahip olan hastalar için kullanılan klinik bir terimdir (Atmaca vd., 2001). Monosemptomatik Hipokondriyazis üç ayrı kategoride incelenmektedir. Buna göre (Munro, 1988);

- Infestasyon Sanrıları
- Dismorfofobi Sanrıları
- Vücutundan Kötü Kokular Geldiğine Dair Düşünceler

Monosemptomatik Hipokondriyazisin en sık görülen türü, kişinin vücudunun herhangi bir bölgesinden (ağızından, cinsel organından, teninden gibi) kötü kokular geldiğine, vücudunda ve iç organlarında böceklerin gezdiğine, bedeninin bazı bölgelerinin çok çirkin ve biçimsiz olduğuna veya bazı iç organlarının çalışmayıp işlev görmediğine dair inançlarının var olması durumudur (DSM-IV, 1994). Söz

konusu düşünceler ve semptomlar birey için yoğun kaygı ve korku durumuna neden olmakta ve böylelikle kişinin sürekli hekime başvurup, çok sayıda tahlil ve tetkit yaptırmasına sebebiyet vermektedir (Atmaca vd., 2001).

### **1.2.1. Hastalık Kaygısı Bozukluğu Epidemiyolojisi**

Epidemiyoloji, bir hastalık ya da sağlıkla ilgili herhangi bir olgunun görülme sıklığını, dağılımını sayısal verilerle ortaya koyan tıp biliminin bir dalıdır. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun epidemiyolojisine bakıldığında ise literatürde farklı dağılımlar ve sayısal verilerin var olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar Hastalık Kaygısı Bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %1 ile %5 aralığında olduğunu ortaya koymaktadır (Taylor ve Asmundson, 2006). Klinik anlamda bakıldığında ise dahiliye, kulak burun boğaz, nöroloji kliniklerine başvuran hastalarda Hastalık Kaygısı Bozukluğu oranının gerçek hastalara oranla daha yüksek olduğu, aynı zamanda kardiyoloji kliniğine başvuran hastalarda ise %1 oranında, dahiliye kliniğinde ise %4 ile %6 oranı arasında Hastalık Kaygısı Bozukluğuna rastlandığı sonucuna varılmıştır (Asmundson vd., 2001; Hollifield, 2005; Ford, 2000).

Çeşitli sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarının %3 ile %13 arasında değişen oranını, bu bozukluğa sahip bireyler oluşturmaktadır. Bireylerin çoğunlukla psikiyatri servisi yerine farklı branşlardaki hekimlere başvurması, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun toplumdaki genel yayılımının net bir şekilde ortaya koymasını engellemektedir (Ford, 1986).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun yaşam boyu sıklığını ortaya koyan farklı araştırmaların mevcut olması sebebiyle, birbirinden farklılık gösteren sonuçlar da literatürde mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada Hastalık Kaygısı Bozukluğunun yaşam boyu sıklığı %4 ile %14 arasında olduğu sonucuna varılmıştır (Ford, 2000). İtalya'da genel popülasyonda yapılan farklı bir çalışmada ise Hastalık Kaygısı Bozukluğunun yıllık prevalansının %4.5 olduğu görülmüştür (Faravelli, 1997). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu sıklığı genel popülasyonda %0.6 olarak belirlenmiştir (Erol vd., 1998). Bu verilere bakıldığında Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ülkemizde ve diğer ülkelerde görülme sıklığının çok yaygın olmadığı sonucuna varılabilmektedir.

Hastalık Kaygısı Bozukluğu belirtileri herhangi bir yaşta kendini gösterebilmekle birlikte, bu hastalığın en fazla 20’li ve 30’lu yaşlarda ortaya çıktığı bilinmektedir (Hocaoğlu, 2015). Hastalık Kaygısı Bozukluğunun yaşam boyu sıklığının cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yıllık prevalansının kadınlarda %0.8, erkeklerde ise %0.3 olduğu sonucuna varılmıştır (Erol vd., 1998). Hastalık Kaygısı Bozukluğunun görülme sıklığının yaş gruplarına göre değişim gösterip göstermediğine dair bilgiler sınırlı ve net değildir. Bu konuda yapılan tahminlere göre ise yaşlılarda görülme sıklığının %3.9 ile %33 aralığında olabileceği düşünülmektedir (Barsky, 1999). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada Hastalık Kaygısı Bozukluğu teşhisi konulan bireylerin yaş ortalamalarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Kılıç, 1998). Öte yandan genel anlamda bakıldığında, alanda yapılan çalışmalarda Hastalık Kaygısı Bozukluğunun yayılım oranında cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaş gibi sosyo demografik özellikler açısından ciddi farklılıkların bulunmadığı görülmektedir (Yavuz, 2012).

### **1.2.2. Hastalık Kaygısı Bozukluğu Etiyolojisi**

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun etiyolojisine bakıldığında literatürde bu hastalığın nedenleri olarak farklı olgular belirtilmektedir. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun nedenlerinden biri olarak hipokondriyak bireylerin bedensel algı ve duyularının yüksek olduğu söylenmektedir. Bireylerde bu sebeple yaşadığı normal bir kalp çarpıntısı, baş ağrısı gibi tüm bedensel semptomları daha fazla duyumsamasından kaynaklı olarak bunun bir hastalık belirtisi olduğuna inanması durumu söz konusu olabilmektedir. Öte yandan bireyler, çevrelerinde duyduğu bir hastalığı kendilerinde de olabileceği ihtimalini düşünerek kaygılanır ve bu da Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sebep olabilmektedir. Aynı zamanda yakın birinin ölümünden sonra ya da herhangi bir kitle iletişim aracından duyulan hastalık haberinden sonra da bireyde Hastalık Kaygısı Bozukluğu gelişebilmektedir.

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Anksiyete Bozuklukları, Stres, Şizofreni gibi farklı psikiyatrik bozuklukların sonucunda oluştuğuna, bu bozuklukların sebep olduğuna dair düşünceler de literatürde bulunmaktadır. Birey farklı bir sorunu

bastırmak ve yüzleşmemek adına fiziksel rahatsızlıklarına yönelebilmektedir (MEB, 2012).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun bir diğere nedeni olarak gösterilen durumsa, bireylerin hasta olma toleranslarının düşük olmasıdır. Öte yandan sosyal öğrenme modeli; ailesinde ya da yakın çevresinde hipokondriyak olan kişilerin, bu sosyal öğrenme yoluyla hasta rolünü yapmayı benimsediklerini ve bu şekilde davranış sergilediklerini öne sürmektedir (Forister, 2007).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunu ele alan, bir başka kuram olan psikodinamik kurama göre ise; bireyin, çevresindeki diğere kişilere yönelik olan öfke ve olumsuz düşüncelerini içselleştirerek, bunu bedenine fiziksel yakınma olarak yansıtması durumu Hastalık Kaygısı Bozukluğunun nedenleri arasındadır. Bireyin içinde biriktirdiğı öfke ve saldırgan duygularını savunma mekanizmaları aracılığı ile fiziksel semptomlara dönüştürmesi kişide Hastalık Kaygısı Bozukluğuna neden olmaktadır (Rief ve Barsky, 2005).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun çevresel ve bilişsel nedenleri dışında kalıtsal ve biyolojik etkenleri de incelenmiştir. Buna göre fizyolojik uyarılmışlık, bağışıklık sistemi ve endokrin sistem, beyindeki nörotransmitterler, amino asitler ve beyin bölgelerindeki değışimler üzerinde durulmuştur. Yapılan çeşitli incelemeler sonucunda Hastalık Kaygısı Bozukluğı olan bireylerin frontal korteks ve hipofiz bezi ağırlıklarında bir azalma, talamus ağırlığında ise artış olduğı görülmektedir (Atmaca vd., 2010).

Biyolojik etkenlerin yanı sıra Hastalık Kaygısı Bozukluğunun gelişimindeki kalıtsal etkiler de çeşitli araştırmalarla incelenmiştir. Yapılan çalışmalara göre, bu bozukluğun direkt kalıtsal olarak aktarıldığına dair net bir sonuç elde edilmemekle birlikte, ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda aşırı fiziksel meşguliyet ve algılar ile abartılı bedensel duyum hissetme davranışları üzerinde kalıtsal bir etkinin var olduğı fakat bunun düşük düzeyde olduğı ortaya koyulmaktadır (Hollifield, 2005).

Literatürdeki çalışmaların ortaya koyduğı sonuçlar ışığında, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun gelişiminde erken çocukluk dönemindeki sosyal öğrenme olgularının

önemli olduğu kanısına varılmaktadır. Çocukların ailelerinden edindiği tecrübe ve öğrenmeler Hastalık Kaygısı Bozukluğuna neden olarak gösterilmektedir. Bu bozukluğa sahip çocukların şikâyet ettiği bedensel yakınmalar genellikle aile bireylerinin yakınmalarıyla benzer nitelikte olmaktadır. Öte yandan yetişkinlerin bedensel yakınmalarının da kendi ebeveynlerinin yakınmalarıyla benzerlik gösterdiği belirtilmektedir (Hollifield, 2005).

Bireylerde “her belirti bir hastalık habercisidir”, “iyi olduğum her zaman sağlıklı olduğum anlamına gelmiyor”, “yanlış teşhis konmuş olabilir” gibi çarpıtılmış otomatik düşüncelerin sıklıkla var olması, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun nedenleri arasında sayılabilmektedir. Birey bu çarpıtılmış düşüncelerle bir hastalığa sahip olduğuna kendisini inandırmaktadır. Kişi, gerek bu çarpıtılmış düşüncelere ve yanlış yorumlanan bedensel belirtilere fazla odaklanmakta, gerekse internet, televizyon, gazete haberleri gibi çeşitli kitle iletişim araçlarından ve çevresindeki bireylerden duyduğu bu düşünceleri destekler niteliklerde ifadeleri de içselleştirmektedir. Bu durum bireyin sürekli muayene olma, tahlil yaptırma amacıyla tekrarlayıcı şekilde hekime başvurmasına neden olmaktadır. Söz konusu çarpıtılmış düşüncelerin de Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ortaya çıkmasına sebebiyet verebildiği görülmektedir (Yavuz, 2012).

Çeşitli kuramlarla da ortaya konulan bilgilere ve araştırmalara bakıldığında çocukluk çağı travmalarının da Hastalık Kaygısı Bozukluğu etiolojisinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bu bozukluğa sahip bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, geçmiş yaşam deneyimlerinde çocukluk çağı travmalarının varlığı görülmüştür. Buna göre özellikle çocukluk döneminde deneyimlenen cinsel ve fiziksel istismarlar ile çocukluk çağı travmalarının, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ortaya çıkmasında önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir (Barsky, 1996).

### **1.2.3. Kuramlara Göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu**

#### **1.2.3.1. Psikodinamik Kuram**

Psikodinamik kuramda Hastalık Kaygısı Bozukluğu, somatizasyon kavramı içerisinde genelleştirilerek ele alınmıştır. Psikodinamik kuramı benimseyen araştırmacılar, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun cinsellik ve saldırganlık dürtülerinin

yansıtılması ya da suçluluk ve düşük özgüven duygularıyla başa çıkabilmek adına, bireyin geliştirdiği bir savunma mekanizması olarak iki ayrı boyutta incelemiştir. Aynı şekilde Freud, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun insanda var olan cinsellik ve saldırganlık dürtülerinden kaynaklandığını ileri süren ilk kuramcılardan olmuştur. Freud'a göre bu libidinal dürtülerin, zamanla kendini bedensel belirtiler olarak gösterdiğini ve böylelikle bireylerde Hastalık Kaygısı Bozukluğu semptomlarının oluştuğunu dile getirmektedir (Barsky ve Klerman, 1983). Diğer bir deyişle psikodinamik kurama göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu, kişinin çevresindeki bireylere yönelik duyduğu öfke, düşmanlık ve saldırganlık duygularını zamanla içselleştirerek, bu dürtülerini yer değiştirme savunma mekanizması aracılığıyla bedensel semptomlara dönüştürmesi durumudur (Hocaoğlu, 2015).

Psikodinamik kuram her bireyin sevilme, ilgi görme, temel ihtiyaçlarının giderilmesi, fiziksel anlamda temas etme gibi birtakım gereksinimleri olduğunu belirtmektedir. Bu dürtülerin yeterince doyurulamadığı durumlarda, bireyin bu ihtiyaçlarının hipokondriyak belirtilere dönüştüğünü ileri sürmektedir. Birey bu dürtülerini fiziksel semptomlara dönüştürerek, yakınlarından ya da çevresinden ilgi görme, sevilme ihtiyaçlarını bu şekilde karşılama eğilimine girmektedir. Bu durum da Hastalık Kaygısı Bozukluğunu ortaya çıkarmaktadır (Barsky ve Klerman, 1983). Bununla birlikte psikodinamik kuram çerçevesinde Hastalık Kaygısı Bozukluğunun, bireyin ölüme karşı olan korkusunu yansıtmaya şekli olarak da ele alınabileceği düşünülmektedir (Wahl, 1963).

Psikodinamik kuramın ortaya koyduğu başka bir görüş ise, kişideki agresif ve saldırganlık dürtülerin bastırma, yer değiştirme gibi savunma mekanizmaları kullanılarak bedensel semptomlara dönüştürülmesi durumudur. Bireyin içinde biriken öfke duyguları zamanla fiziksel semptomlar olarak kendini göstermektedir (Yavuz, 2012). Bu kişiler hipokondriyak semptomlar nedeniyle önce çevrelerinden yardım ve çeşitli destekler talep edip ilgi ve bakım görerek, sonra da bu yardımları çeşitli bahanelerle geri çevirerek öfke duygularını bastırmaya çalışmaktadırlar. Bununla birlikte bireyler, Hastalık Kaygısı Bozukluğunu kendilerinde var olan suçluluk duygusuna karşı bir savunma mekanizması olarak kullanmaktadırlar. Böylece bedenlerinde hissettikleri ağrı ve acıyı suçluluk duygularını temizleyici bir

kefarete olarak algılamaktadırlar. Kendilerini bir bakıma cezalandırarak bu suçluluk duygusundan kurtulmaya çalışırlar (Seç, 2009).

Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan bireyler, kendini ifade etme, isteklerini belirtme ve özgüven duygularıyla ilgili sıkıntılar yaşamaktadırlar. Bu durum bireyde anksiyete gelişimini tetiklemektedir (McCranie, 1979). Öte yandan psikodinamik kuram, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun bireylere birincil ve ikincil kazanç sağladığını belirtmektedir. Birincil kazanç, bireyin öfke dürtülerinin yarattığı çatışmayı bastırmasında rol oynamaktadır. İkincil kazanç ise bireyin herhangi bir hastalığa sahip olması durumunda çevresinden göreceği ilgi, sevgi, kabul görme gibi, hastalık dışında elde edemeyeceği kazançları bu sayede elde etmesidir. Birey bu kabul görmeyi elde edebilmek adına hipokondriyak belirtiler göstermektedir (Barsky ve Klerman, 1983; Wahl, 1963).

Psikodinamik kuramın sıklıkla üzerinde durduğu çocukluk çağı deneyimleri ve travmaları da Hastalık Kaygısı Bozukluğu için bir risk faktörünü oluşturmaktadır. Alanyazında yapılan bazı araştırmalar, Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalığına sahip bireylerde özellikle 17 yaşından önce cinsel istismar ve fiziksel şiddet gibi travmatik deneyimlerinin var olduğunu, bununla birlikte çocukluk döneminde geçirilen farklı hastalıkların ve çocukluk çağı travmaları olan bireylerin, diğer bireylere göre daha yoğun şekilde Hastalık Kaygısı Bozukluğuna yakalandığını ortaya koymaktadır (Barsky vd., 1994; Noyes vd., 2002).

#### 1.2.3.2.Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal Öğrenme Kuramının öncülerinden biri olan Bandura, bireylerin benimsediği davranışlarının büyük bir çoğunluğunu, çevresinde var olan diğer insanların eylem ve davranışlarını gözlemleme, taklit ederek modelleme yoluyla öğrendiğini dile getirmektedir. Sosyal öğrenme kuramı ise genel anlamıyla bu düşünce üzerine temellendirilmektedir. (Bayrakçı, 2007). Hastalık Kaygısı Bozukluğu ışığında, sosyal öğrenme modelinin depresyon, anksiyete gibi çoğu ruhsal ve kronik fiziksel hastalığın etiolojisinde etkisinin var olduğu söylenebilmektedir.

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun etiolojisinde de sosyal öğrenmenin etkisinin çok sık vurgulandığı görülmektedir. Hipokondriyak bireylerin sosyal öğrenme

modeli aracılığıyla hasta rolünü benimsediklerini ve davranışlarını bu şekilde sürdürdükleri öne sürülmektedir (Hocaoğlu, 2015). Aynı zamanda farklı bir ikincil kazancın varlığı da bu hasta rolünü sürdürme etkenlerinden biri olmaktadır (Yavuz, 2012). Bireyin sahip olduğu semptomlar ise sosyal öğrenme modeliyle öğrenilen hastalık rolünün bir sonucudur. Birey bu fiziksel semptomları, günlük yaşamda karşılaştığı zorlu ve baş edilemez sorunlardan ve olası görev/sorumluluklarından bir kaçış yolu olarak görmektedir. Hastalık rolü yapması neticesinde söz konusu sorumluluklardan muaf tutulacağını düşünmektedir ve nitekim de çoğunlukla bu şekilde sonuçlanır (Özmen, 1999).

Bununla birlikte ilgi ve sevgi görme isteği her çocuğun ihtiyacıdır. Buna göre çocuğun gelişim döneminde, yetiştiği aile ortamında yalnızca hasta olduğu zamanlar gerekli ilgiyi görmesi bunun dışında beklediği ilgi ve sevgiye sahip olamaması, çocuğun hasta rolü yapma davranışını öğrenmesiyle, bu davranışın pekişmesine neden olmaktadır. Öte yandan çocuğun yetiştiği ailede sağlık sorunlarına çok fazla önem verilmesi, ya da ailede hasta bireylerin var olması da yine bu davranışın sosyal öğrenme modeliyle pekişmesine neden olabilmektedir (Brodsky, 1984).

Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalığına sahip bireylerin klinik özelliklerine bakıldığında, yaşamlarının temel noktasında ve sosyal ilişkilerinin içeriğinde yaşadıkları sağlık sorunları önemli bir yer edinmektedir. Sosyal öğrenme kuramına göre, bu hipokondriyak davranışlar geçmiş dönemlerde öğrenme yoluyla edinilmiştir. Birey bu sağlık sorunlarından kaynaklı olarak ilgi, sevgi görme gibi ikincil kazançlar sağlama konusunda istikrarlıdır. Bireyin, bu hastalık sahibi olma davranışlarının da geçmiş dönemlerde türlü sebeplerle hasta olan ve bunun sonucunda ilgi gördüğüne şahit olan bireylerden öğrendiği ileri sürülmektedir. Bu bireyler için hastalık sahibi olmak, hem ilgi görmenin hem de sorumluluklardan kaçınmanın bir yolu olarak görülmektedir (Barsky ve Klerman, 1983).

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda bireylerin çocukluk dönemlerinde yetiştiği çevredeki sosyal öğrenme olguları üzerinde sıklıkla durulmuştur. Yapılan klinik çalışmalarda Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan çocukların bedensel yakınmaları, çoğunlukla aile bireylerinden



herhangi birinin ya da birkaçının yakınmalarıyla yüksek oranda benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte yetişkinlerin fiziksel semptomlarının da kendi ebeveynlerinin semptomlarıyla ciddi benzerlikler olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların sonuçları Hastalık Kaygısı Bozukluğu etiyolojisinde sosyal öğrenme modelinin etkisini ortaya koyan ve destekler nitelikte olan bulgulardır (Hollifield, 2005).

Öte yandan bireyin yaşadığı kültürel ortam da hastalıklara olan bakış açısını ve algısını etkilemektedir. Kişi, hastalıkları ve hastalıklara olan yaklaşımını yaşadığı kültürel ve sosyal ortamdan öğrenir. Bu algı ve düşünceler nesiller boyu aktarılır. Bireyin yetiştiği kültürde hastalık kavramına olan tutum ve davranışları, birey sosyal öğrenme modeliyle öğrenir ve zamanla pekiştirir. Bunun sonucunda söz konusu hastalıkta yaşanan kültür nasıl bir tutum sergiliyorsa, bireyin de buna benzer şekilde bir tutumla yaklaşması beklenmektedir (Brodsky, 1984).

#### 1.2.3.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuram; bireyin çevresini nasıl algıladığı, çevresiyle ilgili bilgi edinme yollarını, davranışlarının niteliğini ve bu davranışların çevresi üzerindeki etkisi ile ilgilenen bir kuramdır (Scheerer, 1954). Hastalık Kaygısı Bozukluğunun etiyolojisinde de yer alan, bireyin çarpıtılmış otomatik düşüncelere sahip olması Hastalık Kaygısı Bozukluğunun nedenleri arasında sayılmaktadır. Bireyin dikkatinin, bu sağlığıyla ilgili çarpıtılmış düşüncelere odaklanması ciddi bir hastalığa yakalandığına yönelik inançlarını pekiştirmektedir. Söz konusu çarpıtılmış düşüncelerin yoğunluğunun da Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olduğu görülmektedir Bu durum bireyin sık sık hekime başvurmasını ve muayene olmayı talep etmesini tetiklemektedir (Yavuz, 2012).

Bilişsel kuram, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun bireyin bilişsel düşüncelerine ve çevreyi algılama şekline dayalı olduğunu ileri sürmektedir. Bu doğrultuda bilişsel kuram, Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastaları için üç farklı bilişsel özellik ortaya koymaktadır;

1) Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireyler, günlük hayatta normal olarak karşılanan fiziksel duyularına karşı daha duyarlıdır ve daha abartılı yaşarlar.

2) Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin fiziksel fonksiyonlarına karşı algısal bir duyarlılık söz konusu olmaktadır.

3) Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin duygusal terimlerden çok, daha fiziksel terimleri tercih ettikleri görölmektedir (Barsky ve Klerman, 1983).

“Somatosensory Amplification” olarak bilinen bedensel duyuları büyütme, bireylerin bedensel duyularını abartma, yoğun ve rahatsız edici şekilde algılama eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel kuram, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun bu bedensel duyuları büyütme eğiliminden kaynaklandığını öne sürmektedir. Hipokondriyak bireylerin, fiziksel semptomlarına yönelik tolerans eşikleri düşüktür ve daima büyütme eğiliminde olmaktadırlar. Somatosensory Amplification, diğer adıyla bedensel duyuları aşırı büyütmenin bileşenleri ise şunlardır: Bireyin kendini denetlemesinde artış, fiziksel duylara yönelik odaklanmada artış, hipervijilans, fiziksel belirtileri normal olarak değerlendirmek yerine, anormal ve ciddi bir hastalık habercisi olarak değerlendirmek, söz konusu semptomların abartılı şekilde algılanması sonucu ortaya çıkan anksiyete durumu.

“Somatosensory Amplification”, diğer adıyla bedensel duyuları aşırı büyütme eğiliminin, bireyde söz konusu hastalık düşüncelerinin olması, normal karşılanması gereken belirtilerin bilişsel düzeyde yoğun algılanması sebebiyle Hastalık Kaygısı Bozukluğuna neden olduğu düşünülmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastası olan bireylerde, diğer bireylere oranla daha yüksek Somatosensory Amplification Scale (SSAS) oranı olduğu sonucuna varılmıştır (akt. Seç, 2009).

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireyler sıradan fiziksel semptomlara fazla odaklanarak, bu semptomları ciddi bir hastalıkla ilişkilendirmektedirler. Örneğin göğsünde fark ettiği bir sertliği, kanser belirtisi olarak görmekte ve kendisinin kanser olduğu inancına kapılmaktadır. Bu bozukluğuna sahip olmayan bireyler de zaman zaman bu belirtilere yönelik kaygı geliştirebilir fakat bunu spesifik bir hastalıkla ilişkilendirmemektedirler. Bu sebeple bu bireylerde Hastalık Kaygısı Bozukluğu gelişimi görölmemektedir (Marcus vd., 2007).

#### **1.2.4. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Gelişimsel Faktörleri ve Risk**

##### **Faktörleri**

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun gelişimini etkileyen faktörler arasında biyolojik unsurlar, çevresel faktörler, bilişsel süreçler, çarpıtılmış düşünceler, süregelen farklı komorbid rahatsızlıklar, kalımsal unsurlar sayılabilmektedir. Öte yandan Hastalık Kaygısı Bozukluğu için risk faktörlerine bakıldığında, bireyin çocukluk dönemlerinde yaşadığı ruhsal travmalar, geçirdiği rahatsızlıklar ve ebeveynlerinin bu hastalık sürecine karşı tutumu da Hastalık Kaygısı Bozukluğunun gelişimini etkileyen risk faktörleri olarak sayılabilmektedir. Ebeveynin, çocuğun geçirdiği hastalığa ve hastalık sürecine karşı olan aşırı kaygılı, saplantılı ya da aşırı umursamaz tutumu, bireyin fiziksel semptomlarına olan algısını arttırabilmekte ve böylece birey için Hastalık Kaygısı Bozukluğu riskinden söz edilebilmektedir (Brodsky, 1984).

Bununla birlikte ilgi ve sevgi çocuğun duygusal ihtiyaçlarından biridir. Çocuğun yalnızca hasta olduğunda beklediği ilgi ve sevgiyi görmesi, hastalık dışındaki süreçte bu ilgiden yoksun bırakılması durumu da yine Hastalık Kaygısı Bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü olarak görülebilmektedir (Brodsky, 1984). Çocuğun beklediği ilgi ve sevgi görebilmesi adına sürekli hasta rolünü benimsemesi söz konusu olabilmektedir. Bu durum da zamanla Hastalık Kaygısı Bozukluğuna neden olmaktadır.

Bireyin günlük yaşam akışında yaşadığı olumsuz durumlar, çeşitli stres kaynakları, yetiştiği ortam, yetiştirilme tarzı, birlikte yaşadığı bireylerin tutum ve davranışları Hastalık Kaygısı Bozukluğu için birer risk faktörünü oluşturabilmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında Barsky, Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip olan bireylerin fiziksel duyumlarına karşı daha hassas ve duyarlı olduklarını ileri sürmektedir. Bununla birlikte bireyin fiziksel duyumlarının yükselmesinin, hastalığın gelişimi için bir risk faktörünü oluşturduğunu öne sürmektedir (Barsky, 1983). Öte yandan bireyde Depresyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Şizofreni gibi farklı bir ruhsal bozukluğun varlığı da Hastalık Kaygısı Bozukluğu gelişimini tetikleyebilmektedir (Şendağ, 1989).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunda cinsiyet grupları arasında risk olma faktörünün farklılık göstermediği görülmektedir. Diğer bir deyişle kadın olma durumu ya da erkek olma durumu, Hastalık Kaygısı Bozukluğu için risk faktörü oluşturmamaktadır. Bununla beraber medeni durum, yaş, eğitim durumu gibi sosyo demografik özelliklerin de belirli bir risk unsuru oluşturduğu söylenememektedir (Asmundson, 2001).

### **1.2.5. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Belirtileri**

Hastalık Kaygısı Bozukluğu bozukluğunun temel belirleyicisi, bireyde bedensel bir hastalığın olduğuna dair aşırı bilişsel meşguliyet davranışının görülmesidir. Temeli bilişsel meşguliyet olduğu bilinen Hastalık Kaygısı Bozukluğunun kalp çarpıntısı, aşırı terleme, zaman zaman öksürme, bedende küçük yaraların oluşması gibi daha genel belirtileri olabileceği veya damar sızlaması, kalbin fazla çalışması ve yorulması gibi daha değişik bedensel yakınmaları da beraberinde getirdiği söylenebilmektedir. Birey var olan bu fiziksel belirtilerin ışığında kendisinde ciddi bir hastalığın var olduğuna dair yoğun kaygı yaşamaktadır ve tüm bu belirtileri o hastalığın habercisi olarak algılamaktadır. Söz konusu hastalık bazen beden farklı organlarına yayılacak şekilde olmakla birlikte bazen de beyin, kalp gibi tek bir organa yönelik odaklanma da söz konusu olmaktadır (Yavuz, 2012). Birey kendi bedeninde deneyimlediği fiziksel belirtileri yanlış yorumlayarak, hastalık inancına ve buna bağlı olarak yüksek hastalık kaygısına sahip olmaktadır (Hitchcock, 1992).

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireyler hastalık inançlarının ve buna yönelik kaygılarının gereksiz ve anlamsız olduğunun bilincindedirler. Fakat duydukları kaygı düzeyiyle baş etme konusunda yetersiz kalırlar ve bu yüzden anksiyeteleri yüksektir. Sürekli doktora başvurma öyküleri bulunmaktadır. Muayene, tahlil, tetkik gibi birçok gereksiz işlem yaptırırlar. Doktordan hasta olmadıklarına dair bilgi de alsalar yine de bu kaygı düzeyini düşürmede başarısız olurlar. Aynı zamanda bu bozukluk, bireylerin aile üyeleri ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini de olumsuz etkilemektedir (MEB, 2012).

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin vucutlarında yakındıkları semptomlar genellikle günlük yaşam akışında normal karşılanabilecek, tehlikeli olmayan semptomlardır. Bireyler bu semptomlar karşısına aşırı kaygılanarak normal bir semptomu abartılmış bir şekilde aktarırlar. Örneğin göğsünde hissettiği bir sertliği kendi düşünce sisteminde yanlış yorumlayarak kanser belirtisi olduğunu düşünür ve kendisinin kanser olduğuna dair yoğun bir inanç ve kaygı durumu oluşmaya başlar (Seç, 2009). Aynı zamanda yapılan bir araştırmada özellikle gebe kadınlarda hipokondriyak semptomların hamilelik süresince görülebildiği sonucuna varılmıştır (Fava vd., 1990).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun klinik görünümü açısından belirleyici noktalardan biri de, bu bozukluğa sahip bireylerin sık sık doktor ziyaretleri ve muayene geçmişlerinin olması durumudur (ztrk, 2004). Bu bireylerin sağlık alanına dair yoğun merakları vardır. şüphelendikleri hastalığa dair sürekli tıp kitaplarından ya da farklı kaynaklardan araştırmalar yaparlar. Sürekli olarak acil servis ziyaretleri bulunmaktadır ve ilaç prospektüslerini incelerler. Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin, evlerinde çok sayıda ilaçların bulunması durumu da görülmektedir. Herhangi bir sağlık sorunu olmadığını dile getiren doktorlara güvenleri olmaz ve bu doktorların doğru teşhis koyamadıklarını dşnrlar. Bu sebeple sıklıkla doktor değişirme girişiminde bulunurlar. Doktorların tanı ve teşhislerini sorgulayarak, doktorla tartışma ortamına da neden olabilmektedirler (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun klinik belirtileri ve özellikleri; bilişsel belirtiler, fiziksel belirtiler, hipokondriyak korkular ve davranışsal belirtiler olarak dört ayrı kategoride incelenebilmektedir (Taylor ve Asmundson, 2004).

#### 1.2.5.1. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Bilişsel Belirtileri

Hastalık inancı, bireyin kendinde bedensel bir hastalığın var olduğuna inanması durumudur. Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin kendilerinde var olan hastalığa inançları tamdır ve başvurdukları hekimlerin doğru teşhis koyamadıklarını düşünmektedirler. Yaptırdıkları tetkiklerin sonuçlarına göre

doktorlarından hasta olmadıklarına, sağlıklı olduklarına dair bilgi de alsalar, yine de bu kaygı düzeylerinde azalma görülmemektedir (Taylor ve Asmundson, 2004).

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin söz konusu belirtilerinin, fiziksel belirtiler olduğu yönündeki düşünceleri sabit ve karardır. Öte yandan bu belirti ve yakınmaların psikolojik temelli olduğuna dair fikirleri de kesinlikle reddederler. Sürekli ciddi bir hastalığa yakalanacaklarına dair bir kaygı taşımaktadırlar ve zihinlerini daima bu düşünceyle meşgul etmektedirler (Taylor ve Asmundson, 2004). Bedenlerinde oluşan belirtilere yönelik duyarlılıkları yüksek düzeydedir. Bu düşünce ve aşırı bedensel duyarlılık, beklenmedik şekilde kendiliğinden oluşmaktadır (Warwick ve Salkovskis, 1989).

#### 1.2.5.2. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Fiziksel Belirtileri

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin vücudunda söz ettikleri ve yakındıkları belirtiler gerçekçidir. Fakat ciddi ve tehlikeli boyutlarda olmayan bedensel değişimlerden ibarettir. Bireylerin yakındıkları semptomlar genellikle tutarsız, spesifik bir hastalığa ait veya bedenin tamamına yayılmış durumda olmaktadır. Bu bireyler çoğunlukla vücudunun belli bölgesinde ağrı, bağırsak problemleri ve kalple ilgili semptomlardan yakınmaktadırlar. Bu bozukluğa sahip bireylerde, bu belirtilerin verdiği rahatsızlıktan çok, hangi hastalığın habercisi olduğuna dair yoğun bir kaygı durumu söz konusu olmaktadır (Barsky ve Klerman, 1983).

Aynı zamanda Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireyler, gaz ve şişkinlik problemleri, göğüs ağrısı, karın ağrısı, sırt ve bel ağrısı, halsizlik, kalp çarpıntısı gibi semptomlardan da sıklıkla yakınmaktadırlar. Öte yandan fiziksel anlamda özellikle nörolojik ve kardiyak belirtilerin sıklıkla görüldüğü bu bireylerde, kanser olduklarına dair düşünce kaygılarının da yoğun olarak görüldüğü söylenebilmektedir. (Koroğlu ve Güleç, 2007).

#### 1.2.5.3. Hipokondriyak Kaygılar

Hastalık Kaygısı Bozukluğunda, bireylerin duydukları kaygı iki ayrı sınıfta incelenebilmektedir. Bunlar; bireyin şuanda ciddi bir hastalığa yakalandığı, diğer kaygı tipi ise bireyin gelecekte önemli bir hastalığa sahip olacağına dair duyduğu

kaygıdır. Birey, bu kaygı tiplerinden birine sahip olmakla birlikte aynı anda ikisine de sahip olabilmesi söz konusudur. Öte yandan tv programlarından duydukları bilgiler ya da hasta olan farklı bireylerle iletişim kurmaları halinde de bu kaygı ve korku seviyeleri yükselmektedir. (Taylor ve Asmundson, 2004). Bununla birlikte hipokondriyak kişiler genellikle anksiyözdürler ve çoğunlukla depresif duygudurumda olmaktadır. Hasta olduklarına ya da ciddi bir hastalığa yakalanacaklarına dair duydukları kaygı, bireyde ciddi çökkünlüğe ve depresifliğe neden olmaktadır (Köroğlu, 2004).

#### 1.2.5.4. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Davranışsal Belirtileri

Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin davranışsal belirtilerini incelemek için bireyde hangi tip kaygının var olduğunu belirlemek önemlidir. Şuanda ciddi bir hastalığa sahip olduğunu düşünen ya da ilerde önemli bir hastalığa yakalanacağına dair kaygı duyan bireylerin gösterdiği davranışsal tepkiler birbirinden farklılık göstermektedir (Taylor ve Asmundson, 2004).

Ciddi bir hastalığa sahip olduğunu düşünen bireylerin tepkileri daha çok; sürekli hekime başvurma, bir dizi gereksiz tahlil ve tetkit yaptırma, sık sık muayene olma, vücudunu kontrol ettirme gibi davranışlar ile uyumludur. Bu davranışsal tepkiler genellikle bir uzmandan güvence arama, hastalık teşhisini koydurarak tedaviye başlamak isteme, sürekli farklı hekim ve kaynaklardan bilgi edinmek isteme, alternatif tıp yöntemlerini araştırma gibi davranışlar olmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Aynı zamanda Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip bireylerin, evde veya işyerinde sorumlu olduğu işlerden kaçmak adına hastaymış gibi davranarak hastalık rolünü sergiledikleri de görülmektedir (Barsky, 1992).

Genel anlamıyla Hastalık Kaygısı Bozukluğunun belirtilerinin maddeler halinde sıralanması aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 1.1.** Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Belirtileri (Taylor ve Asmundson, 2004).

Bilişsel Özellikler	- Hastalık inancı - Hastalık meşguliyeti - Fiziksel değişikliğe yönelik hipervijilans
---------------------	---

	- Tıbbi güvenceyi kabul etmede zorluk
Fiziksel Özellikler	- Kaygı ile İlgili fiziksel reaksiyonlar -Sakıncasız fiziksel değişiklikleri yanlış yorumlama
Hipokondriyak Korkular	-Şuanda bir hastalığa yakalanmış olmaya yönelik korku -Gelecekte bir hastalığa yakalanma ihtimaline yönelik korku -Hastalıkla ilişkili uyaranlara maruz kalmaya yönelik kaygı ve korku
Davranışsal Tepkiler	- Tekrarlayıcı şekilde bedenini kontrol etme -Ciddiye alınması gereken bir semptomu ve hastalığı olmadığına dair güvence arayışı - Tekrarlayıcı tahlil ve tetkik yaptırma talebi -İnternet, tıp kitapları gibi bilgi kaynaklarından bilgi edinme -Hastalıkla ilişkili uyarlardan kaçınma

Gelecekte ciddi bir hastalığa yakalanacağına dair korku ve kaygıları olan bireylerde ise hastalıkla ilgili olabilecek her türlü eylem ve uyarlardan kaçınma gibi davranışsal tepkiler görülebilmektedir. Ciddi bir hastalığa yakalanma kaygısı yaşayan bireyler, hastane, hekim gibi hastalıkla ilgili olabilecek, hastalığı çağrıştıracak her türlü uyarlardan kaçınma davranışı göstermektedirler. Hastalığa yakalandıklarını düşündüklerinde ise tam tersi olarak hastane ve hekim arayışına girmekte, sık sık hekim ziyareti girişimlerinde bulunmaktadırlar (Taylor ve Asmundson, 2004).

Hastalığa sahip olduğunu düşünme ve gelecekte hastalığa yakalanma korkusu olan bireylere ek olarak, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun alt grubunu oluşturdukları düşünülen (Taylor ve Asmundson, 2004), sürekli sağlıklı beslenme eğiliminde olma, vitaminler tüketme, yoğun spor ve egzersiz yapma, zorlu diyet programlarına girme



gibi davranışlar gösteren bir türünün de olduğu belirtilmektedir (Barsky ve Klerman, 1983).

Bireylerin yaşamın doğal akışı içerisinde yaşadığı bazı stresli durumlar, farklı sağlık problemleri, sevilen birinin kaybı gibi stres unsurlarının varlığı, kısa süreli Hastalık Kaygısı Bozukluğu semptomlarını ortaya çıkarabilmektedir (Sadock ve Sadock, 2005). Sağlıklı olan bireylerin %10 ile %20'lik diliminde hasta olmaya yönelik zaman zaman bazı kaygıların olabileceği bildirilmektedir. Yine aynı şekilde herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan bireylerin %45'inde belli bir nedeni olmayan hastalık korkularının görülebileceği öne sürülmektedir (Kellner, 1987).

Bireyin sosyokültürel durumu, sosyoekonomik durumu ve eğitim durumu gibi demografik özelliklerinin de Hastalık Kaygısı Bozukluğu semptomlarının niteliği üzerinde etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Birey, kendi ait olduğu sosyokültürel ve sosyoekonomik kesimin özelliklerine uygun şekilde şikâyetlerini dile getirmektedir. Düşük seviyeli bir kültüre sahip birey daha basit, ilkel ve tutarsız semptomlar gösterirken, eğitim ve kültür düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha tutarlı ve akılcı semptomlar ortaya koyduğu görülmektedir (Şendağ, 1989).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun klinik özelliklerinden biri olarak tartışmalı ve çekişmeli doktor hasta ilişkileri gösterilebilmektedir. Hipokondriyak bireylerin hastalıklarına olan inançları tamdır. Bu sebeple de doktorun tanı koyamadığını düşünerek sık sık hekim değiştirir veya hekimler tarafından reddedilme öyküleri bulunmaktadır. Özellikle psikiyatri alanındaki hekimlerin dışındaki diğer hekimler tarafından anlaşılması ve ilgilenilmesi zor hastalar olarak nitelendirilmektedirler. Bu sebeple hekimlerin bu bireylere gereksiz tahlil ve tetkik yaptırdığı da söz konusu olabilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan bireyler sağlık durumlarından çok, tanı almaya yönelik üstün bir gayret ve çaba içerisindedirler. Bu sebeple de semptomlarının etkilerinden çok, tanısız terminolojiyle alakadar olmaktadır. Tanı konulamadığı durumlarda da bundan rahatsızlık duyarak farklı tanısız girişimlerde bulunulmasını talep etmektedirler. (McCranie, 1979).

### **1.2.6. Hastalık Kaygısı Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri**

Günümüzde mental bozuklukları tanımlama ve sınıflandırma için en yaygın kullanılan sınıflandırma sistemi olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı koyabilmek için bazı tanı kriterleri ortaya koymaktadır. DSM-V bu sınıflandırma sisteminin son güncel halidir DSM-V'e göre Hastalık Kaygısı Bozukluğunun tanı kriterleri aşağıda verilmektedir.

#### **- DSM-V'e göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu Tanı Kriterleri;**

**A)** Ciddi bir hastalığı olduğunu ya da olacağını sürekli düşünme.

**B)** Bedensel belirti genellikle yoktur olsa bile ağır ve ciddi olmayan belirtilerdir. Kişi farklı bir hastalığa sahipse ya da bir hastalığa sahip olma ihtimali yüksekse (ailede ciddi bir hastalık öyküsü varsa) bu konuyu sürekli aşırı düzeyde düşünme görülmektedir.

**C)** Bireyin kendi sağlığı ile ilgili ciddi düzeyde bir kaygı ve korkusu mevcuttur, bu korkuya çok kolay şekilde kapılmaktadır.

**D)** Bireyin sağlık durumu ile ilgili davranışlarında, sürekli vücudunun bölümlerini kontrol etme gibi aşırı davranışlar veya hastaneye / hekime gitme konusunda kaçınma davranışları görülmektedir.

**E)** Bahsedilen, hastalık fikriyle aşırı meşguliyet durumu en az altı aydır var olmaktadır. Fakat kişinin korktuğu hastalık türü bu süreç içerisinde değişiklik gösterebilmektedir.

**F)** Hastalıkla ilgili sürekli düşünme ve hasta olmaya dair zihinsel meşguliyet, Bedensel Belirti Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Bedensel Algı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ya da Sanrılı Bozukluk, bedensel tür gibi farklı bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (DSM-V, 2014).

DSM-V, Hastalık Kaygısı Bozukluğu için birbirinden farklı iki tür tanımlamaktadır. Buna göre (DSM-V, 2014);

- Bakım Arayan Tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık muayenesi, tahlil, tetkik gibi tarama müdahalelerinde bulunma.
- Bakımdan Kaçan Tür: Sağlık bakımına, hastane ve hekimlere nadir olarak başvurma, kaçınma.

