



**T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI AD.**

**PANİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA OBSESİF
İNANIŞLARIN EMOSYON REGÜLASYONU ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Doğancan YİĞİTOĞLU
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Tuba ÜLKEVAN

VAN-2023

**T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI AD.**

**PANİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA OBSESİF
İNANIŞLARIN EMOSYON REGÜLASYONU ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Doğancan YİĞİTOĞLU
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Tuba ÜLKEVAN

VAN-2023

KABUL VE ONAY

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Dr. Doğançan YİĞİTOĞLU tarafından sunulan “**Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda Obsesif İnanışların Emosyon Regülasyonu Üzerine Etkisinin İncelenmesi**” isimli bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile başarılı bulunmuş ve Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:/...../.....

İmza
Unvanı Adı ve Soyadı
Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza
Unvanı Adı ve Soyadı
Üniversitesi
Jüri Üyesi

İmza
Unvanı Adı ve Soyadı
Üniversitesi
Jüri Üyesi

Tez hakkında alınan jüri kararı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Unvanı Adı ve Soyadı

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecim boyunca kendisinin bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, tez sürecim dışında eğitim sürecim boyunca da hem akademik açıdan hem de çalışma etiği anlayışı ile bana kılavuzluk ederek desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın **Dr.Öğr. Üyesi Tuba ÜLKEVAN'a;**

Bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bizleri yönlendiren, mesleğe başladığımız ilk andan beri akademik açıdan gelişimimiz için bizlere destek olan **Prof.Dr. Pınar GÜZEL ÖZDEMİR'e,**

Eğitim süreçlerimizde her zaman aktif rol alan, özellikle bilimsel bakış açımızın ve eleştirel düşünme biçimimizin oluşumunda büyük katkıları olan **Doç. Dr. Mesut IŞIK'a,**

İlk hasta takibimi kendisi ile yapma fırsatı bulduğum ondan sonra da birçok konuda bana yol gösteren, danışmanlık eden, eğitimimize verdiği önemi her zaman hissettiğimiz **Doç. Dr. Faruk KURHAN'a,**

Asistanlığımın ilk 2 yılı içerisinde çalışma fırsatı bulduğum, mesleki heyecanı, bilgisi ve donanımı ile her zaman gelişimimizi destekleyen **Doç. Dr. Umut KIRLI'ya,**

Asistanlık sürecimin başında servis şefi olarak tanıştığım daha sonra öğretim üyesi olarak tekrar beraber çalışma imkanı bulduğum, samimiyetini her zaman hissettiğim **Dr.Öğr.Üyesi. Şüheda TAPAN ÇELİKKALELİ'ye;**

Kısa süreli birlikte çalışma imkanı bulduğum, bilgi ve tecrübesini benden esirgemeyen **Uzm. Dr. Aybüke AYDIN'a;**

Uzun süredir beraber çalıştığım, iyi kötü birçok zaman geçirdiğim, her zaman varlıklarını yanımda hissettiren saygıdeğer çalışma arkadaşlarım **Emine GÜVENER'e,** servis sekreterimiz **Şükrü KADAN'a,** poliklinik sekreterimiz **Hakan KARA'ya,** Psikolog **Nuray KAYA'ya** ve servisimizde çalışmakta olan hemşirelerimiz **Mehmet Bey, Yılmaz Bey, Gamzegül Hanım, Cennet Hanım, İsra Hanım** ve sağlık personellerimiz **Erhan Bey, İlhami Bey, Recep Bey, Bekir Bey'e;**

Asistanlık sürecim boyunca beraber çalıştığım benimle bilgi ve birikimlerini paylaştan bu süreci hem keyifli hem de daha anlamlı kılan, her birisi birbirinden değerli çalışma arkadaşlarım **Uzm. Dr. Onur YILMAZ'a, Uzm. Dr. Anıl Cemre ÖKMEN'e, Uzm. Dr. Barış ERKUŞ'a, Uzm. Dr. Sakine AKTAŞ'a, Uzm. Dr. Gülşah ESİN'e, Uzm. Dr. Seçkin Lutfi YALÇIN'a, Dr. Yavuz Selim ATAN'a, Dr. Duygu ANAHAR'a ve Dr. Canan Bengisu AYGÜN'e, Dr. Mustafa AKIN'a, Dr. Zeynep ŞAHİN TAŞ'a, Dr. İnci TİMUR'a, Dr. Barış Can SALMAN'a, Dr. Fulya ÖZMEN'e, Dr. Gözde ŞEN'e, Dr. Mehmet Ali DEMİR'e, Dr. Elif SÜTÇÜ'ye, Dr. Leyla ÇELİK'e, Dr. Cemre TERZİ'ye, Dr. Sueda AYDEMİR'e;**

Nöroloji rotasyonum boyunca bana olan katkılarından ve emeklerinden dolayı tüm YYÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarıma ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma;

Üniversitede aynı sıralarda eğitim aldığım daha sonra mecburi hizmet sürecimde ve en son asistanlık yaptığım ilde yeniden beraber çalışma imkanı bulduğum değerli dostum **Dr. Ömer Ketboğa'ya,** asistanlığım boyunca mesleki ilgisi ve öğrenme heyecanı ile bana uzun süre eşlik eden tıp fakültesi öğrencisi **Vakkas Cem Taş'a;**

Ve son olarak bu günlere gelmem de tartışmasız en büyük role sahip olan, fedakârlıklarını ve sevgilerini bir an olsun benden esirgemeyen, en zor zamanlarımda daima arkamda olduklarını bildiğim ve bundan güç aldığım, çok kıymetli annem **Fatma YİĞİTOĞLU** ve babam **Durmuş YİĞİTOĞLU'na,** canım ablam **Mehriban YİĞİTOĞLU'na;**

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1	: Sosyodemografik Verilerin Gruplar Arası Karşılaştırılması	34
Tablo 2	: DDGÖ-36 ölçeğinin gruplar arası karşılaştırılması	35
Tablo 3	: OİÖ-44 ölçeğinin gruplar arası karşılaştırılması	36
Tablo 4	: DDGÖ-36 ölçeğinin hasta grubunda yaşa göre kıyaslanması	38
Tablo 5	: DDGÖ-36 ölçeğinin kontrol grubunda yaşa göre kıyaslanması	38
Tablo 6	: DDGÖ-36 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre kıyaslanması	39
Tablo 7	: DDGÖ-36 ölçeğinin kontrol grubunda cinsiyete göre kıyaslanması	39
Tablo 8	: OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda yaşa göre kıyaslanması	40
Tablo 9	: OİÖ-44 ölçeğinin kontrol grubunda yaşa göre kıyaslanması	40
Tablo 10	: OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre kıyaslanması	41
Tablo 11	: OİÖ-44 ölçeğinin kontrol grubunda cinsiyete göre kıyaslanması	41
Tablo 12	: Hasta grubunda toplam OİÖ-44 puanı ve alt ölçeklerinin puanları ile toplam DDGÖ-36 puanı arasındaki ilişki	44
Tablo 13	: Kontrol grubunda toplam OİÖ-44 puanı ve alt ölçeklerinin puanları ile toplam DDGÖ-36 puanı arasındaki ilişki	44
Tablo 14	: Hasta grubu için DDGÖ-36 toplam puan ve alt ölçekleri ile OİÖ-44 toplam puanları arasındaki ilişki	45
Tablo 15	: Kontrol grubu için DDGÖ-36 toplam puan ve alt ölçekleri ile OİÖ-44 toplam puanları arasındaki ilişki	47
Tablo 16	: Tüm gruplarda, toplam puanlar ve alt ölçekler arası korelasyonlara dair matris tablosu	48
Tablo 17	: Hasta grubu için OİÖ-44 toplam puanı, düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme, Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ve Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile DDGÖ-36 toplam puanı arasındaki ilişki için ayrı ayrı oluşturulmuş tek değişkenli doğrusal regresyon modelleri	49
Tablo 18	: Kontrol grubu için OİÖ-44 toplam puanı, düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme, Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ve Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile DDGÖ-36 toplam puanı arasındaki ilişki için ayrı ayrı oluşturulmuş tek değişkenli doğrusal regresyon modelleri	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	: McRae, K. & Gross, J., J.'nin emosyon regülasyonu süreç modeli	23
Şekil 2	: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 toplam puanı arasındaki korelasyon grafiği	42
Şekil 3	: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme alt ölçek puanı arasındaki korelasyon grafiği	42
Şekil 4	: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi alt ölçek puanı arasındaki korelasyon grafiği	43
Şekil 5	: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçek puanı arasındaki korelasyon grafiği	43