### **1.2.7. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Ayırıcı Tanı ve Komorbidi**

Hastalık Kaygısı Bozukluğu belirtilerinin fizyolojik bir hastalıktan kaynaklanmadığı kanısına varmak tanı koyma noktasında önem taşımaktadır. Ayırıcı tanıda öncelikle bireyde psikolojik kaynaklı olmayan organik bozuklukların varlığı sınanmalıdır. Bireyin şikâyet ettiği belirtileri gerekli tahlil ve tetkiklerle kontrol edilerek AIDS, endokrinopatiler, myastenia gravis, multiple skleroz, sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları, SLE, gizli neoplastik bozukluklar gibi fizyolojik bir hastalıktan, tanı konulamayan rahatsızlıklardan ayrılmalıdır.

Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı koyabilmek için bireyin ifade ettiği yakınmalarının hiçbir organik bozuklukla eşleşmemesi, tutarsız ve birbiriyle uyuşmayan belirtilerinin olması, farklı hastalık hikâyelerinin ifade ediliyor olması ve bireyin işlevselliğinin bozulacağı düzeyde yalnızca hastalık öyküsüne odaklanması önemli etkenlerdendir. Gerçek bir organik bozukluğa sahip bireylerin hastalığı dışında da sosyal faaliyetlerinin belli ölçüde devam etmesi beklenmektedir. Bir diğer ayırıcı tanı ise hipokondriyak bireyler, hekimlerin söylemlerine güvenmekte güçlük çekmekte, teşhis koyamadıklarını düşünmekte ve sık sık farklı hekimlere başvurma öyküleri bulunmaktadır.

Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı koymadan önce dikkat edilmesi gereken noktalardan biri de psikofizyolojik rahatsızlıkların bulunması durumudur. Bireyde bulunan migren, ülser, hipertansiyon gibi organik temelli olup psikolojik faktörlerden etkilenen rahatsızlıklar da göz önüne alınmalıdır. Söz konusu psikofizyolojik rahatsızlıkların temel sebebi fizyolojik rahatsızlıktır fakat bireyin içinde bulunduğu duygudurumun niteliğine göre de şekillenmektedir.

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun, diğer Somatizasyon ve Konversiyon Bozukluklarından da ayırt edilmesi gerekmektedir. Somatizasyon ve Konversiyon Bozukluğuna sahip olan bireylerdeki anksiyete düzeyinin düşük olduğu ve bireylerde

aldırmazlık davranışlarının görülebildiği bilinmektedir. Bununla birlikte Somatizasyon ve Konversiyon bozuklukları, özellikle kadınlarda daha fazla görülmesi ve sık sık hekime başvurma öykülerinin de bulunmaması ile ayırıcı tanı olarak göz önüne alınmalıdır.

Bireyin Anksiyete Bozukluklarına ya da Duygudurum Bozukluklarına sahip olması durumu da hipokondriyak belirtiler göstermesine neden olabilmektedir. Birey aynı anda hem Hastalık Kaygısı Bozukluğu hem de Duygudurum Bozukluğu veya Anksiyete Bozukluğu tanısı alabilir. Dikkat edilmesi gereken nokta ise, hipokondriyak belirtilerin yalnızca Anksiyete Bozukluğu ya da Duygudurum Bozukluğu nöbeti sırasında görülüyor olmasıdır. Hipokondriyak belirtilerin yalnızca söz konusu bozuklukların nöbetleri sırasında ortaya çıkması durumunda, bireye Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı konulmamalıdır. Fakat bireyde bu nöbetler dışında da hipokondriyak belirtiler görülüyorsa, birey hem Anksiyete Bozukluğu ya da Duygudurum Bozukluğu tanısı, hem de Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı almaktadır.

Araştırmanın temel değişkenlerinden birini oluşturan Panik Bozukluk ve Hastalık Kaygısı Bozukluğunda, bireyde kendi sağlık durumuna yönelik yoğun kaygılar mevcuttur. Panik Bozukluğu olan bireylerde Agorafobi eşlik ederken, Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan bireylerde somatik belirtiler daha fazla ön plandadır (Hiller vd., 2005). Panik Bozukluğu olan bireylerde panik atak geçirdiği sırada daha çok kalp krizi gibi kardiyolojik yakınmalar görülmekle birlikte, hipokondriyak bireylerdeki hastalık kaygısı daha çok kanser gibi hastalıklara yöneliktir (Noyes vd., 2002).

Monosemptomatik Hipokondriyazis olarak da adlandırılan sanrısız bozukluğun somatik tipinin Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile ayırt edilmesi önem taşımaktadır. Ayırıcı tanıda temel faktör, sanrısız bozukluktaki kişinin içgörü ve muhakeme yeteneklerinin zarar görmüş olmasıdır. Aynı zamanda monosemptomatik hipokondriyak bireylerde, vücudunun böcekler, haşereler tarafından sarıldığında ve dair bazı sanrısız düşünceler görülmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun, Özgül Fobiden de ayırt edilmesi gerekmektedir. Bireyin spesifik tek bir hastalığa dair korku ve kaygılarının Özgül Fobi olabilme ihtimalinin de göz önüne alınması gerekmektedir. Ayırt edici nokta Hastalık Kaygısı Bozukluğunun genel anlamda çeşitli hastalıklara yönelik olan kaygı durumu olmakla birlikte, Özgül Fobide tek bir hastalığa yönelik kaygının oluşması söz konusudur (Ryle, 1948).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun komorbiditesine bakıldığında ise genellikle şizofreni, Anksiyete Bozuklukları, Depresyon gibi Duygudurum Bozuklukları, Kişilik Bozukluklarının eşlik ettiği görülmektedir. Özellikle söz konusu psikiyatrik bozuklukların başlangıç dönemlerinde Hastalık Kaygısı Bozukluğunun geliştiğinden söz edilebilmektedir (Şendağ, 1989).

### **1.2.8. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Prognoz ve Tedavi Yöntemleri**

Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalığı genellikle süreğen devam etmekte ve kronikleşmektedir. Hastalık seyri içerisinde hastalığın pik yaptığı ya da düşüşe geçtiği inişli çıkışlı dönemler olabilmektedir. Özellikle bireyin yaşadığı sıkıntılı olaylar ve maruz kaldığı stres kaynakları olduğunda, hastalıkta pik evrelere geçilebildiği söylenebilmektedir. Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı alan bireylerin çoğunluğunda bir ile dört yıl sonrasında da hipokondriyak belirtilerin görülmeye devam ettiği söylenebilmektedir. Bununla birlikte Hastalık Kaygısı Bozukluğu belirtilerini yoğun şekilde göstermese bile, çoğunlukla bu bozukluğun kalıcı olarak yıllarca sürdüğü, kronik hale geldiği görülmektedir (Yavuz, 2012).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun iyi prognoz ölçütleri, bireyin sağlık durumunun iyi düzeyde olması, sosyoekonomik durumunun yüksek olması, komorbid bir ruhsal bozukluğunun eşlik etmiyor olması, varsa bile tedaviye olumlu yanıt veriyor olması, farklı bir bedensel hastalığının bulunmaması, ani şekilde başlaması Hastalık Kaygısı Bozukluğu için iyi prognoz ölçütlerinden sayılmaktadır (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun kötü prognoz ölçütleri ise, belirtilerin sıklığı şiddeti ve süresi, komorbid bir ruhsal bozukluğun eşlik ediyor olması, stres kaynaklarının varlığı, bireyin Hastalık Kaygısı Bozukluğu sayesinde ikincil

kazançlar elde ediyor olması, bireylerin fiziksel belirtilerini bilişsel olarak çarpıtması durumları da Hastalık Kaygısı Bozukluğu için kötü prognoz ölçütleri arasında sayılmaktadır (Sadock ve Sadock, 2005).

Bireylere Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı koymadan önce bireyin detaylı fiziksel muayenesinin, tahlil ve tetkiklerinin tam anlamıyla kapsamlı olarak yapılması ve şikâyet ettiği semptomların bedensel bir hastalıktan kaynaklanmadığının kesin olarak sonucuna varılması önem taşımaktadır (Yavuz, 2012). Aynı zamanda bireylerin hekim kontrolüne girmesi, muayene olması ve detaylı sağlık taramasından geçmesi, hekimin söz konusu belirtileri önemsemesi, bireyin güvencede hissetmesini sağlamaktadır (Köroğlu, 2004).

Hipokondriyak bireyler çoğunlukla tedaviye karşı direnç gösteren bireyler olmaktadır (Köroğlu, 2004). Şikâyet ettikleri belirtilerin fiziksel kaynaklı olduğu konusunda sabit fikirleri vardır ve bu belirtilerin psikolojik temelli olduğuna dair fikirlere karşı çıkmaktadırlar (Taylor ve Asmundson, 2004). Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı konulduktan sonra bireyin tekrarlayıcı şekilde sık sık hekime başvurması, gereksiz tahliller, tetkikler ve klinik girişimler yaptırmayı talep etmesi engellenmelidir. Bununla birlikte hastanın ilgisi zamanla yakındığı belirtilerden çok, toplumsal ve sosyal ilişkilere doğru kaydırılarak bunlara odaklanması sağlanmalıdır (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Hastalık Kaygısı Bozukluğu bozukluğunun tedavisi için kesin sonuç veren etkin bir tedavinin varlığına dair net bir bilgi bulunmamaktadır. Aynı zamanda Bilişsel Davranışçı Terapinin, Hastalık Kaygısı Bozukluğu üzerinde etkili ve geçerli bir tedavi yöntemi olduğu öne sürülmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Psikoeğitim, Davranışçı Terapi, Bilişsel Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi gibi terapi yöntemlerinin Hastalık Kaygısı Bozukluğu tedavisi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Thomson ve Page, 2007). Aynı zamanda Bilişsel Davranışçı Terapide bireyin Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalığı ile ilgili detaylı şekilde bilgilendirilmesi, fiziksel semptomlarının kaygıya yol açtığına yönelik farkındalık oluşturulması, hekime başvurma ve fiziksel muayene olmasının önüne geçilmesi, bilişsel çarpıtmalarının, hatalı düşüncelerinin fark ettirilmesi ve düzeltilmesi, tüm bu

yanlış algı ve davranışların yerine daha işlevsel düşünce kalıplarının yerleştirilmesi hedeflenmektedir (Salkovskis, 1989).

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin yanı sıra farmakolojik tedavi yöntemleri de mevcuttur. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun farmakolojik tedavisinde SSRI'lar (Selective Serotonine Reuptake Inhibitor) ve SNRI'ların (selective noradrenaline reuptake inhibitor) olumlu etkisi olduğu öne sürülmektedir. Özellikle Depresyon, Anksiyete Bozuklukları, Panik Bozukluk gibi Duygudurum Bozukluklarının da eşlik ettiği bireylerde SSRI'ların etkili bir tedavi yöntemi olduğu görülmektedir. Anksiyete, Depresif Bozukluk gibi ruhsal bozuklukların da var olduğu bireylerde farmakoterapinin daha etkili olduğunu sonucuna varılmıştır. Komorbidi depresyon olan bireylerde amitriptilin, Kaygı Bozukluğunun eşlik ettiği bireylerde ise klomipramin, fluvoksamin, fluoksetin ve sitalopramların Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ilaç tedavisinde yararlı etkiye sahip oldukları yönünde literatür bilgileri mevcuttur (Fallon vd., 1996; Fallon, 2004).

Bilişsel Davranışçı Terapinin yanı sıra Grup Terapilerinin (Köroğlu ve Güleç, 2007) ve Davranışçı Terapide kullanılan yöntemlerden biri olan “gerçek yaşamda alıştırma ve tepki engelleme” yönteminin de Hastalık Kaygısı Bozukluğu tedavisinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır (Visser ve Bouman, 2001). Gerek Bilişsel Davranışçı Terapi gibi terapi yöntemlerinin kullanılmasında, gerekse farmakoterapi kullanımında bireyle güven bağının kurulması, bireyin açık olarak detaylı şekilde süreç ve hastalık hakkında bilgilendirilmesi, tedavinin önemli noktalarından birini oluşturmaktadır. Farmakoterapide hastaya verilen ilacın hangi amaçla verildiği ve hangi noktada faydası olmasının beklendiği konusunda da birey bilgilendirilmelidir.

### **1.2.9. Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

Ulusal alanda yapılan bir çalışmada 120 Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan hasta ve 133 Hastalık Kaygısı Bozukluğu olmayan hasta kontrol grubu üzerinde inceleme yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip hastaların 4-5 yıllık bir süreçte semptomlarında düşüş olduğu ve işlevlerinin de iyileşme gösterdiği sonucuna varılmıştır. Fakat katılımcıların üçte ikisini oluşturan

grubun tanı kriterlerini hala karşıladığı görülmüştür. Bu doğrultuda çalışma sonunda, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun uzun vadeli kronik ve önemli bir fonksiyonel bozukluk olduğu kanısına varılmıştır. Bununla birlikte yapılan çalışma, Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan bireylerde var olan bedensel belirtiler kısmen azalırken, fiziksel duyuları büyütme konusunda herhangi bir azalmanın olmadığını da ortaya koymaktadır (Barsky vd., 1998).

Yine ulusal alanda Torgersen tarafından yapılan bir çalışmada 35 çift ikiz kardeşlerden oluşan 70 katılımcı üzerinde çalışılmıştır. Söz konusu çalışmada Hastalık Kaygısı Bozukluğunun genetik geçişinin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda yapılan araştırmada, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun kalıtsal olarak aktarıldığına dair somut bir sonuç elde edilememiştir. Bununla birlikte Hastalık Kaygısı Bozukluğunun kalıtsal olarak Somatoform Bozukluklarını geneliyle bağlantısı olmadığını ortaya koymuştur. Araştırmanın yalnızca 70 kişi (35 çift ikiz) üzerinde yapılmış olması net ve çoğunluğa genellenebilir nitelikte sonuçlara ulaşmada bir sınırlılık olmakla birlikte, söz konusu çalışma Hastalık Kaygısı Bozukluğunun genetik geçişli bir hastalık olmadığını ortaya koymaktadır (Torgersen, 1986).

Ulusal alanda yapılan bir çalışmada aynı kliniğe başvuran Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip hastalar, ve kontrol grubu olarak seçilen yine aynı kliniğe başvuran Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip olmayan hastalar üzerinde çalışılmıştır. Araştırma Barsky ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, Hastalık Kaygısı Bozukluğunun etiyoloji ile ilgili bulguların elde edilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre özellikle çocukluk çağında deneyimlenen cinsel istismar, fiziksel istismar ve ihmal yaşantılarının varlığının Hastalık Kaygısı Bozukluğuna oluşma oranını arttırdığı sonucuna varılmıştır. Bu bozukluğa sahip olan bireylerin kontrol grubuna göre daha fazla cinsel, fiziksel, duygusal istismara ve ihmale maruz kaldıkları kanısına varılmıştır (Barsky, 1996).

Aralık 2019 tarihinden itibaren Çin'in Wuhan kentinde başlayıp etkisini gösteren Covid- 19 salgını tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Covid-19 salgını



sebebiyle bireylerde anksiyete, depresif belirtiler, uyku, iştah sorunları, stres ve sağlık kaygısı oldukça gözlenmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, Koronavirüs salgını sırasında toplumdaki anksiyete, depresyon ve sağlık kaygısı düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma 18 yaş üstü 318 katılımcıyla gerçekleşmiştir. Araştırma sonucuna göre Covid-19 salgını sırasında sağlık kaygısı düzeyi yüksek olarak saptanmıştır. Özellikle cinsiyetin kadın olması, daha önceki psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, eşlik eden kronik hastalık ve fiziksel duylara duyarlılığın bunu etkilediği görölmüştür (Özdin ve Özdin, 2020).

Yine ölkemizde yapılan bir çalışmada sağlık kaygısı düzeyinin Covid-19 salgını kontrol algısı düzeyine olan etkisi araştırılmıştır. 47 şehirde 1057 kişinin katıldığı araştırma bulgularına göre katılımcıların sağlık kaygısı düzeyleri orta şiddetli olarak bulunmuş aynı zamanda Covid-19 salgını kontrol algısının sağlık kaygısı düzeyinden etkilendiğini de araştırma bulguları ortaya koymaktadır (Ekiz vd., 2020).

### 1.3. SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

Somatoform Bozuklar içerisinde yer alan Somatizasyon Bozukluğu, fiziksel muayene bulguları ve laboratuvar ortamındaki tahlil ve tetkik sonuçlarında herhangi bir tıbbi hastalıkla açıklanamayan çok sayıda somatik belirtilerin eş zamanlı olarak bireyde bulunması olarak tanımlanabilen bir hastalıktır. Özellikle abartılı şekilde ifade edilen ve bedenin farklı bölgelerinde olan belirtilerin varlığı klinik açıdan Somatizasyon Bozukluğun temel belirleyicilerinden biri olmaktadır (Öztürk, 1994).

Somatizasyon Bozukluğunun başlangıç yaşının genel olarak 25 yaşından önce olduğu, belirtilerin görölmemesinin ise ergenlik döneminde olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 1994). Somatizasyon Bozukluğunun gelişimsel faktörlerine ve etiyojisine bakıldığında savunma mekanizmaları, kalıtsal faktörler, sosyal öğrenme, çevresel faktörler, çocukluk ağı yaşantıları, kişilik özellikleri ve biyolojik faktörler sayılabilmektedir. Bireylerin belirtileri genellikle abartılı şekilde ifade edilen, uygunsuz, tutarsız, anlaşılması zor belirtilerden oluşmaktadır. Yapılan tıbbi

muayeneler sonucunda herhangi organik nedene bağlı bir teşhis konulamamaktadır (Sayar, 2008).

DSM-IV'te Somatizasyon Bozukluğu olarak tanımlanan hastalık, DSM-V'te "Bedensel Belirti Bozukluğu" ismiyle tanımlanmaktadır.

### **Bedensel Belirti Bozukluğu (Somatizasyon Bozukluğu) DSM-V Tanı Kriterleri;**

**A)** Bireyin günlük yaşamını sekteye uğratan ve bireye sıkıntı veren bir ya da birden fazla fiziksel belirtinin olması.

**B)** Aşağıdakilerden en az biri ile ortaya çıkan, fiziksel belirtilere veya sağlığa yönelik kaygılarla ilişkili olan aşırı düzeyde duygu, düşünce ve davranışlar;

1) Kişinin belirtileriyle orantısız, tutarsız, süreklilik arz eden düşünceler

2) Belirtilerle ve sağlıkla ilgili aşırı düzeyde kaygı

3) Belirtilere ve sağlıkla ilgili kaygılara zaman ve güç harcama

**C)** Herhangi fiziksel bir belirti sürekli görülme dahi, bireyin yakınmalarının devam etmesi, süreklilik göstermesi ve bu durumun en az altı ayda veya daha uzun süreli olması.

**Ağır Olmayan:** B tanı kriterlerinde sıralanan belirtilerden yalnızca birinin karşılandığı durumlar.

**Orta Derece:** B tanı kriterlerinde sıralanan belirtilerden ikisinin ya da daha fazlasının karşılandığı durumlar.

**Ağır:** B tanı kriterlerinde sıralanan belirtilerden ikisinin ya da daha fazlasının karşılandığı durumlar ile birlikte çok sayıda bedensel belirtinin ve yakınmanın var olduğu durumlar.

## 2. İKİNCİ BÖLÜM

### 2.1. ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUKLARI

Kaygı ile eş anlamlı olan anksiyete kelimesinin kökenine bakıldığında Latince “tıkanma, boğulma” anlamına gelen “angere” kelimesinden türetildiği belirtilmektedir (Saddock ve Saddock, 2005). Kaygı ve bunaltı olarak da adlandırılan anksiyetenin kelime anlamı incelendiğinde ise zihinsel, fiziksel, duygusal ve davranışsal bir duygulanım şekli olarak tanımlanabilmektedir. Diğer bir deyişle çoğunlukla nedeni bilinmeyen, bireyi rahatsız edici ve tehlike arz edici bir duyguduruma sahip olması durumu olarak da nitelendirilebilmektedir (Bal vd., 2010).

Anksiyetenin yalnızca ruhsal bir durumdan ziyade somatik belirtileri de içerdiği bilinmektedir. Buna göre bireyde kalp çarpıntısı, nefes almada değişim, vücudun bazı bölümlerinde titremeler, aşırı terleme, nefes darlığı, gibi belirtiler anksiyetenin fiziksel belirtilerini oluşturmaktadır. Öte yandan anksiyetenin psikolojik belirtilerine ise; sıkıntılı duygudurum, kötü bir şey olacağına dair hisse kapılma, korku ve tedirginlik ve heyecanlı olma durumları sayılabilmektedir. Araştırmacılar belli düzeyde anksiyete varlığının, bireyi harekete geçirmesi, uyarılmışlık düzeyini yükseltmesi gibi faydalarının olduğunu öne sürmektedir. Dikkat edilmesi gereken husus, söz konusu anksiyete düzeyinin bireyin yaşam akışında ve işlevselliğinde herhangi bir olumsuz etkiye neden olmayacak düzeyde olması gerektiğidir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011).

Anksiyetenin doğru teşhis edilebilmesi için söz konusu belirtilerinin herhangi bir madde ya da ilaç etkisi altındayken ortaya çıkmadığından emin olunması gerekmektedir. Bununla birlikte anksiyetenin sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için bireyin ve yaşam tarzının özelliklerinin, hangi durumlarda ortaya çıktığının, baş edebilmeye yönelik başarısız olunan denenmiş yöntemlerin, tetikleyicilerinin ne olduğunun, hangi durumlara sebep olduğunun, bireyin anksiyeteyi ve içinde bulunduğu sorunu ne şekilde ifade ettiğinin, hangi durumlarda arttığı ve hangi durumlarda azalma gösterdiğinin tespit edilmesi gerekmektedir (Öztürk, 2004).