KISALTMALAR

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
ANP	: Atrial Natriüretik Peptid
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CCK	: Kolesistokinin
COMT	: Katekol-O-Metiltransferaz
CRH	: Kortikotropin Salgılama Faktörü
DDGÖ-36	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
ER	: Emosyon Regülasyon
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
GH	: Büyüme Hormonu
HPA	: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal
NMDA	: N-Metil-D-Aspartat
OİÖ-44	: Obsesif İnanışlar Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKÇG	: Obsesif Kompulsif Kognisyonları Çalışma Grubu
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PB	: Panik Bozukluk
SCID-5-CV	: DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SNRI	: Serotonin Ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TRH	: Tirotropin Salgılatıcı Hormon Tiroid Uyarıcı Hormon
TSH	: Tiroid Uyarıcı Hormon
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

İÇİNDEKİLER TABLOSU

KABUL VE ONAY.....	II
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	7
1.1.GİRİŞ.....	7
1.2.AMAÇ VE HEDEF.....	8
1.3.HİPOTEZ.....	8
2.GENEL BİLGİLER.....	9
2.1.PANİK BOZUKLUK.....	9
2.1.1.Tanım.....	9
2.1.2.Tarihçe.....	9
2.1.3.Tanı.....	10
2.1.4. Epidemiyoloji.....	11
2.1.5. Etiyoloji.....	12
2.1.5.1. Nörokimyasal Açıklamalar.....	12
2.1.5.1.1. Serotonin.....	12
2.1.5.1.2. Noradrenalin.....	13
2.1.5.1.3. Gamma Aminobütirik Asit (GABA).....	13
2.1.5.1.4. Glutamat.....	14
2.1.5.1.5. Kolesistokinin (CCK)	14
2.1.5.1.6. Adenozin.....	14
2.1.5.1.7. Diğer Nörokimyasal Mekanizmalar.....	14
2.1.5.2. Endokrin Sistem.....	15
2.1.5.2.1. Kortikotropin Salıcı Hormon (CRH) ve Hipotalamus–Hipofiz–Adrenal (HPA) Sistem Aksı....	15
2.1.5.2.2. Büyüme Hormunu (GH).....	15
2.1.5.2.3. Tiroid Hormonu.....	15
2.1.5.3. Genetik.....	16
2.1.5.4. Nöroanatomi.....	16
2.1.5.5. Psikolojik Açıklamalar.....	17
2.1.5.5.1. Psikodinamik Açıklamalar.....	17
2.1.5.5.2. Bilişsel ve Davranışçı Açıklamalar.....	18
2.1.6. Tedavi.....	20
2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi.....	20
2.1.6.2. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	20
2.2. EMOSYON REGÜLASYON.....	22
2.2.1. Emosyon Regülasyonu(ER) Tanımı.....	22
2.2.2. Emosyon Regülasyon Stratejileri.....	22
2.2.2.1. Durum Seçimi.....	23
2.2.2.2. Durum Modifikasyonu.....	23
2.2.2.3. Dikkat Yönlendirme.....	24
2.2.2.4. Bilişsel Değişim.....	24
2.2.2.5. Yanıt Değiştirme.....	24
2.2.3. Emosyon Regülasyon Güçlüğü.....	25
2.2.3.1. Emosyon Regülasyonu Güçlüğü Alt Başlıkları.....	25
2.2.3.2. Emosyon Regülasyon Güçlüğü'nün Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi.....	26
2.3. OBSESİF İNANIŞLAR.....	27
2.3.1. Obsesif İnanışların Tanımı.....	27
2.3.2. Obsesif İnanış Alt Boyutları.....	28
2.3.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	28
2.3.2.2. Mükemmeliyetçilik.....	28
2.3.2.3. Düşüncelere Aşırı Önem Verme.....	28
2.3.2.4. Düşüncelerin Kontrol Edilmesinin Gerekliği İnanışı....	28
2.3.2.5. Abartılmış Sorumluluk.....	29
2.3.2.6. Abartılmış Tehdit Algısı.....	29