Anksiyetenin hangi durumlarda harekete geçirici, hangi durumlarda zarar verici olduğunu tespit etmek önem taşımaktadır. Anksiyetenin bireyin sosyal hayatındaki kişilerarası iletişimini engellemesi, patolojik boyutta olduğunu gösteren unsurlardan biridir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2010). Anksiyetenin patolojik olabilmesi için bireyin karşılaştığı uyaran ile verdiği tepki ve kaygının orantısız olması gerekmektedir. Ayrıca zamanla artarak şiddetlenmesi, bireyin yaşamının günlük akışını bozarak işlevselliğini bozması, bireyin baş edebilme düzeyini aşması ve fiziksel belirtilerin yoğun şekilde ortaya çıkması gibi durumlarda anksiyete patolojik olarak değerlendirilmektedir (Bal, vd., 2010).

Söz konusu psikiyatrik bozukluk, tek bir bozukluğu değil alt gruplardan oluşan bir psikiyatrik bozukluk grubunu içermektedir. Günümüzde bu sınıflandırma ve tanımlama için en sık kullanılan sınıflandırma sistemlerden biri DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) olarak kabul edilmektedir.

DSM-V’de 10 farklı türde Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları tanımlanmıştır. Bu sınıflandırmaya göre Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları alt türleri aşağıda maddelendirilmiştir (DSM-V, 2014: 91);

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- Özgül Fobi
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
- Panik Bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın Kaygı Bozukluğu
- Maddenin / İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmış Bir Diğer Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Araştırmanın temel değişkenlerinden birini, Anksiyete (Kaygı) Bozukluklarından Panik Bozukluğu oluşturmaktadır. Bu amaçla aşağıda Panik Bozukluk detaylı şekilde ele alınarak açıklanmaktadır.

## 2.2. PANİK BOZUKLUĞU

Günümüzde yapılan tanı sınıflandırmalarına göre Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları başlığı altında incelenen ve Panik Bozukluğu olarak adlandırılan bu bozukluk, psikiyatrik tanı sınıflandırmasında bir bozukluk olarak ilk kez, 1980 yılında DSM-III' de ayrı bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmıştır (Dinçmen, 2001).

Panik bozukluğu, Anksiyete Bozuklukları arasından en sık rastlanılan (Konkan vd., 2003), net bir etiyolojiye sahip olmayan, aniden ve sebepsiz şekilde ortaya çıkan, beklenmedik ve tekrarlayan panik ataklarla ilerleyen (Alkın, 2002), çoğunlukla kronik şekilde süregelen, anksiyetenin fiziksel semptomlarının görüldüğü, korkulu bir duygudurumun eşlik ettiği psikiyatrik temelli bir bozukluktur (Uğuz vd., 2006). Fiziksel semptomların yanı sıra, bilişsel belirtiler de Panik Bozukluğa eşlik etmektedir. Aynı zamanda günde birkaç nöbet ile yılda birkaç nöbet arasında değişiklik gösteren panik ataklar, Panik Bozukluğunun belirleyicilerindedir (Şahin, 2011). Tekrarlanmayan panik atak tek başına bir bozukluk olarak değerlendirilmemektedir. Yineleyen panik atak nöbetleri, bireyin tekrar yeni bir atak geçirmeye yönelik korku ve endişe duyma, kalp krizi geçirme, öleceğine dair yoğun endişe ve korku gibi belirtilerin varlığı hususunda Panik Bozukluğu ihtimali üzerinde durulması gerekmektedir (Deniz, 2014).

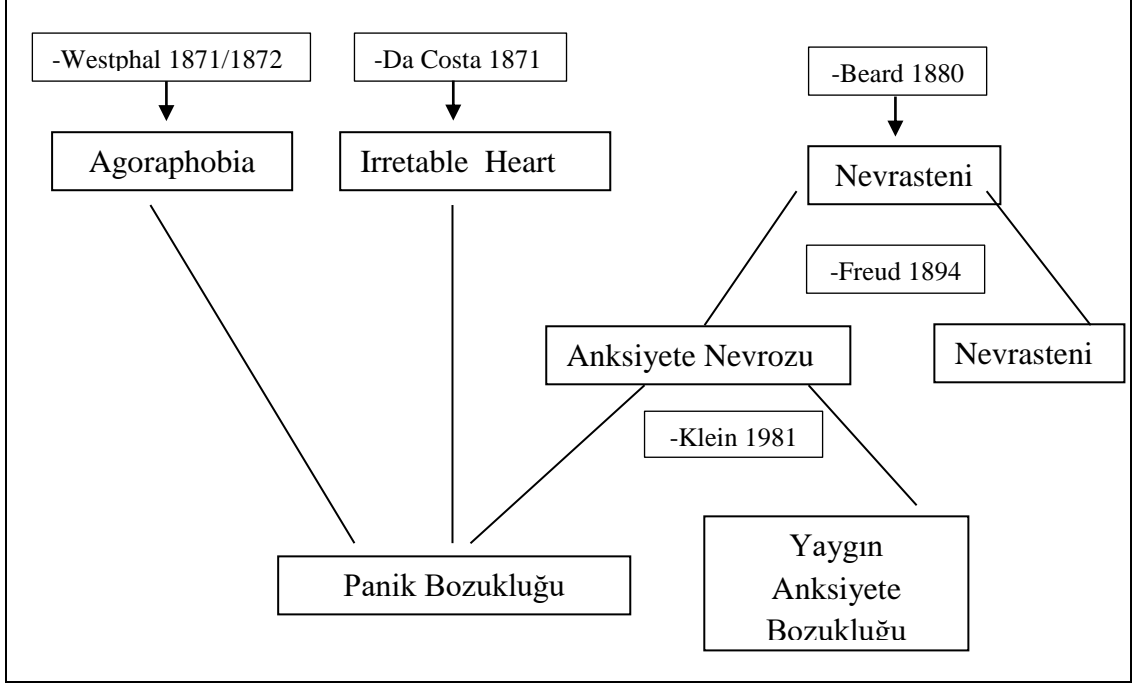
Panik bozukluğu, uzun yıllardır bir hastalık olarak bilinmesine rağmen ilk olarak 1980 yılında psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmıştır (Alkın, 2000). Panik atak kavramsal olarak ilk kez milattan önce 600'lü yıllarda Yunan şair Sappho'nun şiirinde tanımlanmıştır (Demet ve Demet, 2018). Panik (Panikos) kelimesinin kökenine bakıldığında, Yunan mitolojisindeki yarısı keçi yarısı insan olarak bilinen tanrılardan biri olan "Pan" kelimesinden türediği görülmektedir (Saydam, 2008). Ansiklopedi ve sözlüklerde ise "bir bireyi ya da topluluğu, mantıklı bir gerekçe olmaksızın dehşete düşüren ve buna bağlı oluşan şaşkınlık, kargaşa" olarak

tanımlanmaktadır (Dinçmen, 2001). Pan, yabani doğa hayatının, çobanların, hayvanların tanrısı olarak bilinmektedir. Yunan mitolojisinde Tanrı Pan'ın, o dönemlerde sinirlendiğindeki tiz çılgınları, verdiği ürkütücü tepkiler, mağaraya kapanmaları gibi bazı tepkileri insanlarda kokuya neden olduğu için, aniden ortaya çıkan beklenmedik yoğun korku ile ilişkilendirilmektedir (Saydam, 2008).

Panik Bozukluğu hakkında çok erken dönemlerde farkındalık oluşmuş ve yıllar boyu farklı tanımlamalar ve belirtiler ortaya konmuştur. Öncelikle 1871 yılında Amerika'da yaşanan iç savaş sırasında Da Costa tarafından, savaşan askerlerde teşhis ettiği kalp çarpıntısı, baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi belirtilerle karakterize olan hastalık "irritabl kalp Sendromu" ismiyle tanımlanmıştır. Aynı dönemlerde Westpal, açık alanlarda şiddetli korku ve kaygı yaşaması sebebiyle evlerine gitmekte zorluk çeken, bu konuda çevreden yardım isteyen üç erkek hastasını betimlediği "Die Agoraphobie" adlı çalışmasında Agorafobi Bozukluğunu tanımlamaktadır (Tükel ve Alkın, 2000).

İlerleyen dönemlerde 1880'li yıllara gelindiğinde George Miller Bread, efor sendromu ile benzerlik gösteren belirtilerin var olduğu klinik görünümler için nevrasteni kavramını kullanmıştır. 1893 yılında ise Heckner, hastaların açık alanlarda aniden beklenmedik şekilde ortaya çıkan anksiyete ataklarının ve beraberinde panik atakların da geliştiğini öne sürmüştür (Ceylan ve Yazan, 2000). 1894'lü yıllarda ise Freud, Heckner'in çalışması ışığında Panik Bozukluğunu nevrasteni grubundan ayırarak akut/kronik, psişik ve fiziksel belirtilerle ilerleyen "Anksiyete Nevrozu" ismiyle tanımlamıştır. 1909 yılında Kraepelin tarafından "Korku Nevrozu" olarak tanımlanan panik bozukluğu, 1917 yılında paroksizmal "Anksiyete Atağı" olarak tanımlanmıştır (Berrios, 1996).

**Tablo 2.1.** Modern Panik Bozukluğu Kavramının Kökenleri (Tükel, 2002).



Literatür bilgisi incelendiğinde Panik Bozukluğunu anksiyete nevrozundan ayıran ve anksiyete ataklarını da panik atak olarak tanımlayan ilk kişinin Klein olduğu görülmektedir (Türel ve Alkın, 2000). Klein'in yapmış olduğu çalışmalar sonucunda DSM-II'de yer alan anksiyete nevrozu, DSM- III' de ise anksiyete nevrozu kavramı kaldırılarak Panik Bozukluğu kavramıyla değiştirilmiştir. DSM-IV'te ise Panik Bozukluğunun Agorafobili ve Agorafobisiz olmak üzere iki ayrı kategoride sınıflandırıldığı görülmektedir (DSM-IV, 1994). Son olarak günümüzde de güncel şekilde kullanılan DSM-V'de Panik Bozukluğu için Agorafobili ibaresi kaldırılarak, yalnızca Panik Bozukluğu başlığı altında tek olarak ele alınmaktadır (DSM-V, 2014). Bunların yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırılması olarak bilinen ICD-9'da Panik Bozukluğu kavramı tanımlanmamıştır. Daha sonra yapılan çalışmalar ve karşılaşılan nöbet geçiren hastalar sebebiyle ICD-10'da "Panik Bozukluk veya paroksizmal bunaltı nöbetleri" başlığı altında yeni bir tanıya yer verilmiştir (Öztürk ve Uluğ, 1993).

### 2.2.1. Panik Bozukluğu Epidemiyolojisi

Panik bozukluğu, genel popülasyonda en sık görülen Anksiyete Bozukluklarından biri olmaktadır (Konkan vd., 2003). Toplum genelinde her 10 kişiden birinin hayatının herhangi bir döneminde, en az bir kez panik atak yaşadığı düşünülmektedir (Özdemir, 2012). Panik Bozukluğunun epidemiyolojisi konusunda ülkemizde ve ulusal alanda çeşitli sonuçlar ortaya konmuştur. Bu araştırmalar ve epidemiyolojik çalışmalar ışığında Panik Bozukluğunun yaşam boyu prevalansının %1,5 ile %2,5 arasında değişim gösterdiği söylenebilmektedir (Lepine and Pelissolo 1999).

Amerika Birleşik Devleti'nde Panik Bozukluğunun epidemiyolojisi üzerine yapılan bir çalışmada bir aylık yaygınlığının %0,5, yaşam boyu yaygınlığının ise %1,6 olduğu ortaya konmuştur (Regier vd., 1984). Epidemiyoloji üzerine yapılan bir başka çalışmaya ise 40.000 kişi dahil edilmiştir ve DSM-III tanı kriterleri göz önüne alınmıştır. Bu çalışma sonucunda Panik Bozukluğunun yaşam boyu prevalansının %0,4 ile %2.9 arasında olduğu sonucuna varılmıştır (Weismann vd., 1997). Yapılan bir başka çalışmada ise Panik Bozukluğunun bir aylık, altı aylık ve yaşam boyu yaygınlığı incelenmiş olup sırasıyla bir aylık prevalansının %0.5, altı aylık prevalansının %0.8, yaşam boyu prevalansının ise %1.6 olarak tespit edildiği görülmektedir (Sönmez, 2006).

Panik Bozukluğunun yanı sıra panik ataklar üzerine de epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Dünya sağlık örgütü tarafından yapılan Türkiye'deki sağlık hizmetlerine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, panik atağın yaşam boyu prevalansının %3.4 olduğu ortaya konmuştur (Sartorius vd., 1993). Amerika Birleşik Devleti'nde yapılan farklı bir çalışmada ise panik atakların yaşam boyu yaygınlığının %7 ile %9 arasında değiştiği, belirtilerin sınırlı olduğu panik atakların ise yaşam boyu yaygınlığının %4.8 ile %8.5 arasında değiştiği sonucuna varılmıştır (Ekmen, 2015).

Panik Bozukluğuna sahip hastalar çoğunlukla fiziksel semptomlarının gerektirdiği farklı branşlardaki doktorlara başvurmaktadır. Bu durumun epidemiyolojik çalışmaların doğruluğunu da etkilediği söylenebilmektedir.



Vestibüler Bozukluk sebebiyle kliniğe başvuran hastaların %15'inin, kalp semptomları sebebiyle kardiyoloji kliniğine başvuran hastaların %16'sının, hiperventilasyon semptomları sebebiyle kliniğe başvuran hastaların ortalama %35'inin Panik Bozukluğu teşhisi aldığı görülmektedir (Tükel, 2000).

Panik Bozukluğunun başlangıç yaşı için net bir yaş aralığı bulunmaması ve her yaşta görülebilmekle birlikte genellikle ergenlik döneminin sonu, 25/30'lu yaşlarda başlamasının daha yoğun olarak görüldüğü söylenebilmektedir. Panik Bozukluğu tanısı almış ve tedavi için başvuran hastaların yaş ortalamaları 25-45 yaş aralığında olmaktadır (Tükel, 2000). Genel olarak bakıldığında, Panik Bozukluğunun başlangıç yaşının 15-25 yaş ve geç başlangıçlı olarak 45-54 yaş aralığında olduğunu ileri süren çalışmalar da literatürde mevcut olmaktadır. Hastalığın semptomları ve şiddeti yaşa bağlı değişiklik gösterebilmektedir. Panik Bozukluğuna sahip olma riski, yaşlandıkça azalmakla birlikte 65 yaş ve üzeri bireylerde nadir şekilde görüldüğü söylenebilmektedir. Bununla beraber Panik Bozukluğunun ergenlerde ve çocuklarda da nadir olarak görülebildiği belirtilmektedir (Onur ve Alkın, 2004).

Panik Bozukluğu kadınlarda, erkeklere göre daha fazla görülmekte, bu oranın ortalama 2,5 kat olduğu görülmektedir (Bal vd., 2010). Panik Bozukluğu tanısı almış bireylerin %75 / %80'inin kadın olduğu tespit edilmiştir (Sönmez, 2006). Türkiye Ruh Sağlığı Profili tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada, genel popülasyonda Panik Bozukluğunun görülme sıklığı erkeklerde % 0.2, kadınlarda ise % 0.5 olduğu belirtilmektedir (Kılıç, 1998).

### **2.2.2. Panik Bozukluğu Etiyolojisi**

Panik Bozukluğunun etiyojisine bakıldığında genetik, biyolojik, çevresel faktörler ve stresli yaşam olaylarının bireyin panik bozukluğa sahip olmasına neden olduğu görülmektedir. Bu etkenler aşağıda detaylı olarak incelenmektedir.

#### **2.2.2.1. Genetik Etkenler**

Panik Bozukluğu üzerinde yapılan gerek aile çalışmaları gerekse ikiz çalışmalarını kapsayan genetik çalışmalar ışığında, Panik Bozukluğunun genetik geçişli olduğuna dair bilgiler literatürde bulunmaktadır. Buna göre; Panik Bozukluğu

özellikle birinci ve ikinci derece akrabalar arasında, akraba olmayanlara kıyasla dört ile yedi kat arasında daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (Tükel, 1997).

Aynı zamanda ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde Panik Bozukluğu ve Agorafobi, çift yumurta ikizlerine kıyasla daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu durum Panik Bozukluğunun genetik geçişli olduğunu gösteren bulguları oluşturmaktadır. Panik Bozukluğunun genetik geçişiyle ilgili yapılan çalışmaların ortaya koyduğu sayısal veriler, Panik Bozukluğunun ortalama katılabilirlik katsayısının 0.48 olduğunu göstermektedir (McMahon ve Kassem, 2007). Bununla birlikte Panik Bozukluğunun %30 oranındaki kısmının genetik faktörlerden, %70'lik kısmının ise çevresel faktörlerden etkilendiği söylenmektedir (Arısoy, 2004).

#### 2.2.2.2. Biyolojik Etkenler

Panik Bozukluğunun biyolojik kökeni hakkında net sonuçlar elde edilememiş olsa dahi Panik Bozukluğu hastalarının farmakolojik tedavilere olumlu yanıtlar vermesi, kalıtsal olarak aktarılabilirliği, provokasyon testleri ile panik atakların uyarılabilir olması gibi durumlar, Panik Bozukluğunun biyolojik kökenin de var olduğunu destekler nitelikte sonuçları ortaya koymaktadır (İzci, 2011).

Anksiyete Bozukluklarının gelişiminde en önemli rolü oynayan beyin bölgesi amigdaladır. Bunun yanı sıra korteksin bazı kısımları, bazal ganglionlar, limbik sistem içerisinde yer alan hipokampus ve talamus da Panik Bozukluğu gibi tüm Anksiyete Bozukluklarında işlev görmektedir. Öte yandan en önemli olarak görülen bölge olan amigdala, diğer bir deyişle duygusal belleğin oluştuğu ve saklandığı bölge olmaktadır. Amigdala çevreden aldığı duygusal olarak tehlike arz edici uyarılara karşı anksiyete yanıtı verilmesini sağlamaktadır. Diğer bir deyişle amigdala korku ve anksiyete konusunda beynin yönetici birimi olarak tanımlanabilmektedir. Tüm bu durumlara bakıldığında amigdalanın, bireyin anksiyete oluşumunda ve seviyesinde biyolojik anlamda büyük rolü olduğu söylenebilmektedir (Cahill, 2000; Stein, 2002). Aynı zamanda serotoninin; duygu, korku düzenleyici etkisi bilinmektedir. Panik Bozukluğu olan bireylerde presinaptik serotonin işlevlerinde artış olmaktadır. Serotonin seviyesi bireyin duygudurumu üzerinde büyük bir etkiye sahip olmaktadır. Panik atakların tedavisinde kullanılan serotonerjik geri alım inhibisyonunu sağlayan

antidepresan ilaçlarının olumlu etkisi göz önüne alındığında panik nöbetlerinin serotonerjik sistemde oluşan bir işlev kaybından da kaynaklandığı düşünülebilmektedir (Tükel, 2002).

#### 2.2.2.3. Bilişsel Faktörler

Bilişsel kuram Panik Bozukluğunun bireyin fiziksel ve bilişsel duyumlarını yanlış yorumlamasından kaynaklandığını ileri sürmektedir. Birey özellikle panik atak sırasında ortaya çıkan fiziksel semptomların tehlikeli ve ölümcül olduğuna dair düşüncelere kapılmaktadır. Bu sebeple yaşayacakları anksiyete belirtileri bireyler için bir korku unsuru haline gelmektedir. Tekrar atak yaşayacağına dair korkuları olduğu için bedenlerinden fiziksel belirti arayışı içerisinde olurlar ve buna odaklanırlar. Bu döner çark haline gelmiş sistem, bireyin koşullanmış uyaranlara koşullanmamış tepkiler vermesine yol açmakta ve böylelikle Panik Bozukluk ortaya çıkmaktadır (Tükel, 2000).

#### 2.2.2.4. Yaşam Olayları ve Çevresel Etkiler

Son yıllarda birçok psikiyatrik rahatsızlığa sebebiyet verdiği bilinen fiziksel istismar, cinsel istismar gibi çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte anksiyete düzeyini arttırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Bir Anksiyete Bozukluğu olan Panik Bozukluğu içinde, çocukluk çağı travmaları bir risk faktörü oluşturmaktadır. Panik Bozukluk tanısı almış bireylerin %13 ve %54'lük kısmındaki bireylerde çocukluk çağı travma öyküsü bulunmaktadır (Erek, 2006). Ulusal yazında Panik Bozukluğu hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %8'inin erken dönem cinsel istismar, %12'sinin erken dönem fiziksel istismar öyküsü bulunduğu sonucuna varılmıştır (Tükel, 2002). Özellikle kadınlarda çocukluk çağı travmaları Panik Bozukluk için bir risk etmeni olmaktadır. Kadınlarda erken dönem fiziksel istismar ve cinsel istismar öykülerinin bulunması Panik Bozukluğa sahip olma oranlarını arttırmaktadır (Deniz, 2014).