2.3.3. Obsesif İnanışların Anksiyete Bozuklukları İle İlişkisi.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Katılımcıların Belirlenmesi ve Yöntem.....	30
3.2. Veri Toplama Araçları.....	30
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3.2.2. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV).....	30
3.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-36 (DDGÖ-36).....	31
3.2.4. Obsesif İnanışlar Envanteri-44 (OİE-44).....	31
3.2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri.....	33
4.2. Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	34
4.3. Ölçek Puanlarının Hasta ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Verilere Göre Analizi.....	37
4.4. Ölçekler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	41
5. TARTIŞMA.....	52
5.1. Sosyodemografik Verilerin Tartışılması.....	52
5.2. Hipoteze Yönelik Verilerin Tartışılması.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7. EKLER.....	64
EK-1: Sosyodemografik Veri Formu.....	64
Ek-2: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği.....	66
Ek-3: Obsesif İnanışlar Envanteri-44 (OİE-44).....	68
KAYNAKLAR.....	70

ÖZET

Amaç: Panik bozukluk ile ilgili şimdiye kadar birçok açıklama yapılmış olup açıklamaların doğası genellikle bilişsel süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Hala tam olarak tedavi edilemeyen dirençli bir grubun ve nükslerin varlığı bu açıklamaların farklı açılardan derinleştirilmesi belki de terapi müdahalelerinde bu yönde bazı tekniklerin uygulanması fikrini doğurmaktadır. Bizim amacımız farklı çalışmalarda adı geçen obsesif inanışlar ve emosyon regülasyonu güçlüğü kavramları arasında bir ilişkinin varlığını araştırmak ve bunu sağlıklı kontrollerde de araştırıp bu ilişkinin panik bozukluğa özgülüğünü sorgulamaktır.

Metod: Çalışmamız; panik bozukluk tanılı bireylerde obsesif inanışlar ve emosyon regülasyonu arasında ilişkiyi incelemeye yönelik Aralık 2021 tarihi ile Mayıs 2023 tarihleri arasında yürütülen bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Çalışma evreni; Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası gönüllülerden oluşan ruhsal muayene ve DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonuna göre panik bozukluk tanısı almış olan hasta grubu ve sosyodemografik olarak eşleştirilmiş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan kontrol grubu şeklinde oluşturulmuştur. 60 kişi vaka, 60 kişi kontrol grubu olarak planlanmıştır ancak 5 hasta komorbid psikiyatrik yakınmalar ve takiplerde aldıkları eş tanılar yüzünden çalışma dışı bırakılmıştır böylece 55 hasta çalışmaya dahil edilmiştir kontrol grubu da buna dayanarak 55 kişi olarak belirlenmiştir. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği(DDGÖ-36) ve Obsesif İnanışlar Ölçeği(OİÖ-44) doldurtulmuştur.

Bulgular: Panik bozukluk hasta grubunda yapılan değerlendirme sonucunda toplam DDGÖ-36 ve OİÖ-44 ölçekleri sonucu kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p<0,001$). Alt ölçeklere bakıldığında DDGÖ-36 farkındalık alt ölçeği dışında bu anlamlılık varlığını sürdürmüştür. Sosyodemografik pencereden cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi etkenlerin iki grup için de anlamlı farklılık oluşturmadığı sadece 18-25 yaş grubu için bakıldığında toplam DDGÖ-36 puanı($p=0,04$) ve amaç alt ölçeği puanı($p=0,017$) için istatistiksel anlamlı

bir yükseklik oluşturduğu bulunmuştur. Ölçekler arası ilişki için korelasyon analizi ile ilişki g değerlendirildiğinde; DDGÖ-36 leği toplam puanı ile O-44 toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt leği hariç orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt leği ile toplam DDGÖ-36 alt leği arasında($r=0,44$) zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. O-44 toplam puanı ile DDGÖ-36 toplam puanı ve alt ölçek puanları için korelasyon analizi yapıldığında; DDGÖ-36 toplam puanı($r=0,55$), kabul etmeme alt ölçek puanı($r=0,60$), strateji alt ölçek puanı($r=0,56$) ve dürtü alt ölçek puanı($r=0,54$) arasında orta düzeyde, amaç alt ölçek puanı($r=0,36$) ile zayıf düzeyde, farkındalık ve açıklık alt ölçekleri düzeyinde ise ilişki olmadığı grlmştur. Kontrol grubunda korelasyon değerlendirmesi yapıldığında toplam O-44 puanı ile farkındalık ve açıklık arasındaki ilişkinin yokluğu aynen devam etti farklı olarak kontrol grubunda amaç alt leği de anlamlılığını yitirdi. Toplam O-44 ile DDGÖ-36 toplam puan ve kabul etmeme, strateji, dürtü alt ölçekleri arasındaki ilişki düzeyi ise ortadan zayıfa geriledi. Toplam DDGÖ-36 ile O-44 alt ölçekleri arası ilişkiye bakıldığında ise mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt leği ve abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt leğinin DDGÖ-36 toplam puanı ile aralarındaki ilişki anlamlılığını yitirdi, diğer orta düzeyde ilişkiler ise zayıf düzeye indi. Daha sonra etki düzeyinde inceleme yapmak için emosyon regülasyon güçlüğü bağımlı değişken kabul edilerek O-44 toplam puanı ve alt ölçekleri hem hasta hem kontrol grubunda değerlendirildi. Değerlendirme neticesinde etki açısından istatistiksel anlamlı sonuçlar elde edildi ve beta katsayıları kontrol grubunda aynı ölçekler için kıyaslandığında daha düşük değerler elde edildiği görüldü.

Sonuç: Bulgularımıza göre değerlendirme yapıldığında obsesif inanışlar ve emosyon reglasyonu güçlüğü panik bozukluk hastalarında anlamlı daha yüksek olmakla beraber, obsesif inanışların emosyon reglasyonu üzerine etkisinin varlığı hem korelasyon hem de regresyon analizleri ile gösterilmiştir. Bu ilişkilerin kontrol grubunda daha zayıf olması panik bozukluk doğasında bu ilişkiye sebep olan etyopatogenetik bir etkinin varlığını düşündürmektedir. Bu sonuçlar başlangıç niteliğinde olup mevcut sonuçların geçerliliğini denetlemek, panik bozukluk şiddet

ve semptomatolojisine göre değişkenliğini değerlendirmek için daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Panik bozukluk, obsesif, emosyon, emosyon regölasyon, obsesif inanış, mükemmeliyetçilik, farkındalık, amaç, strateji, korelasyon



ABSTRACT

Aim: There have been many explanations for panic disorder so far, and the nature of the explanations has generally been associated with cognitive processes. The existence of a resistant group that is still not fully treated and the presence of relapses leads to the idea of deepening these explanations from different angles and perhaps applying some techniques in this direction in therapeutic interventions. Our aim is to investigate the existence of a relationship between the concepts of obsessive beliefs and emotion dysregulation mentioned in different studies and to question the specificity of this relationship to panic disorder by investigating it in healthy controls.

Method: Our study is a case-control study conducted between December 2021 and May 2023 to examine the relationship between obsessive beliefs and emotional regulation in individuals with panic disorder. The study population consisted of a group of patients diagnosed with panic disorder according to psychological examination and clinician version of the structured clinical interview for DSM-5 disorders, consisting of volunteers aged 18-65 years who applied to Van Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine Psychiatry Clinic, and a sociodemographically matched control group without any psychiatric disorder. 60 people were planned to be the case group and 60 people were planned to be the control group, but 5 patients were excluded from the study due to comorbid psychiatric complaints and comorbid diagnoses during follow-up, so 55 patients were included in the study and the control group was determined as 55 people based on this. All participants completed the Sociodemographic Data Form, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-36) and Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44).

Results: As a result of the evaluation performed in the panic disorder patient group, the results of the total DERS-36 and OBQ-44 scales were found to be significantly higher compared to the control group ($p<0.001$). When the subscales were analyzed, this significance continued to exist except for the DERS-36 awareness subscale. It was found that factors such as gender, education level, marital status from the sociodemographic window did not create a significant difference for