Panik Bozukluğa sahip bireyler ilk panik atak nöbetlerini çoğunlukla stresli ve olumsuz bir olay sonrasında yaşamaktadırlar (Özkan vd., 2005). Alanda yapılan çeşitli araştırmalarda Panik Bozukluğu tanısı alan hastaların %80'lik oranında, bir önceki yıla ait stresli olaylar deneyimlediği sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda uzun

süre veya sürekli maruz kalınan stres kaynakları da panik bozukluğa neden olmakta ve prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir (Simon ve Fischmann, 2005). Öte yandan aile içi fiziksel şiddetin tanığı ya da mağduru olma, sevdiği birini kaybetme ya da önem verdiği birinin ciddi bir hastalığa yakalanması Panik Bozukluk nedenleri arasında sayılabilmektedir (Bayrak, 2013). Bu bulgu ışığında stresli yaşam olaylarının Panik Bozukluğunu tetikleyici unsurlar olduğu ve birbiri ile ilişkili olduğu kanısına varılabilmektedir.

### **2.2.3. Kuramlara Göre Panik Bozukluğu**

#### **2.2.3.1. Psikodinamik ve Psikanalitik Kuram**

Psikanalitik görüşe göre Panik Bozukluğunda savunma mekanizmaları kullanılmaktadır. Bilinç dışı çatışmalar bilinç düzeyine geçebilmek adına uğraşı sırasında yaşanan az miktarda anksiyete savunma mekanizmalarından bastırma devreye girer ve bastırma mekanizması yetersiz kaldığı takdirde yer değiştirme, kaçınma, bedenselleştirme veya karşıt tepki geliştirme savunma mekanizmaları devreye girmektedir (Busch vd., 1995). Diğer bir deyişle anksiyete benlik, alt benlik ve üst benlik arasında oluşan iç çatışmanın sonucunda oluşmaktadır. Savunma mekanizmalarının devreye girmesi, travmatik anksiyetenin oluşmasına da engel olmaktadır. Freud'a göre travmatik anksiyete, duygudurumun düzenlenmesinde büyük bir işleve sahip olan egonun başa çıkmada yetersiz kaldığı yüksek düzeyde anksiyetenin varlığında ortaya çıkmaktadır. Başa çıkılmayan yüksek düzeyde seyreden anksiyetenin ortaya çıktığı klinik tablo ise anksiyete nevrozu olarak tanımlanmaktadır (Freud, 1953).

Freud, anksiyete nevrozunu üç farklı grupta ele almaktadır;

- 1) Endişe veya beklenti anksiyetesi.
- 2) Bazı durum ve nesnelere yönelik anksiyete.
- 3) Herhangi içsel ya da dışsal uyarıcı ile bağlantılı olmayan anksiyete.

Panik Bozukluğunda genellikle üçüncü grup olan herhangi içsel ya da dışsal uyarıcı ile bağlantılı olmayan anksiyete görülmektedir (Özdemir, 2012). Freud, anksiyete nöbetlerinin genellikle belli ve açık bir sebebe bağlı olmadığını ve serbest şekilde ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Yiğit, 2015). Psikanalitik kuram, çocukluk

döneminde yaşanan istenmeyen bir ayrılmanın çocuğun sinir sistemini etkilediğini ve bu durumun yetişkinlikte anksiyeteye zemin hazırlayabildiğini öne sürmektedir (Kaplan ve Sadock, 1998). Yapılan bir araştırma çocukluk döneminde 10 yaşından önce, annesini kaybeden ya da herhangi bir sebeple ayrılmak durumunda kalan bireylerin, yetişkinlik dönemlerinde Panik Bozukluğa sahip olma risklerinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Ayrılık anksiyetesi ya da örseleyici bir ayrılık öyküsünün Panik Bozukluk ile doğrudan bir ilişki içerisinde olduğu ileri sürülmektedir (Tweed vd., 1989).

Psikodinamik kuram anksiyeteyi, “aşırı kontrol edici, denetleyici ve koruyucu” anne baba yaklaşımlarıyla beslenen ve çözülememiş bağımlılık / bağımsızlık çatışmalarına neden olan, doğuştan gelen bir korkuya yönelik yanıt olduğu varsayımına dayandırmaktadır. Bu noktada (Tükel, 2000).

#### 2.2.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

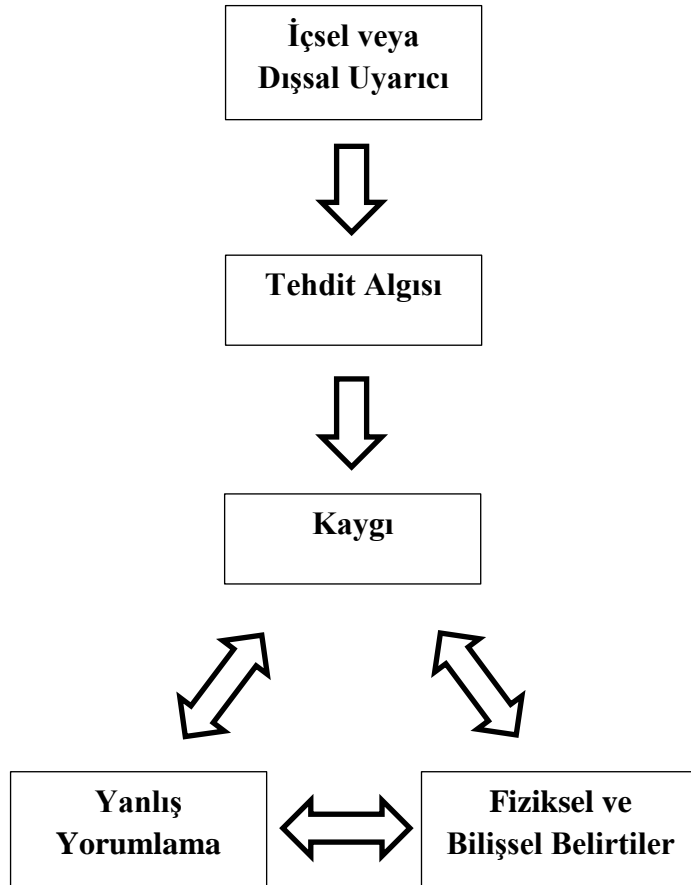
Bilişsel kuram, Panik Bozukluğunun sıradan ve tehlikeli olmayan fiziksel semptomları, önemli ve ciddi bir rahatsızlığın habercisi olarak yorumlaması sebebiyle ortaya çıkan yoğun kaygı ve korku durumundan kaynaklandığını öne sürmektedir. Yaşanılan bu korku durumu bireyin fiziksel semptomlarını daha da arttırarak hastalığa yakalanmaya dair düşüncesini oldukça pekiştirmektedir ve birey bu düşüncelerle baş etmede zorluk çekmeye başlamaktadır. Öte yandan anksiyete duyarlılığının yüksek olması da Panik Bozukluğunun gelişiminde rol oynayan etmenlerden biri olmaktadır. Anksiyete duyarlılığı, bireyin anksiyete belirtilerinin kendisinden korkması durumudur (Tükel ve Alkın, 2006).

Bilişsel kuram, fiziksel semptomların yanlış yorumlanması ve belirtilerden korkmanın yanı sıra, bireyin sahip olduğu otomatik düşüncelerin ve kaçınma davranışlarının da Panik Bozukluğu üzerinde etkisi olduğunu ileri sürmektedir. Otomatik düşüncelerin eşlik ettiği korkular çoğunlukla; ölüm korkusu, aklını kaybetme korkusu, kontrolü yitirme korkusu veya yetilerini yitirme korkusu üzerine olmaktadır. Kişide “kalp krizi geçiriyorum”, “ya bayılırsam”, “deliriyorum” gibi korkularına yönelik otomatik düşünceler ortaya çıkmaktadır. Otomatik düşüncelerin sıklığı arttıkça, bireyin fiziksel semptomları da artış göstermekte ve bununla birlikte

birey içinden çıkılmaz düzeyde yoğun bir kaygı döngüsüne maruz kalmaktadır (Köroğlu ve Güleç 2007).

Clark, 1986’da geliştirdiği bilişsel kuramda panik atakların oluşum sürecini de ele almıştır. Clark’ a göre panik atakta, içsel veya dışsal herhangi bir tehdit edici uyarıcıya yönelik fiziksel semptomlar ortaya çıkmaktadır. Söz konusu fiziksel semptomlar tehdit unsuru olarak algılandığında ortaya kaygı çıkmaktadır. Kaygıya eşlik eden fiziksel ve zihinsel belirtiler birey tarafından yanlış yorumlanarak, kaygı düzeyini daha da tetikleyerek artmasına neden olmaktadır. Bu panik atakların oluşumunu gösteren model “kısır döngü modeli” olarak adlandırılmaktadır (Clark, 1986).

**Tablo 2.2.** Panik Atakların Bilişsel Modeli (Clark, 1986).



Bilişsel Davranışçı Kuramı benimseyen kuramcılar, Panik Bozukluğu konusunda geliştirilen modellerin temelinde klasik koşullanma, korkudan korkma ve interoseptif koşullanma, katastrofik yanlış yorumlama, anksiyeteye duyarlılık kavramlarının olduğunu ileri sürmektedir.

- **Klasik Koşullanma:** Özellikle Agorafobi hastaları korkularıyla yüzleştirdiklerinde, gösterdikleri kaçınma davranışı ile panik ataklarının sıklığı ve şiddeti azaltılabilmektedir. İlk aşamada herhangi bir uyaran ile sıkıntı veren bir durum sonucunda korkunun ortaya çıkması önem taşımaktadır. İkinci aşamada ise tehlike arz etmeyen bir durumun oluşturduğu korku durumu, kaçınma davranışı ile öğrenilmiş olmaktadır.

- **Korkudan Korkma ve İnteroseptif Koşullanma:** Panik Bozukluğu tanısı almış olan bireylerin, dışsal uyaranlardan ziyade panik atak geçirme gibi içsel uyarılara yönelik korkuları olmaktadır. Günlük yaşamda önemsiz sayılabilecek sıradan bir baş dönmesi, birey tarafından, öğrenilmiş çağrışımlar sayesinde ortaya çıkacak bir panik atağın habercisi olarak değerlendirilmektedir. Bu koşullu uyarıların zamanla pekiştirilmesi, koşullu tepki olan panik atak nöbetinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

- **Katastrofik Yanlış Yorumlama:** Panik Bozukluğu tanısı alan bireyler, panik atak esnasında ortaya çıkan fiziksel semptomlarını olumsuz yönde yanlış bir şekilde yorumlamaya ve bu şekilde inanmaya meyilli olmaktadır. Göğsünde var olan bir ağrı semptomunu, kalp krizi geçirmekle eşleştirmekte ve sonucunda yoğun kaygı yaşamaktadır. Aynı şekilde depersonalizasyon ve derealizasyon duyumlarını da, aklını yitirmek ve delirmek olarak yorumlamaktadırlar.

- **Anksiyeteye Duyarlılık:** Panik Bozukluğu tanısı alan bireylerin anksiyete duyarlılıklarının düzeyi yüksek seyretmektedir. Bu anksiyete duyarlılığı, bireyin vücudunda fiziksel semptomların oluşmasına ve bu semptomları yanlış ve olumsuz şekilde yorumlamasına neden olmaktadır. Geçirdikleri panik atakların sürekli tekrarlanacağına dair otomatik düşüncelere sahiptirler. Söz konusu otomatik düşünceler bireyin güven duygularının zedelenmesine, savunma sistemlerinin düşmesine ve buna bağlı anksiyete düzeylerinin yükselmesine sebep olmaktadır. Bu

döngüye göre Panik Bozukluğu, otomatik düşüncelerin gelişmesi ve sonrasında bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal olarak etkilenmesi ile açıklanabilmektedir (Abby vd., 1995).

#### **2.2.4. Panik Bozukluğunun Gelişimsel Faktörleri ve Risk Faktörleri**

Panik Bozukluğunun gelişimini etkileyen faktörler arasında genetik etkenler, biyolojik etkenler, bilişsel faktörler, yaşam olayları ve çevresel etkenler sayılabilmektedir. Öte yandan Panik Bozukluğu için risk faktörlerine bakıldığında, bireyin çocukluk dönemlerinde yaşadığı ruhsal travmalar, Panik Bozukluğunun gelişimini etkileyen bir risk faktörü olarak sayılabilmektedir. Panik Bozukluğu tanısı almış bireylerin %13 ve %54'lük kısmındaki bireylerin, çocukluk çağı travma öyküsü bulunmaktadır (Erek, 2006).

Panik Bozukluğunun biyolojik etkenlerine bakıldığında, bozukluğun genetik olarak aktarımını ortaya koyan çalışmalar literatürde mevcuttur. Bu araştırmalara göre birinci veya ikinci derece akrabalarında Panik Bozukluğu olan bireylerin Panik Bozukluğuna yakalanma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle özellikle birinci derece akrabasında Panik Bozukluğu görülme durumu, Panik Bozukluğu için bir risk faktörü olarak sayılabilmektedir (Tükel, 1997).

Literatür bilgisi göz önüne alındığında, Panik Bozukluğunun özellikle anne başta olmak üzere ebeveyn ayrılığı ile güçlü bir ilişki içinde olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin birinden ya da her ikisinden ayrılma, ebeveyn ölümü, yakın birinin kaybı ya da ölümü gibi bireyin hayatında yaşadığı ayrılık durumları Panik Bozukluğunun gelişimi konusunda bir risk faktörünü oluşturmaktadır (Alkın, 2000).

Panik Bozukluğu konusunda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, Panik Bozukluğunun kadınlarda, erkeklere kıyasla daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (Kılıç, 1998). Bu verilere bakıldığında kadın olma durumunun Panik Bozukluğu için bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Medeni durum ve yaşam alanı ile ilgili yapılan çalışmalarda risk etmenleri konusunda bilgiler ortaya koymaktadır. Buna göre evli olmayan bireylerin, evli olanlara göre daha fazla Panik Bozukluğu tanısı aldığını göstermektedir. Öte yandan şehirde yaşayan bireylerin, kırsal kesimlerde yaşayan bireylere oranla, Panik Bozukluğuna yakalanma oranlarının iki



kat fazla olduğunu ortaya koymaktadır (Alkın, 2000). Buna göre evli olma durumunun ve şehirde yaşama durumunun Panik Bozukluğu için bir risk faktörü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Literatürde yer alan bilgiler incelendiğinde Panik Bozukluğunun etiolojisinde, stresli yaşam olaylarının Panik Bozukluğunun ortaya çıkması ve gelişiminde büyük bir etkisi olduğu görülmektedir. Buna göre bireyin özellikle son bir yıl içerisinde stresli olarak nitelendirdiği (ölüm, kayıp, ayrılık vb.) bir olay yaşaması Panik Bozukluğunun ve buna bağlı panik atak nöbetlerinin yaşanma sıklıklarını arttırmaktadır. Genel perspektiften bakıldığında stresli yaşam olaylarının yaşanması, Panik Bozukluğu için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Simon ve Fischmann, 2005).

Panik Bozukluğunun gelişimini etkileyen organik ve biyolojik faktörlere bakıldığında ise kafein kullanımının Panik Bozukluğu hastalarında anksiyeteye yönelik belirtileri arttırdığı belirtilmektedir. Kafein kullanan Panik Bozukluğu hastaları, sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla anksiyete belirtileri göstermektedir. Bu sebeple Panik Bozukluğu hastaları çoğunlukla kafein kullanmayı tercih etmemektedirler (Nutt ve Lawson, 1992).

Panik Bozukluğunun gelişimini etkileyen risk faktörlerinin yanı sıra Panik Bozukluğunun koruyucu faktörlerine bakıldığında, yapılan çalışmalar 65 yaş ve üzeri olan yaşlılarda ve çocuklarda Panik Bozukluğunun diğer tüm popülasyona göre daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Bireylerin yaşları arttıkça Panik Bozukluk riski azalmaktadır (Onur ve Alkın, 2004). Buna göre yaşlı olma durumunun ve çocuk olma durumunun Panik Bozukluğu için birer koruyucu faktör olduğu söylenebilmektedir.

#### **2.2.5. Panik Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Belirtileri**

Anksiyete Bozukluklarının arasında en sık görülen tür olan Panik Bozukluğunun genel klinik tablosu sıklıkla panik atakların eşlik ettiği bir tablo olmaktadır. Bu panik ataklar belli aralıklarla yineleyici, aniden oluşan ve çoğunlukla beklenmedik zamanda meydana gelen nöbetler olmaktadır (Karapıçak, 2010).

Panik Bozukluğunun klinik seyri tanımlamak için ortaya atılan üç temel klinik özellik mevcuttur. Bunlar (Tükel, 2006);

a) Panik Ataklar

b) Agorafobi

c) Beklenti Anksiyetesi

#### 2.2.5.1 Panik Ataklar

Panik Bozukluğunun temel klinik belirleyicilerinden olan panik ataklar, aralıklarla tekrarlayıcı, zamanı önceden bilinmeyen ve beklenmedik nöbetlerin gerçekleşmesidir. Söz konusu panik ataklar hızlı şekilde ortaya çıkar ve 2 ila 10 dakika arasında zirve noktasına ulaşır ve genellikle 10 dakika ile 30 dakika arasında sürmesi beklenmektedir. Panik atak nöbetlerinin daha uzun sürdüğü vakalar da nadiren görülmektedir (Tamam, 2009). Yalnızca Panik Bozukluğuna özgü olmayan, farklı Anksiyete Bozukluklarında da görülebilen panik atakların, Panik Bozukluğu için ayırıcı kriteri kendi kendine ve beklenmedik şekilde ortaya çıkmasıdır (Klein, 1964).

Panik atak nöbetinin, hem fiziksel hem de bilişsel belirtileri olmaktadır. Panik atak nöbeti sırasında nefes alıp vermede güçlük, baş dönmesi, boğuluyormuş gibi hissetme, baygınlık hissi, kalp çarpıntısı, nabızda artış, titreme, aşırı terleme veya aşırı üşüme, göğüste ağrı, mide bulantısı, karın ağrısı gibi belirtiler fiziksel belirtiler arasında sayılmaktadır. Öte yandan ölüm korkusu, aklını kaybetme, delirme korkusu, kalp krizi geçirme korkusu gibi bilişsel belirtileri de söz konusu olmaktadır. Bu belirtiler Panik Bozukluğunun sıklığına ve şiddetine göre değişkenlik gösterebilmektedir (Tükel, 2002).

Panik atak nöbetlerinin dışında bireyin sosyal ilişki kurmasında, konuşma ve hareketlerinde herhangi bir sıkıntı yaşanmamaktadır. Yalnızca nöbet esnasında ortaya çıkan yoğun kaygı ve korku durumu bireyin çevresiyle iletişim kurmasını engelleyebilmektedir. Bununla birlikte bireyler zihin karmaşıklığı ve şaşkınlık içerisinden olabilmektedirler. Panik atak nöbeti sonrası bireyin korktuğu ve kaygılandığı durum ise söz konusu panik atak nöbetinin tekrarlanması durumudur.

Öte yandan panik atak nöbeti esnasında bireylerde depersonalizasyon (öze yabancılaşma) ve derealizasyon (bireyin kendini ve çevresini farklı algılama) görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Hastaların hekime ya da sağlık kuruluşuna başvurdukları temel yakınma ise genellikle göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı ve baş dönmesi gibi belirtilerdir (Alkın, 1994).

DSM-V panik ataklar için bazı belirleyici tanı kriterleri ortaya koymaktadır. Bununla birlikte panik atakların tek başına bir ruhsal bozukluk olmadığını ve Kaygı Bozuklukları başta olmak üzere diğer ruhsal bozukluklar, fiziksel rahatsızlıklarla da eşlik edebileceğini ileri sürmektedir.

DSM-V'e Göre Panik Ataklarının Belirtileri;

1. Çarpıntı, kalbin hızlı şekilde atması, nabzın yükselmesi
2. Terleme
3. Titreme
4. Nefes darlığı, boğulma hissi
5. Nefes alamama ve tıkanma hissi
6. Göğüste ağrı ve sıkışma
7. Mide bulantısı, karın ağrısı
8. Baş dönmesiyle birlikte gelen bayılma hissi, sersemlik
9. Üşüme, titreme veya terleme, sıcak basması
10. Uyuşma, karıncalanma
11. Depersonalizasyon (öze yabancılaşma) veya derealizasyon (bireyin kendini ve çevresini farklı algılama)
12. Delirme korkusu
13. Ölüm korkusu

DSM-V panik atağı belirleyici etkenlerine göre, yukarıda verilen belirtilerin en az dört tane veya daha fazlasının bireyde ani şekilde ortaya çıkması ve bir anda zirveye ulaşması gerekmektedir. Öte yandan kulak çınlaması, çığlık atma, ağlama gibi kültürel belirtiler de görülebilmektedir. Ancak en az dört belirtinin yukarıda maddelenen belirtilerden olması esastır (DSM-V, 2004).

Panik atak nöbetleri ortaya çıkış şekillerine ve klinik özelliklerine göre gruplara ayrılmaktadır. DSM-IV'e göre bu gruplandırma;

- Beklenmedik Panik Atakları
- Duruma Bağlı Panik Atakları
- Durumsal Yatkinlik Gösteren Panik Atakları

Güncellenmiş sınıflandırma olan DSM-V'e göre ise bu gruplandırma;

- Beklendik Panik Atak
- Beklenmedik Panik Atak

şeklinde revize edilerek iki ayrı alt grupta incelenmeye başlanmıştır (DSM-V, 2014).

#### ***2.2.5.1.1. Durumsal Panik Ataklar***

Panik Bozukluğunun seyri sırasında koşullanma davranışının ortaya çıkması, Panik Bozukluğunun durumsal hale gelmesine neden olabilmektedir. Durumsal panik atakta, birey yalnızca belli tetikleyici durumlarla karşı karşıya geldiğinde panik atak nöbeti geçirmektedir. Bu durum atakların ne zaman olacağına dair de ön bilgi edinebilmeyi sağlamaktadır (Köroğlu, 1995).

#### ***2.2.5.1.2. Sınırlı Belirtili Panik Ataklar***

Sınırlı belirtili panik atak, diğerlerinden farklı bir panik atak türü olmaktadır. Bu türe sahip olan bireyler panik atak nöbeti geçirecek gibi hissettiklerini ve söz konusu panik atak belirtilerinin çok kısa sürede ortadan kalktığını belirtmektedirler. Tanı kriterlerinden dört tane belirtiden daha az panik atak belirtisi olan bireyler, sınırlı belirtili panik atak grubuna dahil olmaktadır (Köroğlu, 1995).

### **2.2.5.1.3. Gece Ortaya Çıkan Panik Ataklar**

Herhangi bir tetikleyici olmadan, uykudayken aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan ve korkuyla uyanmaya neden olan fiziksel uyarılma hali, gece ortaya çıkan (nocturnal) panik ataklar olarak tanımlanabilmektedir. Alanda yapılan bazı çalışmalar, Panik Bozukluğu tanısı almış bireylerin %40 / %70'inde yaşamları boyunca en az bir defa, %18 / %45'inde ise yaşamları boyunca düzenli şekilde gece ortaya çıkan panik ataklarının olduğu belirtilmektedir. Söz konusu gece ataklarının, uykunun non-rem döneminde ortaya çıkmaktadır (Craske ve Tsao, 2005). Gece ortaya çıkan panik ataklar, birey uykuya daldıktan 1 ile 4 saat arasında meydana gelmektedir. Gece ortaya çıkan panik ataklar, ortalama 25 dakika aralığında sürmekte ve gündüz yaşanan panik atak nöbetlerinden daha şiddetli olduğu belirtilmektedir (Barlow, 2002).

### **2.2.5.1.4. Klinik Olmayan Panik Ataklar**

Klinik olmayan panik atak kavramı, panik atak nöbeti geçirdiği halde herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan bireylerin yaşadığı panik atak nöbetlerini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu bireylerde kaygı bozukluğu gibi herhangi bir ruhsal bozukluk olmaması sebebiyle panik atak nöbetlerinin tekrarlayacağına dair de yoğun bir kaygı ve korku yaşamamakta ya da az miktarda yaşanmaktadır (Den Boer, 1997).

### **2.2.5.1.5. Korkusuz (Non-Fearful) Panik Ataklar**

Korkusuz panik atağı, zihinsel belirtiler olmaksızın yalnızca göğüs ağrısı gibi fiziksel belirtilerin var olduğu bir panik atak türüdür. Bu panik ataklar genellikle tıbbi rahatsızlıklara eşlik eden birer değişken olarak kabul edilmektedir (Fleet vd., 2000).

### **2.2.5.2. Beklenti Anksiyetesi**

Panik Bozukluğu hastaları, geçirdiği panik atak nöbetleri sonrasında atakların tekrarlanacağına dair yoğun bir kaygı ve korku durumu yaşamaktadırlar. Tekrar panik atak nöbeti geçireceğine dair oluşan beklenti ve sonrasında gerçekleşecek olan belirtilere dair kaygı ve korku durumu beklenti anksiyetesi olarak tanımlanmaktadır.

Beklenti anksiyetesinin üç temel ögesi bulunmaktadır. Bunlar (Köroğlu, 1995);

1. Yeni bir panik atak nöbeti geçireceğine dair yoğun kaygı ve korku içerikli düşüncelerin varlığı.
2. Oluşacak yeni bir panik atak nöbetinin yaratacağı tehlikeye dair inanç ve beklenti.
3. Korkunun neden olduğu fiziksel duyumlardan korkma ve süregelen bir korku eğiliminin varlığı.

Panik Bozukluğu tanısı almış olan bireylerin fiziksel duyumlarına olan yoğun ilgisi sebebiyle, nabzının ne zaman arttığı, kalp atışlarının artış sebepleri, en yakın sağlık kuruluşunun yakınlığı, sağlık kuruluşuna ulaşım yöntemlerinin neler olduğu gibi sorular da zihinlerini sürekli meşgul etmektedir (Tükel, 2000).

#### 2.2.5.3. Agorafobi

DSM-IV'te Panik Bozukluğunun bir klinik özelliği olarak tanımlanan Agorafobi, DSM-V'te farklı bir kaygı bozukluğu olarak ayrı başlıkta tanımlanmıştır (DSM-V, 2004). Panik Bozukluğunun da klinik özelliklerinden biri olan tekrar panik atak nöbeti geçirmeye yönelik duyduğu korku sebebiyle evinin dışında tek başına olmaktan, kalabalık mekanlarda bulunmaktan, otobüs, tren gibi toplu taşıma araçları ya da kişisel araçla seyahat etmekten kaçınması gibi durumlar, Agorafobi olarak tanımlanmaktadır (Tükel, 1997).

Toplumun genel popülasyonunda var olan Panik Bozukluğu hastalarının yaklaşık olarak ½'lik kısmında, herhangi bir sağlık kuruluşlarına başvuran Panik Bozukluğu hastalarının ise ¾'lük kısmında Agorafobinin de eşlik ettiği yapılan araştırmalar ışığında belirtilmektedir. Agorafobik durumlar, ani oluşan herhangi bir sıkıntıda dışına çıkılmasının zor olduğu durumlardır. Agorafobiye sahip olan bireylerin yapmakta güçlük çektiği eylemler aşağıdaki maddelendirilmiştir (Tükel, 1992);

- Pazar, mağaza, alışveriş merkezi gibi büyük ve kalabalık mekânlarda bulunmak.

- Otobüs, tren gibi toplu taşıma araçlarını kullanarak seyahat etmek.
- Toplu ve kalabalık şekilde olunan ortamlarda, işlek caddelerde bulunmak.
- Trafiğin yoğun olduğu yerlerde araçla yolculuk etmek.
- Köprülerden geçmek.
- Herhangi bir kuyrukta sıra beklemek.

Söz konusu eylemlerden kaçınma davranışı Agorafobi için temel belirleyici özellikler olmaktadır. Panik nöbeti geçirmeye yönelik korku ne kadar yoğunsa kaçınmanın şiddeti de buna bağlı olarak artmaktadır. Agorafobinin şiddetinin düşük olduğu durumlarda, birey için bu eylemleri gerçekleştirmek zorlu fakat imkansız boyutta olmamaktadır. Yaşanılan korku düzeyi arttıkça kaçınma davranışlarının derecesi de artarak bireyin günlük yaşam akışını sekteye uğratmaktadır. Agorafobinin en yüksek düzeyinde olan bireyler ise eve tamamen kapanmış ve tek başına dışarı çıkamayacak duruma gelmektedir. Bu bireyler diğer bir deyişle “eve bağlı” olarak isimlendirilmektedir. Öte yandan Agorafobik bireyler yalnız kalma konusunda ciddi sıkıntı yaşamakta ve kendilerini güvende hissedebilmeleri için yanında tanıdığı birinin olmasına ihtiyaç duymaktadırlar (Tükel, 1992).

DSM-IV’te Panik Bozukluğunun yalnızca bir klinik özelliği olarak ele alınan, DSM-V’te ise ayrı bir kaygı bozukluğu olarak farklı başlıkta ele alınan Agorafobi için DSM-V’te belirleyici tanı kriterleri konulmuştur. Söz konusu tanı kriterleri aşağıda maddeler halinde sıralanmaktadır (DSM-V, 2014).

#### **DSM-V’e Göre Agorafobinin Tanı Kriterleri;**

**A)** Aşağıda verilen beş durumun en az ikisi ya da daha fazlasına yönelik ciddi kaygı ve korku hissetme durumunun olması.

- 1) Otobüs, tren, tramvay gibi toplu taşıma araçlarını kullanarak yolculuk yapma
- 2) Alışveriş merkezi, pazar yeri, köprü gibi açık alanlarda bulunma.
- 3) Mağaza, tiyatro salonu gibi kapalı alanlarda bulunma.
- 4) Kalabalıkta durma / kuyrukta sıra bekleme.

5) Evin dışı olan herhangi bir yerde tek başına olma.

**B)** Birey kaçmanın zor olacağı ya da herhangi bir panik nöbeti gibi kendisini zorlayıcı (düşme, idrar kaçırma gibi) durumların olması durumunda, kendisine yardım edecek birilerini bulamayacağını düşünerek bu tarz durumlardan kaçınma davranışı gösterir.

**C)** Agorafobinin ortaya çıkardığı durumlar, her zaman yoğun korku ve kaygıya neden olmaktadır.

**D)** Agorafobinin kaynağı olan durumlardan birey sürekli kaçınır, yanında birinin olmasına ihtiyaç duyar ya da yoğun kaygı ve korku durumu yaşayarak bunun üstesinden gelmeye çalışır.

**E)** Söz konusu korku ve kaygı durumu, yaşanan olayla, tehlikenin boyutuyla ve kültürel özelliklerle orantısız bir boyutta olmaktadır.

**F)** Söz konusu korku ve kaygı durumu en az altı ay ya da daha uzun süredir mevcut olmakla birlikte süreklilik göstermektedir.

**G)** Duyulan korku, kaygı ve kaçınma davranışları kişinin gerek sosyal hayatında, gerek günlük yaşamında gerekse iş hayatındaki işlevselliğinde bozulmaya neden olmaktadır.

**H)** Farklı bir tıbbi rahatsızlığın söz konusu olduğu durumlarda kaygı ve korku düzeyi çok yüksek olmaktadır.

**I)** Korku, kaygı ve kaçınma davranışı farklı bir ruhsal bozukluk kriterleriyle daha iyi açıklanamaz. Belirtiler Özgül Fobi, durumsal tür ile sınırlı olmamakla birlikte yalnızca toplumsal olaylarla (örneğin; Toplumsal Kaygı Bozukluğu), takıntılarla (örneğin; Obsesif Kompulsif Bozukluk), dış görünüş algısı ile ilgili kusurlarla (örneğin; Beden Algısı Bozukluğu), yıpratıcı olayları hatırlatıcılarla (örneğin; Örselenme Sonrası Kaygı Bozukluğu) ya da ayrılmaya yönelik olan korkuyla (örneğin; Ayrılma Kaygısı Bozukluğu) ilişkili olmamaktadır.



**Not:** Agorafobi tanısı Panik Bozukluktan bağımsız olarak konulmaktadır. Bireyin klinik bulgularının hem Panik Bozukluğu kriterlerini hem de Agorafobi kriterlerini karşıladığı durumlarda her iki bozukluğun tanısı da konulmaktadır (DSM-V, 2014).

### **2.2.6. Panik Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri**

Günümüzde mental bozuklukları tanımlama ve sınıflandırma için en yaygın kullanılan sınıflandırma sistemi olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Panik Bozukluğu tanısı koyabilmek için bazı tanı kriterleri ortaya koymaktadır. DSM-V bu sınıflandırma sisteminin son ve en güncel halidir.

DSM-V'e göre Panik Bozukluğunun tanı kriterleri aşağıda verilmektedir:

**A)** Tekrarlayan şekilde aniden oluşan ve beklenmedik panik ataklar nöbetlerinin olması. Panik atak çok kısa bir süre içerisinde doruk noktasına ulaşan ve bu süreçte aşağıdaki belirtilerin en az dördünün ya da daha fazlasının görülmesiyle birlikte yoğun kaygı ve sıkıntının bastırılması durumudur. Belirtileri:

1) Çarpıntı, kalbin hızlı şekilde atması, nabzın yükselmesi

2) Terleme

3) Titreme

4) Nefes darlığı, boğulma hissi

5) Nefes alamama ve tıkanma hissi

6) Göğüste ağrı ve sıkışma

7) Mide bulantısı, karın ağrısı

8) Baş dönmesiyle birlikte gelen bayılma hissi, sersemlik

9) Üşüme, titreme veya terleme, sıcak basması

10) Uyuşma, karıncalanma

11) Depersonalizasyon (öze yabancılaşma) veya Derealizasyon (bireyin kendini ve çevresini farklı algılama)

12) Delirme korkusu

13) Ölüm korkusu

**B)** Panik atakların en az birinden sonra aşağıdaki durumlardan birinin ya da ikisinin birden en az bir ay süredir (daha fazla da olabilir) görülmesi

1) Panik atakların tekrarlayacağına ve sonuçlarının tehlike arz edeceğine (delirme, kontrolü yitirme gibi) dair oluşan yoğun korku ve kaygı durumunun oluşması.

2) Panik ataklara bağlı olarak, atak geçirmekten kaçınmaya yönelik olmak üzere bireyde davranış değişiklikleri ve uyum bozukluklarının görülmesi (örneğin; bilmediği durumlardan kaçınma, spor yapmayı bırakma gibi).

**C)** Panik Bozukluğu herhangi bir ilaç ya da kötüye kullanılan bir maddenin ya da farklı bir tıbbi rahatsızlığın bedensel etkileri ile eşleştirilmemelidir.

**D)** Panik Bozukluğu farklı bir ruhsal bozukluğun tanı kriterleriyle daha iyi açıklanamaz. Belirtiler Özgül Fobi, durumsal tür ile sınırlı olmamakla birlikte yalnızca toplumsal olaylarla (örneğin; Toplumsal Kaygı Bozukluğu), takıntılarla (örneğin; Obsesif Kompulsif Bozukluk), dış görünüş algısı ile ilgili kusurlarla (örneğin; beden algısı bozukluğu), yıpratıcı olayları hatırlatıcılarla (örneğin; Örselenme Sonrası Kaygı Bozukluğu) ya da yalnızca ayrılmaya yönelik gelişen korkuyla (örneğin; Ayrılma Kaygısı Bozukluğu) ilişkili olmamaktadır (DSM-V, 2014).

### **2.2.7. Panik Bozukluğunun Ayırıcı Tanı ve Komorbidi**

Panik Bozukluğu çeşitli ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklarla eş zamanlı olarak görülebilen bir psikiyatrik bozukluktur. Belirtilerinin de birçok hastalıkla karışabilmesi ihtimali göz önüne alındığında komorbid rahatsızlıkların teşhis edilmesi, tedavi edilmesi gibi ayırıcı tanının yapılması da önem taşımaktadır (Öztürk, 1995).

Tanı koymadan önce hastanın detaylı bilişsel ve fiziksel muayenesinin yapılması, eş tanıları belirlemek açısından önemli hususlardan biridir. Anksiyete Bozukluklarından biri olan Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve çeşitli unsurlara bağlı

olan Fobik Bozukluk ayırıcı tanıda dikkat edilmesi ve incelenmesi gereken bozukluklardır. Panik Bozukluğunun temel klinik belirtisi tekrarlayan panik atak nöbetlerinin olmasıdır. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda ise nöbet şeklinde ataklar görülmemektedir. Fobik Bozuklukta ise panik nöbetlerinin gerçekleşmesini tetikleyen bir nesne ya da durumun varlığı söz konusu olmaktadır. Bu yönüyle Panik Bozukluğundan ayrışmaktadır (Bayrak, 2013). Aynı zamanda Panik Bozukluğunun da hızlı başlayan ve kısa süreli seyreden anksiyete görülmeyle birlikte, Yaygın Anksiyete Bozukluğunda ise anksiyete bireyin yaşamının neredeyse her alanında var olmaktadır (Deniz, 2014).

Bireyin semptomlarının hem Panik Bozukluğunun hem de farklı bir psikiyatrik bozukluğun tanı ölçütlerini karşıladığı durumlarda her iki tanı da bireye konulabilmektedir. Dikkat edilmesi gereken nokta; Majör Depresif Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu gibi farklı bir psikiyatrik bozukluğun neden olduğu panik atakların varlığı, bir ay ya da daha uzun süreli şekilde olmak üzere atakların tekrarlayacağına dair korku ve yoğun kaygı durumu eşlik etmediği durumlarda, bireye Panik Bozukluğu tanısı konulmamaktadır (Köroğlu, 1989).

Ayırıcı tanı için önem taşıyan ve tıbbi ya da biyolojik durumlara bağlı olarak ortaya çıkan Panik Bozuklukların nedenleri; Kalp Yetmezliği, Aritmi, Taşikardi gibi Kardiyovasküler Hastalıklar, Hipertiroidizm, Tiroid Disfonksiyonu, Hipertiroidizm, Hipoglisemi gibi Endokrin Hastalıklar, Epilepsi, Vestibüler Disfonksiyon gibi Nörolojik Hastalıklar, Kokain, Amfetamin, Alkol gibi Merkezi Sinir Sistemi Uyarıcıları, Hipetermi, Hipokalsemi, Hiperkalsemi gibi Metabolitik Bozukluklar, Anafleksi gibi İmmünolojik Hastalıklar, Astım, Kronik Akciğer Hastalığı, Pnömoni gibi Solumum Sistemi hastalıklarıdır (Bayrak, 2013; İzci, 2011).

**Tablo 2.3.** Panik Bozukluğunun Ayırıcı Tanısında Dikkat Edilmesi Gereken Organik Durumlar (İzci, 2011).

Vestibüler İşlev Bozukluklar	İlaç Veya Madde Bağımlılığı	Menopoz
Parsiyel Kompleks	Stereoid Tedavisi	Endokrin Hastalıkları

Nöbet		
Feokromasitoma	Transient İskemik Atak	Hipertiroidi
Kardiyovasküler Hastalıklar	Cushing Sendromu	Anemi
Anjina Pektoris	Paroksizmal Supraventriküler Taşikardi	Kafeinizm
Mitral Valv Prolapsusu	Solunum Sistemi Hastalıkları	Hipoglisemi
Astım	Pulmoner Emboli	Nörolojik Hastalıklar
Deliryum	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	

Panik Bozukluğu hastalarında, komorbid olarak farklı rahatsızlıkların eşlik etme oranları yüksek olmaktadır. Yapılan bir çalışma, Panik Bozukluğu hastalarının 2/3'ünde özellikle Anksiyete Bozukluklarından ya da Duygudurum Bozukluklarından en az birinin eşlik ettiği sonucu ortaya koyulmaktadır (Apfeldorf, vd., 2000).

Panik Bozukluğu tanısı almış olan bireylerin %50 ile %65 civarındakilerde eş zamanlı olarak Major Depresif Bozukluk, %15 ile %30'unda eş zamanlı olarak Sosyal Fobi, %10 civarındaki bireylerde eş zamanlı olarak Obsesif Kompulsif Bozukluk, %10 ile %20'sinde eş zamanlı olarak Özgül Fobi, yaklaşık %25 oranındaki bireylerde de Panik Bozukluğuyla eş zamanlı olarak yaygın Anksiyete Bozukluğunun da eşlik ettiği belirtilmektedir. Bu durumda Panik Bozukluğunun komorbiditesinde Majör Depresif Bozukluk başta olmak üzere Sosyal Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Özgül Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluk sıklıkla görülmektedir (Koroğlu, 1994).

Panik Bozukluğu hakkında yapılan araştırmalarda Agorafobisiz Panik Bozukluğu tanısı alan bireylerin oranının düşük olduğu görülmektedir. Panik bozukluğunda görülen Agorafobinin prevalansı yapılan bir çalışmada %33.3 olarak belirtilirken, farklı bir çalışmada %38 olarak bildirilmektedir (Kessler vd., 2010). Panik bozukluğunda eş zamanlı olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğunun görülme

prevelansı %25 olarak belirtilmektedir. Bu bulguya göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu, Panik Bozukluğuna sıklıkla eşlik eden kaygı bozukluklarından biri olmaktadır (Hoffart vd., 1994).

### **2.2.8. Panik Bozukluğunun Prognoz ve Tedavi Yöntemleri**

Süreğen bir hastalık olan Panik Bozukluğunun inişli çıkışlı dönemleri olmakla birlikte bu dönemler ve klinik seyrin şiddeti, kişiden kişiye göre değişiklik göstermektedir. Hastalığının prognozu üzerine yapılan çalışmalar kısa süreli olan gözlemler de olumlu yönde gittiğini gösterirken, uzun süreli gözlemler hastalığın prognozuna dair olumsuz veriler ortaya koyabilmektedir. Ortalama 4-6 yıl süresince tedavi gören Panik Bozukluğu hastalarının %30'unun tamamen iyileştiği, %40 ile %50'sinin bazı belirtileri devam etmekle birlikte iyileştiği, %20 ile %30'unun ise belirtilerinin devam ettiği ve prognozunun kötüye doğru gittiği ortaya konmaktadır (Tükel, 2002).

Prognoza dair literatür bilgisi incelendiğinde Panik Bozukluğunun temel klinik özelliği olan panik ataların sıklığı ve şiddetinin azalma gösterdiği hatta tamamen ortadan kalktığı hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Panik atağı türlerinden biri olan sınırlı belirtili atakların ise uzun süreli devam ettiği hastalar da bulunmaktadır. Sınırlı belirtili olarak tanımlanan ataklar, düşük şiddette olan fakat yine de işlev bozukluğuna ya da kaybına neden olabilecek belirtilerden oluşmaktadır. Özellikle ilk iki yılda prognozun olumlu yönde seyrettiği hastalar çoğunluktadır (Yonkers vd., 2003).

Panik Bozukluğunun prognozu konusunda Agorafobinin eşlik etmesi önemli bir husus olmaktadır. Panik bozukluğuna komorbid olarak Agorafobinin de eşlik etmesi hastalığın şiddetinin, seyrinin, öneminin ve neden olduğu işlevsellik kaybının ciddi oranda artmasına sebep olmaktadır (Onur vd., 2006). Buna göre hastalarda Panik Bozukluğunun yanı sıra Agorafobinin de eşlik ettiği vakalarda hastalığın gidişatının daha olumsuz yönde seyrettiği belirtilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda hastalar sekiz yıl süreyle incelenmiş olup, belirtilerin tamamen ortadan kaybolma oranları Agorafobinin eşlik etmediği durumlarda %70 civarında olurken,

Agorafobinin de eşlik ettiği hastalarda belirtilerin ortadan tamamen kaybolma oranı %35 / %40 civarlarında olmaktadır (Yonkers vd., 2003).