both groups, only for the 18-25 age group, the total DERS-36 score ($p=0.04$) and the purpose subscale score ($p=0.017$) were statistically significantly higher. When the relationship strength was evaluated by correlation analysis for the relationship between the scales; a moderate positive relationship was found between the total score of the DERS-36 scale and the total score and subscale scores of the OBQ-44, except for the perfectionism and intolerance of uncertainty subscale, and a weak positive relationship was found between the perfectionism and intolerance of uncertainty subscale and the total DERS-36 subscale ($r=0.44$). When correlation analysis was performed for the total score of the OIQ-44 and the total score and subscale scores of the DERS-36, it was found that there was a moderate correlation between the total score of the DERS-36 ($r=0.55$), the non-acceptance subscale score ($r=0.60$), the strategy subscale score ($r=0.56$) and the impulse subscale score ($r=0.54$), a weak correlation with the goal subscale score ($r=0.36$), and no correlation with the awareness and openness subscales. When the correlation evaluation was made in the control group, the absence of the relationship between the total OIQ-44 score and awareness and openness remained the same, differently, the goal subscale also lost its significance in the control group. The level of relationship between total OBQ-44 and DERS-36 total score and non-acceptance, strategy and impulse subscales decreased from medium to weak. When the relationship between the total DERS-36 and the subscales of the OBQ-44 was examined, the relationship between the perfectionism and intolerance of uncertainty subscale and the exaggerated responsibility and perception of danger subscale and the DERS-36 total score lost its significance, while the other moderate relationships were weak. Then, in order to examine the level of effect, difficulties in emotion regulation was accepted as the dependent variable and the total score and subscales of the OBQ-44 were evaluated in both the patient and control groups. As a result of the evaluation, statistically significant results were obtained in terms of effect and beta coefficients decreased for the same scales in the control group.

Conclusion: According to our findings, obsessive beliefs and difficulty in emotion regulation were significantly higher in patients with panic disorder, but the existence of the effect of obsessive beliefs on emotion regulation was shown by both correlation and regression analyses. The fact that these relationships were weaker in

the control group suggests the presence of an etiopathogenetic effect that causes this relationship in the nature of panic disorder. These results are preliminary and more comprehensive studies should be conducted to check the validity of the current results and to evaluate their variability according to the severity and symptomatology of panic disorder.

Key Words: Panic disorder, obsessive, emotion, emotion regulation, obsessive beliefs, perfectionism, awareness, goal, strategy, correlation



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.GİRİŞ

Panik bozukluk (PB); ani, beklenmedik panik ataklarla ilerleyen, kişide atak esnasında dehşet ve korku duygulanımları yaratan, atak dışı zamanlarda tekrardan panik ataklarının olacağına dair kaygılı bir sürecin olduğu, kaçınma ve güvenlik arama davranışlarının görüldüğü, kişinin işlevselliğini ve kişiler arası ilişkileri belirgin derecede etkileyen, kronik ve yineleyen psikiyatrik bir hastalık tablosudur. Panik bozukluk ile ilgili etiyolojik birçok araştırma yapılmakta, biyolojik faktörler ve psikolojik kuramlar ile hastalığın doğası aydınlatılmaya çalışılmaktadır (1).

Psikolojik açıklamalar içerisinde bilişsel açıklamalar için birçok görüş bulunmaktadır. Tarihsel süreçte değişiklikler, eklemeler ile birlikte günümüzde kabul gören ve terapilerde sıklıkla kullanılan bazı bilişler ön plana çıkmıştır. Yakın zamanda ise bu zamana kadar obsesif kompulsif bozukluğa (OKB) özgü olduğu düşünülen birçok biliş obsesif inanışlar başlığı altında toplanarak, testlerle ölçülebilecek hale getirilmiştir (2, 3). Obsesif inanışlar ile yapılan çalışmalarda bu inanışların sadece OKB'ye özgü olmadığı depresyon ve anksiyete bozukluklarında da belirgin derecede sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu gözlemlenmiştir (4, 5).

Emosyon regülasyon becerisi kişilerin sosyal hayata uyumu ve ruhsal iyilik hali için önemli bir beceridir. Bu süreçte güçlük yaşayan kişiler birçok psikiyatrik rahatsızlık için risk grubunda değerlendirilebilir (6). Yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve panik bozuklukta emosyon regülasyon güçlükleri şimdiye kadar çalışmalarla gösterilmiştir. Anksiyete bozukluklarında duygusal bastırma ile paradoksal semptom artışı ve duygusal netlikte azalma olduğundan bahsedilmektedir (7, 8). Panik bozukluk ile ilgili bir çalışmada emosyon regülasyonu güçlüğü panik atak şiddeti ile ilişkili bulunmuş, başka bir çalışmada ise dışavurum kısıtlılığı, negatif emosyonları tanımlama ve baskılamada güçlük gibi emosyon regülasyon güçlüklerinin panik bozuklukta sık karşılaşıldığı belirtilmiştir (9, 10).