Agorafobinin neden olduğu çeşitli kaçınma davranışlarının olduğu vakalarda, Agorafobinin neden olduğu kaçınma davranışları olmayan vakalara göre belirtilerin daha şiddetli seyrettiği ve hastalık süresinin daha uzun sürdüğü sonucuna varılmıştır (Noyes, 1990). Panik Bozukluğu hastalarının 2-6 yıl süreyle takip edildiği bir başka çalışmada ise hastaların yalnızca %31’inde tam remisyona (belirtilerin tamamen ortadan kalması ve belirtisiz geçirilen süre) sağlandığı, %61’inde ise tekrarlayıcı belirtilerin devam ettiği görülmüştür (Katsching ve Amering, 1998).

Panik Bozukluğu büyük çoğunlukla kronik olarak seyretmektedir. Hastaların yaklaşık yarısında belirtilerin şiddeti düşük ve işlevselliği bozmayacak nitelikte olmaktadır. %10 / %20’lik bir kısım için ise herhangi bir iyileşme belirtisi olmamaktadır (Sadock ve Sadock, 2008). Panik atakların tekrarlama oranı bireyin fiziksel semptomlarına olan odaklanmasını arttırmakla birlikte hastalığın sıklığı ve şiddeti zamana ve bireye bağlı değişiklik gösterebilmektedir. Panik Bozukluğu tanısı almış olan hastalarda intihar etme riski, toplumdaki diğer bireylere kıyasla daha yüksek olmaktadır. Panik Bozukluğu hastalarının %50 ile %60’ında depresyon görülmekle birlikte %20 ile %40 oranlarındaki bireylerde de maddenin kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığının görüldüğü belirtilmektedir (Starcevic, 2009).

Panik Bozukluğu zamanla bireyin kişilik yapısında da değişimlere neden olabilmektedir. Panik Bozukluğu tanısı almadan önce daha aktif, dışa dönük özelliklere sahip olan bireyler Panik Bozukluğu tanısı aldıktan sonra daha içe kapanık, sorumluluk sahibi olmayan, başarısız sosyal ilişkileri olan, pasif bireyler haline gelebilmektedir. Söz konusu kişilik yapısındaki değişiklikler, Panik Bozukluğuna yönelik uygulanan uygun tedavi yöntemleriyle kontrol altına alınarak düzeltilebilmektedir (Hoffman vd., 1998).

Panik Bozukluğunun prognozu cinsiyete bağlı farklılıklar göstermektedir. Buna göre Panik Bozukluğunun başlangıcında kadın hastalarda daha fazla belirtiler, yüksek düzeyde Agorafobi ve komorbid rahatsızlıkların da daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durumda Panik Bozukluğu kadınların işlevselliğinde daha fazla

kayıplara neden olmakta ve böylelikle Panik Bozukluğunun prognozunun kadınlarda erkeklere kıyasla daha olumsuz yönde ilerlemesine neden olmaktadır (Clayton vd., 2006).

Panik Bozukluğunun tedavisi ve iyileşmesi konusunda “tam remisyon” kavramı kullanılmaktadır. Tam remisyon, panik atak belirtilerinin tamamının kalıcı olarak ortadan kalkması anlamına gelmektedir (Köroğlu, 1994). Buna göre Panik Bozukluğunun tedavisinde temel amaç tam remisyonu sağlayabilmek olmaktadır. Panik bozukluğunda tam remisyonla ulaşabilmek için de klinik özelliklerinden olan beklenti anksiyetesi ve Agorafobi gibi tüm klinik alanlarda iyileşmeleri sağlamak önem taşımaktadır (Alkın, 2002). Öte yandan alanda çalışmalar yapan farklı araştırmacılar, panik atak, beklenti anksiyetesi, agorafobi gibi Panik Bozukluğunun klinik özellikleri üzerinde yapılan iyileşme çalışmalarının yanı sıra bireyin sosyal hayatı, kişilerarası iletişimi ve iş hayatı gibi alanlarda da iyileştirmeler yapılması gerektiğini ileri sürmektedirler (Bandelow vd., 1995).

Kısacası Panik Bozukluğunun tam remisyonu, panik atak nöbetlerinin ortadan kalkması, Agorafobi kaynaklı kaçınma davranışlarının görülmemesi, beklenti anksiyetesinin azalması, bireyin günlük yaşam akışındaki işlevselliğinin düzelmesi ile mümkün olmaktadır. Öte yandan Panik Bozukluğa eşlik eden farklı psikiyatrik bozuklukların olduğu durumlarda bu psikiyatrik bozukluklarında ortadan kaldırılması, Panik Bozukluğunda tam remisyonu sağlayabilmek adına önem taşımaktadır (Ballenger, 1999).

Panik Bozukluğunun tedavisinde tercih edilen yöntemlerden biri psikoterapi teknikleridir. Özellikle Bilişsel Davranışçı Terapinin, Panik Bozukluğu üzerinde etkin ve olumlu yönde etkisi olduğu belirtilmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi, Panik Bozukluğu tedavisinde ilk olarak bireyin doğru olmayan inançlarının düzeltilerek yeniden yapılandırılmasına odaklanmaktadır. Bu süreçte bireyin gelişen panik atak nöbetlerine dair bilgilendirilmesi de önem taşımaktadır. Bireyin fiziksel semptomlarını ve duyularını yanlış yorumlamasına bağlı oluşan olumsuz inanışları ele alınmaktadır. Bu olumsuz inanışlar bireyde panik atak nöbetlerinin gelişmesine

neden olmaktadır. Bu sebeple Bilişsel Terapide, bireyin inançlarını yeniden yapılandırmak temel hedeflerindedir (Michelson vd., 1988; Craske vd., 1995).

Bilişsel Davranışçı Terapi, Panik Bozukluğunun tedavisinde fiziksel duyular, beklenti anksiyetesi ve Agorafobi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapinin bir yöntemi olan yaşayarak yüzleşme tekniğinin Agorafobi ve beklenti anksiyetesi üzerinde olumlu yönde etkileri bulunmaktadır (Deniz, 2014). Özellikle panik atakların ve belirtilerin sıklığını, şiddetini azaltmada, işlevselliği geri kazanabilme konusunda Bilişsel Davranışçı Terapinin diğer terapi yöntemlerine kıyasla daha etkili olduğu ileri sürülmektedir (Bayrak, 2013). Bilişsel Davranışçı Terapi ile tedavi edilen bireylerin koruyuculuğunun daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar Bilişsel Davranışçı Terapi ile tedavi görmüş Panik Bozukluğu hastalarının %75 ile %87'sinin yaşamlarının geri kalanında panik atak geçirmediği sonucuna varılmıştır (Deniz, 2014).

Panik Bozukluğunun tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin yanı sıra farmakolojik tedavi yöntemleri de mevcuttur. Öte yandan Bilişsel Davranışçı Terapinin yanı sıra eş zamanlı olarak farmakolojik tedavilerin de uygulanması, yalnızca Bilişsel Davranışçı Terapi ya da yalnızca farmakolojik tedavi uygulamaya kıyasla daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (Craske vd., 1995).

Panik Bozukluğu hakkında yapılan çalışmalar, Panik Bozukluğunun ve panik atakların biyolojik temelli olduğunu öne sürmektedir. Bozukluğun biyolojik temelli olması, ilaç tedavilerinin uygulanmasının da etkili olacağını düşündürmektedir. Panik Bozukluğunun farmakolojik tedavisinde bozukluğun neden olduğu patolojik durumların düzeltilmesi, kalıtsal yatkınlığın giderilmesi, işlevselliğin yeniden kazandırılması hedeflenmektedir (Alkın, 2001).

Bu doğrultuda Panik Bozukluğunun farmakolojik tedavisinde seriliktik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, benzodiazepinler sıklıkla kullanılmaktadır. Antidepresanların 4-6 haftalık gibi bir kullanım süresi sonucunda panik ataklarının sıklığını ve şiddetini azalttığı görülmektedir. Öte yandan seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin de Panik Bozukluğu üzerinde güçlü bir etkisi olduğu ve neden olduğu yan etkilerinin de kolay tolere edilebilmesi açısından



güvenli ilaçlar olduğu sonucuna varılmıştır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri Agorafobinin eşlik ettiği ya da Agorafobisiz Panik Bozukluğunun tedavisinde ilk tercihlerden biri olduğu söylenebilmektedir (İzci, 2011). Tedavide kullanılan diğer bir ilaç olan benzodiazepinlerin, özellikle panik atak belirtilerini azaltma konusunda antidepresanlardan daha etkin olduğu belirtilmektedir. Benzodiazepinlerin en bilinen ve önemli sayılan yan etkileri bağımlılık yapma ihtimali, sedasyon ve ataksidir (Tükel ve Alkın, 2006).

### **2.2.9. Panik Bozukluğu ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Panik Bozukluğunun klinik bulguları ile kişilik özelliklerinin bilişsel yönü arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 50 sağlıklı birey, 50 Panik Bozukluğu hastası olan toplam 100 birey araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma bulgularına bakıldığında bireylerin felaketleştirme ve fiziksel duyularına odaklanma davranışı arttıkça, Panik Bozukluğunun şiddetinin de arttığı sonucuna varılmıştır. Öte yandan Panik Bozukluğu hastalarında çekingen, bağımlı, pasif- agresif, obsesif- kompulsif, narsistik, paranoid, borderline kişilik özelliklerinin sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla görüldüğü de belirtilmiştir. Sonuç olarak araştırma, bireylerde Panik Bozukluğunun yanı sıra komorbid olarak Kişilik Bozukluklarının da bulunmasının, hastalığın şiddetini arttırdığı ve seyrini de olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Mutlu, 2019).

Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada Sosyal Kaygı Bozukluğu ile Panik Bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 72'si Sosyal Kaygı Bozukluğu tanısı olan, 51'i Panik Bozukluğu tanısı almış olan toplam 123 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında Sosyal Kaygı Bozukluğunun kadınlara oranla erkeklerde daha fazla, Panik Bozukluğunun ise erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görüldüğü sonucuna varılmıştır. Öte yandan Sosyal Kaygı Bozukluğunun bekarlarda daha fazla görüldüğü de araştırma bulgularından birini oluşturmaktadır. Aynı zamanda Sosyal Kaygı Bozukluğuna sahip bireylerin eğitim düzeyleri, Panik Bozukluğu hastalarına kıyasla daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmanın ortaya koyduğu bir diğer sonuç ise Panik Bozukluğunda

sahip olunan anksiyete, yeti yitimi ve depresyon düzeyinin, Sosyal Kaygı Bozukluğu hastalarına kıyasla daha yüksek olmasıdır (Güz ve Dilbaz, 2003).

Ulusal alanda ülkemizde yapılan bir çalışmada Panik Bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının cinsel işlev üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda çalışmaya yaşları 18-65 yaş arasında değişen Panik Bozukluğu tanısı almış olan 81 hasta dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, Panik Bozukluğu hastalarında kadınlarda %12.1'i erkeklerde ise %4.3'ünün çocukluk çağı cinsel istismar öyküsünün bulunduğu saptanmıştır. Aynı zamanda Panik Bozukluğu hastası olup çocukluk çağı istismar ve ihmaline maruz kalan bireylerde çeşitli cinsel sorunların da var olduğu görülmektedir (Bakım vd., 2011).

Bir başka çalışma ise yine ülkemizde yapılmış olup, Panik Bozukluk tanısı almış hastalarda Sosyal Fobi görölme sıklığının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmaya Panik Bozukluğu tanısı almış olan 150 hasta ve Panik Bozukluğu hastası olmayan 150 kişi olmak üzere toplam 300 kişi dahil edilmiştir. Araştırma sonucuna göre Panik Bozukluğu hastalarında, sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla Sosyal Fobi görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir deyişle Panik Bozukluğu tanısı almış olmanın, Sosyal Fobi için de bir risk faktörü olduğü söylenebilmektedir (Kavak, 2009).

### 3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### 3.1. TARTIŞMA VE SONUÇ

Alanyazında yapılan çalışmalar ışığında, Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğunun çoğunlukla bireyde aynı anda eşlik ettiği görülmektedir. Bununla birlikte Panik Bozukluk ve Hastalık Kaygısı Bozukluğunun ayırıcı tanı kriterlerini göz önüne almak, hastalık tanısı koymada büyük öneme sahiptir. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun etiyolojisinde ve komorbiditesinde Panik Bozukluğunun da etkisinin olduğu görülmektedir. Genel olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğunun da içinde bulunduğu somatizasyon bozukluklarının ayırıcı tanısında özellikle Panik Bozukluğunun dikkatli şekilde ele alınması doğru tanı konusunda önem taşımaktadır.

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun etiyolojisi konusunda literatürde farklı görüşler yer almaktadır. Bu görüşlerden biri de Hastalık Kaygısı Bozukluğunun Anksiyete Bozukluklarının farklılaşmış bir türü olarak var olduğu yönündedir. Öte yandan Hastalık Kaygısı Bozukluğu belirtilerinin, Panik Bozukluğu hastası olan bireylerin panik atak krizleri sırasında da sıklıkla görülebildiği bilinmektedir (DSM-IV, 1994). Yine aynı şekilde literatürde yer alan bazı bilgiler Hastalık Kaygısı Bozukluğunun, Özgül Fobi, Panik Bozukluk ve OKB gibi Kaygı (Anksiyete) Bozukluklarıyla etiyolojik ve tanımsal açıdan benzerlikler gösterdiğini ileri sürmektedir (Noyes, 1999). Söz konusu literatür bilgilerinin, Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile Anksiyete Bozukluklarının birbiriyle olan ilişkisini de ortaya koyduğu söylenebilmektedir.

Kırpınar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Somatizasyon Bozukluğu arasındaki gerek demografik özelliklerin gerekse psikometrik özelliklerin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Somatizasyon Bozukluğu tanısı almış olan 18-65 yaş arası 100 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde, Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan bireylerde sağlık kaygısının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Kırpınar vd., 2016). Buna göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan bireylerin, sağlıklarına yönelik daha fazla kaygıya sahip olduklarını araştırma bulguları ortaya koymaktadır.

Yine aynı şekilde Panik Bozukluk tanısı almış bireyler ile Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı almış bireylerin karşılaştırıldığı çalışmada, iki grubun sağlık kaygısı düzeyleri incelemeye alınmıştır. Araştırma sonuçlarına göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı almış bireylerin, Panik Bozukluk tanısı almış bireylere kıyasla daha fazla sağlık kaygısına sahip olduğunu ortaya koymuştur (Taylor ve Asmundson, 2004). Bu iki çalışma bulguları, birbirini destekler nitelikte olmaktadır.

Hastalık Kaygısı Bozukluğunun tanımlanması ve tedavisi konusunda da çeşitli çalışmalar yapılmış ve farklı yöntemler ortaya atılmıştır. Bu çalışmalardan biri olan Kognitif-Davranışçı Model, Salkovskis ve Warwick tarafından geliştirilmiştir. Hastalık Kaygısı Bozukluğu için geliştirilen bu model, Clark ve Barlow'un Panik Bozukluk için geliştirmiş oldukları modeliyle çok benzerlik göstermektedir. Kognitif Davranışçı Modele göre Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğu arasında işlevsel ve fenomenolojik anlamda benzerlikler bulunmaktadır (Warwick ve Salkovskis, 1990). Söz konusu Hastalık Kaygısı Bozukluğu modeli ile Panik Bozukluk modeli arasındaki bu benzerlik, her iki psikiyatrik bozukluğunun, etiyolojik, gelişimsel, klinik ve tedavisi açısından da ilişkili olduğunu ve benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Alanyazında yer alan bir çalışma, genel olarak Anksiyete Bozukluklarında görülen sağlık anksiyetesini incelemeyi amaçlamıştır. Bu doğrultuda 157 yetişkin birey araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma sonucu, Anksiyete Bozukluklarından Panik Bozukluk ve Hastalık Kaygısı Bozukluğuna sahip olan bireylerde daha fazla sağlık anksiyetesini görüldüğünü ortaya koymuştur. Diğer bir deyişle panik bozukluğa eşlik eden Hastalık Kaygısı Bozukluğunun varlığı, bireydeki sağlık kaygısını arttırıcı bir unsur olmaktadır. Bu bulgulardan yola çıkarak, Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğunun birbiri ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar olduğu kanısına varılabilmektedir (Abramowitz vd., 2007).

Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğu arasındaki ilişkiyi gösteren bir diğer durum ise, hipokondriyak ve Panik Bozukluk tanısı almış olan bireylerin her ikisinde de vücutlarını sık sık kontrol etme, özellikle sağlık konusunda güvence alma isteği gibi eylemler aracılığı ile kaygılarını bilişsel olarak kontrol altında

tutmaya çalışmalarıdır. Bu noktada bakıldığında, hem Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalarının hem de Panik Bozukluk hastalarının birbirine benzer şekilde davranışsal tepkilere sahip olduğu görülmektedir. (Deacon vd., 2008). Öte yandan fiziksel belirtilerle bilişsel olarak aşırı uğraş davranışı, her iki psikiyatrik bozuklukta da görülen ortak belirtilerdendir (Barsky vd., 1995).

Aynı şekilde günlük hayatta normal karşılanabilecek risksiz olarak görünen bedensel belirtileri yanlış yorumlayarak kalp krizi, kanser, felç gibi ciddi fiziksel hastalıklarla eşleştirme eğilimi hem Hastalık Kaygısı Bozukluğu olan bireylerde hem de Panik Bozukluk hastalarında görülmektedir (Olatunji, 2009). Bu noktada bazı araştırmacılar Hastalık Kaygısı Bozukluğunun, Panik Bozukluğunun bir özelliği olarak yorumlamaktadır. Ayırt edici noktalardan biri ise, Panik Bozukluğunun prognozu ve tedavi süreci Hastalık Kaygısı Bozukluğundan daha olumlu ve iyi sürmektedir. Panik Bozukluğunun tedavi edilmesi, hastanın ilerleyen dönemlerde komorbid olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğuna da sahip olması ihtimalini azaltmaktadır (Barsky vd., 1995). Bununla birlikte Hastalık Kaygısı Bozukluğunun tedavisinde ise, Panik Bozukluk, Duygudurum Bozukluğu gibi farklı bir psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi durumunda, hastalara uygulanan farmakoterapinin daha faydalı ve etkili olduğu belirtilmektedir (Fallon vd., 1996). Bu bilgiden yola çıkarak Hastalık Kaygısı Bozukluğunun belirtilerini azaltan farmakolojik tedavi yöntemlerinin, Panik Bozukluğunu da tedavi edici etkisinin var olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Ulusal alanda yapılan bir çalışmada araştırmamızın temel problemiyle benzer şekilde, Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile Panik Bozukluk arasındaki ilişki ve benzerlikleri, ayırıcı tanı özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 46 yalnızca Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı almış hasta, 45 yalnızca Panik Bozukluk tanısı almış hasta ve 21 hem Panik Bozukluk hem de komorbid olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı almış hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde Panik Bozukluk hastalarına daha çok Anksiyete Bozukluklarından Agorafobi eşlik ederken, Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalarına ise somatizasyon bozukluklarının eşlik ettiği görülmektedir. Bununla birlikte Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalarının, Panik Bozukluk hastalarına göre

prognozunun daha kötü ve patolojik olduğu da ortaya konmuştur. Hem Panik Bozukluk hem de komorbid olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı almış hastaların ise kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sağlık hizmetlerine başvurma oranlarının da diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmektedir. Her iki bozukluğun tanısını da almış olan komorbid vakalarda, iki rahatsızlıktan yalnızca birine sahip olan bireylere kıyasla daha şiddetli hastalık öykülerinin ve semptomlarının var olduğu söylenebilmektedir. Araştırmanın bulgu ve sonuçları, Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluğunun eş zamanlı olarak bireyde var olmasının, daha ağır psikopatolojiye yol açtığını ortaya koymaktadır (Hiller vd., 2005). Söz konusu bulgular da, Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğunun birbiri ile güçlü bir ilişki içinde olduğunu ileri süren araştırma hipotezini destekler nitelikte olmaktadır.

Yapılan bir başka çalışmada ise Hastalık Kaygısı Bozukluğunun, Depresyon ve Panik Bozukluk gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbiditesi incelenmiştir. Araştırma sonucunda depresyonun genellikle Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı aldıktan bir süre sonra ortaya çıktığı, Panik Bozukluğunun ise genellikle birey henüz Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı almadan önce veya iki bozukluğun eş zamanlı olarak ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır (Noyes vd., 1994). Bu çalışma bulguları ışığında Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğunun birbirini etkileyen iki psikiyatrik bozukluk olduğu söylenebilmektedir.

Ulusal alanda yapılan bir çalışmada hipokondriyak korkular ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda yapılan çalışmaya ayakta tedavi gören 100 majör depresif tanılı hasta örnekleme araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma sonucunda hipokondriyak belirtilerin depresif belirtilerle olan ilişki düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte Hastalık Kaygısı Bozukluğunun daha çok Anksiyete Bozuklukları ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda Panik Bozukluk tanısı almış olan bireylerde daha fazla hipokondriyak belirtilerin olduğu da, araştırma bulgularıyla ortaya konmaktadır. Diğer bir deyişle Panik Bozukluğa sahip olma durumunun, bireylerin Hastalık Kaygısı Bozukluğuna da sahip olma oranını arttırdığı görülmektedir. Araştırma

sonuçları ışığında Panik Bozukluğunun, Hastalık Kaygısı Bozukluğunu etkilediği ve tetiklediği söylenebilmektedir (Demopulos vd., 1996).

Araştırmamızın temel problemini de oluşturan Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkinin niteliğini ortaya koymak adına yapılan başka bir çalışma yine ulusal alanda gerçekleşmiştir. Bu doğrultuda 21 Panik Bozukluk tanısı almış olan hasta, 23 Sosyal Fobi tanısı almış olan hasta ve kontrol grubu olarak değerlendirmek üzere 22 hiç bir ruhsal bozukluk tanısı olmayan sağlıklı bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre yalnızca Panik Bozukluk tanısı alan hastaların neredeyse yarısının Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanı kriterlerini de karşıladıkları görülmüştür. Bununla birlikte Panik Bozukluk tanısı alan grubun, diğer bireylere kıyasla daha fazla hastalık inancı ve mahkumiyeti hakkında daha fazla yakınmalarının olduğu sonucuna da varılmıştır. Araştırma sonucu Panik Bozukluk ile Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Hastalık Kaygısı Bozukluğunun depresyondan çok Anksiyete Bozukluklarıyla ilişkili olduğunu destekler nitelikte bir sonuca ulaşılmıştır (Furer vd., 1997). Bu bulgular, araştırmamızın bulguları ile de tutarlı bir bilgiyi ortaya çıkartmaktadır.

Literatürde yer alan çalışmaların ve bilgilerin ışığında Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalığı ve Panik Bozukluk arasında güçlü bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. Gerek etiyolojik olarak gerekse klinik görünüm açısından, her iki psikiyatrik bozukluğunun birbirine benzer niteliklere sahip olduğu görülmektedir. Özellikle her iki bozukluğun da benzer belirtilere sahip olması, aralarında var olan ilişkiyi güçlendirmekte ve daha somut şekilde ortaya koymaktadır. Aynı zamanda komorbid hastalarda, söz konusu psikiyatrik bozukluklardan birinin tedavisinin diğerini de ciddi oranda azalttığını göstermektedir. Sonuç olarak Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluk, birbirini etkileyen ve aralarında ilişki bulunan psikiyatrik bozukluklardır.

### 3.2. ÖNERİLER

Yapılan araştırma sonucunda aşağıda sıralanan öneriler sunulabilir;

- 1) Araştırmanın literatür taraması olarak yapılması ve yeni bir sonucun ortaya konulamaması bu çalışmanın sınırlılıklarındandır.
- 2) Literatür araştırması yapıldığında, özellikle ülkemizde Hastalık Kaygısı Bozukluğu üzerinde yapılan araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Hastalık Kaygısı Bozukluğunun daha fazla bilinmesi ve tanınması açısından bu yönde yapılacak araştırmaların artırılması önerilmektedir.
- 3) Bununla birlikte alanyazında Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluk ilişkisine değinilen çalışmalara da yer verilmediği görülmektedir. Birbiri ile güçlü ilişki içinde olduğu düşünülen bu iki kavramın ilişkisini ortaya koyacak daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.
- 4) Araştırmanın değişkenlerini yalnızca Hastalık Kaygısı Bozukluğu hastalığı ve Panik Bozukluk oluşturmaktadır. Farklı değişkenler de ekleyerek daha kapsamlı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.
- 5) Araştırma konusu dikkate alındığında herhangi bir demografik özellik (yaş vb.) sınırlandırılması konulmamıştır. Araştırma sonuçlarının daha güvenilir ve spesifik sonuçlar ortaya koyabilmesi adına, seçilmiş ve sınırlandırılmış örnekleme yeniden yapılması önerilmektedir.
- 6) Araştırma bulguları incelendiğinde Hastalık Kaygısı Bozukluğu ve Panik Bozukluk rahatsızlıklarının ayırıcı tanılarının önemli olduğu ve iki bozukluğunda belirtilerinin benzerlik göstermesi sebebiyle karıştırılma ihtimalinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, alanda çalışan ruh sağlığı uzmanlarına ayırıcı tanı kriterleri hakkında eğitimler düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.



## KAYNAKÇA

- Abby, J. F., Salvatore, M. & Jeremy, D. C.** (1995). Anxiety disorders in comprehensive textbook of psychiatry (6th ed., text rev.). Baltimore: Williams Wilkins. 1191-1204.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. & Deacon, B. J.** (2007). Health anxiety, hypochondriasis and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86-94.
- Alkın, T.** (2000). *Panik Bozukluğu ve Agorafobi*. R. Tükel, (Ed.). Anksiyete Bozuklukları. (ss. 5-37). Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Alkın, T.** (2002). Birinci basamakta Panik Bozukluğu tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5 (Suppl. 3), 22-31.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed. text rev.). Washington, DC: Author.
- Apfeldorf, W. J., Spielman, L. A., Cloutre, M., Heckelman, L. & Shear, M. K.** (2000). Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depression And Anxiety*, 12:78–84.
- Arısoy, Ö.** (2004). Psikiyatrik genetik. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17: 109–125.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Sevgur, S. & Cox, B. J.** (2001). Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related disorders (pp. 3–21). New York: Wiley.

- Atmaca, M., D., Kuloğlu, M. ve Tezcan, A. E.** (2001). Monosemptomatik hipokondriak psikoz: Risperidon kullanılan bir olgu. *Bull Clin Psychopharmacol*, 11, 41-45.
- Atmaca, M., Seç, S., Yıldırım, H., Kayalı, A. ve Korkmaz, S.** (2010). Hipokondriak hastalarda volümetrik MRG analizi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20: 293-9.
- Bakım, B., Karamustafaloğlu, O., Akpınar, A., Tankaya, O., Özçelik, B., Ceylan, Y. C., Et al.** (2011). Panik Bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının cinsel işlev üzerine etkileri. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 24(3).
- Bal, U., Çakmak, S. & Şükrü, U.** (2010). Anksiyete Bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Ballenger, J. C.** (1999). Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl. 22): 29-33.
- Bandelow, B., Hajak, G., Holzrichter, S. ve Ark.** (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. I. methodological problems. *Int Clin Psychopharmacol*, 10: 83- 93.
- Barlow, D. H.** (2002). Anxiety and Its Disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. Sixth Edition. New York: Guilford Pres, 186–196.
- Barsky, A. J.** (1992). Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A. J.** (1996). Hypochondriasis. Medical management and psychiatric treatment. *Psychosomatics*, 37(1):48-56.
- Barsky, A. J. & Klerman, G. L.** (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273–283.

- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. & Cleary, P. D.** (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry*, *151*: 397-401.
- Barsky, A., Barnett, M. C. & Cleary, P. D.** (1995). Hypochondriasis and panic disorder. Boundary and overlap. *Arch Gen Psychiatry*, *51*: 918–25.
- Barsky, A. J., Fama, J. M., Bailey, E. D. & Ahern, D. K.** (1998). Prospective 4-to 5-year study of DSM III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, *55*:737-44.
- Barsky, A. J., Frank, C. B., Cleary, P. D., Wyshak, G. & Klerman, G. L.** (1999). The relationship between hypochondriasis and age. *Am J Psychiatry*, *148*: 923-928.
- Bayrak, N. G.** (2013). Panik Bozukluktanısı konmuş hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Bayrakçı, M.** (2007). Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (14), 198-21.
- Berrios, G. E.** (1996). The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Pres.
- Brodsky, C. M.** (1984). Sociocultural and interactional influences on somatization. *Psychosomatics*, *25*: 673-680.
- Busch, F., Shear, M. & Cooper, A.** (1995). An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis*, *183*: 299-303.
- Cahill, L.** (2000). Neurobiological mechanisms of emotionally influenced, long-term memory. *Progress in Brain Research*, *126*: 29-37.
- Ceylan, M. E. ve Yazan, B.** (2000). *Anksiyete Bozuklukları. "Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri.* (1. Baskı), (3. Cilt), İstanbul: Altan Matbaacılık, 77-112. 18.

- Clark, D. M.** (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (4), 461-70.
- Clayton, A. H., Stewart, R. S., Fayyad, R. et al.** (2006). Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health*, 9: 151-7
- Craske, M. G., Maidenberg, E. & Bystritsky, A.** (1995). Brief cognitive behavioral versus non directive therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 26: 113–120.
- Deacon, B. J., Lickel, J. & Abramowitz, J. S.** (2008). Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 22: 344–50.
- Demet, M. M. ve Demet, D.** (2018). Panik Bozukluğu. O, Karamustafalıoğlu. (Ed.). *Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri*, p.355-369.
- Den Boer, J. A.** (1997). Defining panic—a diagnostic dilemma. *Human Psychopharmacol*, 12: 3–6.
- Deniz, İ.** (2014). Panik Bozukluklu hastaların çocukluk çağı ihmal ve/veya istismar yaşantıları yönünden incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Dinçmen, K.** (2001). *Psykhiatria ve mythos*, (3. bs., ss. 52). İstanbul; Scala Yayıncılık.
- Dorfman, W.** (1975). Hypochondriasis revisited: A dilemma and challenge to medicine and psychiatry. *Psychosomatics*, 16: 14-16.
- Ekiz, T., İlman, E. ve Dönmez E.** (2020). Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile Covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Usaysad Dergisi*, 6(1):139-154.
- Ekmen, P.** (2015). Panik Bozukluğu teşhisi konmuş kişilerde depresyon görülme olasılığının, çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Erek, Ş.** (2006). Obsesif kompulsif bozukluk ve Panik Bozukluğu olan hastalarda bipolar bozukluk komorbiditesi ve afektif temperament özelliklerin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 9. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M. ve ark.** (1998). Türkiye ruh sağlığı profili araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Fallon, B. A.** (2004). Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosom Res*, 56: 455-460.
- Fallon, B. A., Schneier, F.R., Marshall, R., Campeas, R., Vermes, D., Goetz, D., et al.** (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacol Bull*, 32(4):607-11.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. & Cabras, P.** (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32: 24-29.
- Fava, G. A., Grandi, S., Michelacci, L., Saviotti, F., Conti, S., Bovicelli, L., et al.** (1990). Hypochondriacal fears and beliefs in pregnancy. *Acta Psychiatr Scand*, 82: 70-72.
- Fleet, R. P., Martel, J. P., Lavoie, K. L., Dupuis, G. & Beitmen, B. D.** (2000). Non-fearfull panic disorder: A variant of panic in medical patients?. *Psychosomatics*, 41: 20-311.
- Ford, C. V.** (1986). The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27: 327- 33.
- Ford, C.V.** (2000). Somatoform disorders. current diagnosis and treatment in psychiatry 366-367 New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Forister, J. G. & James, B.** (2007). Hypochondriasis: Meeting the management challenge, 20: 42-6.

- Freud, S.** (1953). The justification for detaching from neurasthenia a particular syndrome: The anxiety neurosis. *Collected Papers*, (1.bs.). London, The Hogarth Pres, 76–106.
- Furer, P., Walker, J. R., Chartier, M. J. & Stein, M. B.** (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depression and Anxiety*, 6(2), 78-85.
- Güz, H., ve Dilbaz, N.** (2003). Sosyal kaygı bozukluğu ile Panik Bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik psikiyatri*, 6, 32-38.
- Hettema, J. M., Neale, M.C. & Kendler, K. S.** (2001). A review and meta–analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 158: 1568–1578.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W. & Fichter, M. M.** (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *J Anxiety Disord*, 19: 29-49.
- Hitchcock, P. B.** (1992). Mathews A. Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behav Res Ther*, 30: 223-234.
- Hocaoğlu, Ç.** (2015). Farklı Bir Hastalık Kaygısı Bozukluğu: Bir Vaka Sunumu. *Journal of Mood Disorders*, 5(1), 36-9.
- Hoffart, A., Thornes, K. & Hedley, L.** (1994). DSM III–R Axis 1 and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 186–191.
- Hoffman, S. G., Shear, M. K., Barlow, D., et al.** (1998). Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depress Anxiety*, 8: 14-20.
- Hollifield, M. A.** (2005). Somatoform Disorders. H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Ed.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins, 1800-1828.

- İzci, F.** (2011). Panik Bozukluğu olan hastalarda aleksitimi ile mizaç ve karakter özelliklerinin klinik değişkenlerle ilişkisi. (Uzmanlık Tezi). Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Elazığ.
- Kaplan, I. H. & Sadock, B. J.** (1998). Synopsis of Psychiatry. (6th ed.). Williams and Wilkins, 257–602.
- Karamustafaloğlu, O. (Ed.) ve Akpınar, A.** (2010). *Anksiyete Bozuklukları. Aile hekimleri için psikiyatri.* (1.bs.). İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık, 71-88.
- Karamustafaloğlu, O. ve Yumrukçal, H.** (2011). Depression and anxiety disorders. (Der). Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 45(2): 65-74
- Karapınar, Ö. K.** (2010). Panik bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğute sağlık kaygısı. (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Katsching, H. & Amering, M.** (1998). The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol*, 18 (suppl. 2): 6-11.
- Kavak, V.** (2009). Panik Bozukluktanısı almış hastalarda Sosyal Fobi görülme sıklığının incelenmesi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kellner, R.** (1987). Hypochondriasis and somatization. *JAMA*, 258: 2718-2722.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K. & Wittchen, H. U.** (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*, 2: 21-35.
- Kılıç, C.** (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımını sonuçları T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Kırpınar, İ., Deveci, E., Kılıç, A. ve Çamur, D. Z.** (2016). Somatization disorder and hypochondriasis: As like as two peas? *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (Cilt.17), ss.165-173.

- Klein, D. F.** (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408.
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M. & Erkmen, H.** (2003). Panik Bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam*, 6, 219-22.
- Köroğlu, E.** (1989). American psychiatric association. diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition, Revised (DSM III-R), Washington DC: American Psychiatric Association; 1987. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E.** (1994). american psychiatric association. diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E.** (2004). Psikozoloji. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 381-408.
- Köroğlu, E. ve Güleç, C.** (2007). *Psikiyatri temel kitabı*. (2. bs.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 386-389.
- Lipowski, Z. J.** (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychoter Psychosom*, 47: 160-7.
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M. & Bauer, C.** (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, 27: 127-139.
- McCranie, E. J.** (1979). Hypochondriacal neurosis. *Psychosomatics*, 20: 11-15.
- McMahon, F. J., Kassem, L.** (2007). *Anksiyete Bozuklukları: Genetik*. H. Aydın ve A. Bozkurt (Ed.). (s). (8. bs.). Ankara, Güneş Kitabevi, 1759-1762.
- Meb. (2012). Anksiyete, somatoform, dissosiyatif ve duygu durum bozuklukları.



- Michelson, L., Maussabolian, M. & Marchione, K.** (1988). Cognitive, behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation, *Behav Ther*, 19: 97–120.
- Munro, A.** (1988). Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry*, 153 (Suppl. 2), 37-40.
- Mutlu, E.** (2019). Panik Bozukluğunun klinik bulguları ile kişilik özelliklerinin bilişsel yönü arasındaki ilişki. (Uzmanlık Tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Noyes, R. Jr.** (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 21: 8-17.
- Noyes, R. Jr., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T. & Woodman, C. L.** (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry*, 16: 78-87.
- Noyes, R. Jr, Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L & Yagla, S. J.** (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43: 282-289.
- Nutt, D. J. & Lawson, C.** (1992). Panic attacks: A neurochemical overview of model and mechanism. *Br J Psychiatry*, 160: 165-178.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S.** (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder?. *The British Journal of Psychiatry* 194, 481–482.
- Onur, E. S. Monkul, ve Alkın, T.** (2006). Panik Bozukluğunun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozukluklarından*, 1: 41-67.
- Özdemir, S., Özdemir, F. ve Ünal, S.** (2016). Panik Bozukluğu ve majör depresyonda bağlanma boyutlarının araştırılması. Malatya Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2(1):40-45

- Özdin, S. ve Bayrak Özdin Ş.B.** (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5): 504–511.
- Özmen, H. E.** (1999). Hastalık Kaygısı Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 3: 15-18.
- Öztürk, M. O.** (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (10. bs.). Ankara: Feryal Matbaası, 415-420.
- Öztürk, M. O. ve Uluğ, B.** (1993). Dünya sağlık örgütü: ICD-10, ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A.** (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (Cilt. 1), 451-480.
- Pilowsky, I.** (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46(3), 273-285.
- Regier, D. A., Myers, J. K. & Kramen, M.** (1984). The NIMH epidemiologic catchment area program: historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 934–941.
- Rief, W. & Barsky, A. J.** (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30: 996-1002.
- Ryle, J. A.** (1948). Nosophobia. *J Ment Sci*, 94: 1-17.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A.** (2005). *Klinik psikiyatri*. , H. Aydın ve A. Bozkurt (Çev.), (2. bs.). Ankara: Güneş Kitabevi, 247-258.
- Salkovskis, P. M.** (1989). Somatic problems. cognitive behaviour therapy for psychiatric problems- a practical guide. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. Clark (Ed.). Oxford University Press, Oxford, s.234-276.

- Sartorius, N., Üstün, B., Costa, E. et al.** (1993). An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 819–824.
- Sayar, K.** (2008). Somataform bozukluklar. güncel ve klinik psikiyatri. E. Işık, E. Taner ve U. Işık (Ed.). *Güncel Klinik Psikiyatri*, Ankara, s:271-287.
- Saydam, M. B.** (2008). Panik kavramına psikomitolojik değinmeler, acı ve hışım: "Panik" kavramına psikomitolojik değinmeler. *Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi*, 1(1):22- 35.
- Scheerer, M.** (1954). Cognitive theory. G. Lindzey (Ed.). *Handbook of Social Psychology*. (Vol. 1). Cambridge, Addison-Wesley.
- Seç, S.** (2009). Hastalık Kaygısı Bozukluğulu hastalarda amigdala ve hipokampal bölgelerdeki morfometrik değışiklikler. (Uzmanlık Tezi). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ.
- Simon, N. M. & Fischmann, D.** (2005). The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66 Suppl 4:8-15.
- Sönmez, S.** (2006). Panik bozukluğunda davranış değışiklikleri. (Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 9. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Starcevic, V.** (2009). *Anxiety disorders in adults: A clinical guide*. (2. bs.). New York: Oxford University Press, 1-480.
- Stein, D. J. & Hollender, E.** (2002). *Textbook of anxiety disorders*. Washington: The American Psychiatric Publishing, 237-287.
- Şahin, S.** (2011). Panik bozukluğunda çocukluk çağı travması ve aile ilişkilerinin hastaların yaşam kalitesi ve hastalığın fenomenolojisi üzerine etkilerinin değeriendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

- Şendağ, D.** (1989). Fonksiyonel somatik semptomlar ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 9(2), 97-101.
- Tamam, L.** (2009). Panik Bozukluk. *Actual Medicine Dergisi*, (Cilt, 17., ss. 3).
- Taylor, S. & Asmundson, G. J. G.** (2004). Treating health anxiety a cognitive-behavioral approach. The Guilford Press, New York, London.
- Taylor, S. Asmundson, G. J. G.** (2006). *Hypochondriasis*. J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Ed.). Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy. New York: Springer. Chapter, 31 p: 313-323.
- Thomson, A. B. & Page, L. A.** (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev*, 4: CD006520.
- Torgersen, S.** (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502-505.
- Tunç, S. & Başbuğ, H. S.** (2018). An extraordinary manifestation of hypochondriasis. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 331-333.
- Tunçer, Ö.** (2005). Stres, psikosomatik ve Somatoform Bozukluklar. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 47: 153-162.
- Tükel, R.** (1992). Panik bozukluğunda gelişim, klinik seyir, ve panik nöbetleri ile Agorafobi ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3: 18-29.
- Tükel, R.** (2002). Panik Bozukluğu, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek 3: 5-13.
- Tükel, R. & Alkın, T.** (2000). Anksiyete Bozuklukları. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara.
- Tükel, R. ve Alkın, T.** (2006). (eds) *Anksiyete Bozuklukları*, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, (1. bs., No: 4, ss. 41-143), Ankara.

- Tweed, J. L., Schoenbach, V.J., George, L. K., et al.** (1989). The effects of childhood parental death and divorce on the six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, *154*: 823-28.
- Uğuz, Ş., Altıntaş, E. Y. & Levent, B. A.** (2006). Panik Bozukluk: Etiyoloji, Klinik gidiş, komorbidite ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, *2*(12), 21-25.
- Visser, S. & Bouman, T. K.** (2001) The treatment of hypochondriasis: Exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav Res Ther.* *39*: 423-442.
- Wahl, C. W.** (1963). Unconscious factors in the psychodynamics of the hypochondriacal patient. *Psychosomatics*, *4*(1), 9-14.
- Warwick, H. M. & Salkovskis, P. M.** (1989). Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *18*, 85-92.
- Warwick, H. & Salkovskis, P.** (1990). Hypochondriasis. *behav res ther*, *28*:105– 17.
- Weismann, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J. & Faravelli, C.** (1997). The crossnational epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, *54*: 305.
- Yavuz, F. K.** (2012). Fibromiyalji ve Somatoform Bozukluk hastalarında kişilik özelliklerinin karşılaştırılması. Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Yiğit, H.** (2015). Panik Bozukluğu olan hastalarda dürtüsellik yaygınlığı. (Uzmanlık Tezi). Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Sakarya.
- Yonkers, K. A., Bruce, S.E., Dyck, I. R. & Keller, M. B.** (2003). Chronicity, relapse, and illness course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow –up. *Depress Anxiety*, *17*: 6– 173.