Daha önce OKB tanılı kişilerde yapılan çalışmalarla emosyon regülasyon güçlüğü ve OKB semptomatolojisi arasında ilişki olduğundan ve emosyon regülasyon güçlüğü yaşayan bireylerde obsesif inanışların daha yüksek oranlarda olacağından bahsedilmiştir (11, 12). Panik bozukluk tanılı hastalarda birçok obsesif

inanişın OKB'dekine yakın düzeylerde saptandığı düşünülürse emasyon regölasyon güçlüğü ve obsesif inanişlar arasındaki bu ilişkinin panik bozukluk özelinde de gözden geçirilebileceğı akıllara gelmektedir (13).

1.2.AMAÇ VE HEDEF

Bu tez çalışmamızda amacımız panik bozukluk hastalarında obsesif inanişların varlığını gözlemlmek, emasyon regölasyonu becerilerinin panik bozuklukta sosyodemografik pencereden tekrardan gözden geçirilmesi ve son olarak obsesif inanişlar ve emasyon regölasyonu arasındaki ilişki ve aracı rolün varlığını sorgulamaktır. Bazı çalışmalarda bu aracı ilişkinin varlığının hastalığa bilişsel yaklaşımda ve tedavi amaçlı uygulanan terapi süreçlerinde bir yol gösterici olabileceğı ve OKB semptomlarının gözlemlendiğı panik bozukluk hastalarında tedaviye direncin daha olası olduğundan bahsedilmiştir. Bu nedenle tedaviye direncin söz konusu olduğu hastalarda obsesif inanişların durumu açıklayıcı ve gözden geçirilmesi gereken bir kavram olabileceğini düşünmekteyiz (14, 15).

1.3.HİPOTEZ

Panik bozukluk tanılı hastalarda daha önce çalışmalarla belirlenmiş olan obsesif inanişların alt gruplar ile birlikte değerlendirildiğinde, emasyon regölasyonu üzerine aracı rolü olacağına dair bir hipotez oluşturarak bu çalışmayı yapmaya karar verdik. Bunlardan yola çıkarak hipotezlerimizi şu şekilde sıralayabiliriz:

Panik bozukluk tanılı hastalarda obsesif inanişlar sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir.

Panik bozukluk tanılı hastalarda emasyon regölasyonu becerisi sağlıklı kontrollere göre daha düşüktür.

Panik bozukluk tanılı hastalarda obsesif inanişların varlığı emasyon regölasyonu becerisi üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.PANİK BOZUKLUK

2.1.1.Tanım

Panik bozukluk; beklenmedik ve tekrarlayıcı karakterde panik ataklarla seyreden, ataklar arasında başka bir atağın olacağı beklentisine bağlı kaygıların görüldüğü ve anksiyete bozuklukları başlığı altında incelenen psikiyatrik bir bozukluktur (1). Hastalık seyrinde gözlemlenen panik ataklar ise beklenmedik, durumsal yatkınlık gösterilen veya duruma bağlı gelişen terleme, titreme, çarpıntı, nefes darlığı gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği, yoğun kaygı bazen de ölüm korkusunun görüldüğü ataklardır. Süre olarak 2-10 dakika içerisinde zirveye çıkan genelde 10-30 dakika içinde nadiren 1 saat içinde sonlanması beklenen ataklar olarak karşımıza çıkmaktadır (16-18). Ataklar esnasında sıcak basması, vücutta uyuşma ve karıncalanma hissi gibi çeşitli semptomlar görülebilir. Bazen konuşma bozulur, odaklanmada zorlanma, yaşanan kaygının şiddetine göre deraealizasyon ve depersonalizasyon saptanabilir. Hastalar atak esnasında semptomlar dışında kalp krizi yaşadığını, öleceğini veya kontrolünü kaybedeceğini düşünebilir. Tüm bunlar neticesinde hastalarda sıklıkla acil servis, nöroloji ve kardiyoloji polikliniği başvuruları sık görülür (19).

2.1.2.Tarihçe

Panik (Panikos) kelimesinin kökeni, yarı insan yarı keçi şeklinde olan, görüntü ve çılgılığı ile etrafındaki varlıkları korku ve dehşete düşüren Yunan tanrısı Pan'dan gelmektedir (20). Panik atağına ait belirtilerden ilk olarak Robert Burton tarafından 'Melankolinin Anatomisi' adlı kitabında bahsedilmiştir (21). Da Costa 1871'de Amerikan iç savaşında bulunan askerlerde kalpte fizyolojik bir bozukluk olmaksızın görülen göğüs ağrısı, bayılma ve çarpıntı şikâyetlerini irritabl kalp kavramı ile açıklamıştır. Lewis ise 1. Dünya Savaşında benzer bulgular saptadığı erkeklerde 'asker kalbi', kadınlarda 'efor sendromu' kavramlarından bahsetmiştir. Benedikt 1870'de açık ortamlarda meydana gelen baş dönmesinden "platzwindel" olarak bahsetmiştir. 1872'de Westphal agorafobi benzeri semptomlardan söz etmiştir ve bunu iç kulak kökenli olarak değerlendirmiştir. 1869'da Beard anksiyeteyi nevrasteni içinde tanımlamıştır. 1895'de ise Freud anksiyete nevrozu olarak ayrı bir

tablodan bahsetmiştir ve anksiyete bozukluğu ve panik atak tek bir hastalık olarak değerlendirilmiştir (22). Daha sonra 1964’de Klein farmakolojik diseksiyon adı verilen bir yöntemle panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunu birbirinden ayırmıştır. Bunu imipramin tedavisine verilen yanıtı değerlendirerek yapmıştır (23). Panik atağın beklenti anksiyetesini geliştirdiğini ve daha sonra bunun agorafobi gelişimine yol açtığını belirtmiştir. Klein’ın tüm bu çalışmaları panik bozukluk teriminin 1978’de RDC (Research Diagnostic Criteria) ölçütlerine (24) dâhil edilmesine daha sonra da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III)’te tanımlanmasına sebep olmuştur (25). DSM-III-R ye gelindiğinde ise beklenti anksiyetesini bir tanı kriteri olmuştur ve agorafobi beraber görülebilen klinik durum olarak belirtilmiştir. DSM-IV de ise panik bozukluk tanısı agorafobili ve agorafobisiz olarak 2 ayrı şekilde ele alınmıştır (26). DSM-IV den sonra DSM-5 e geçildiğinde PB ve agorafobi iki ayrı tanı olarak ele alınmıştır. Öte yandan bu tanı Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen International Classification of Disease (ICD)- 10’a ‘Panik Bozukluk veya Paroksizmal Bunaltı Nöbetleri’ adıyla girmiştir (27).

2.1.3.Tanı

Panik ataklar birçok ruhsal rahatsızlıkta görülebilmektedir. Panik bozukluğu DSM-IV’e göre bir panik atak geçirdikten sonra en az bir ay süren başka bir atak geçirme, atağın sonuçları veya yol açabileceği sıkıntılarla ilgili endişe duyma ve tüm bunlarla alakalı olarak davranış değişiklikleri geliştirme şeklinde tanımlanır. DSM-5’te panik bozukluğu tanı kriterleri değişmemiştir agorafobi ise ayrı başlık altında ele alınmış ve düzenlenmiştir.

DSM-5’e göre Panik Bozukluk tanı ölçütleri;

- A.** Yineleyen ve beklenmedik panik atakları. Panik atak: Dakikalar içinde zirveye varan ve o esnada aşağıdaki belirtilerden en az dördünün görüldüğü, aniden yoğun bir korku ya da içsel bir sıkıntının bastırdığı kriz halidir.
- 1) Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
 - 2) Terleme.
 - 3) Titreme ya da sarsılma.
 - 4) Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.

- 5) Soluğun tıkanıdığı duyumu.
 - 6) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
 - 7) Bulantı ya da karın ağrısı.
 - 8) Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
 - 9) Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
 - 10) Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)
 - 11) Gerçekdışılık (derealizasyon) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)
 - 12) Denetimi yitirme ya da ‘‘çıldırma’’ korkusu
 - 13) Ölüm korkusu
- B.** Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay ya da daha uzun süreyle olur.
- 1) Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
 - 2) Ataklarla ilgili uyum bozukluğu oluşturan davranış değişiklikleri gösterme.
- C.** Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D.** Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (28).

Panik atağından sonra kişilerde gözlemlenen yeni bir atağın olacağına ve olacak olan atağın olası sonuçlarına ilişkin kaygı durumu beklenti anksiyetesi olarak tanımlanır. Bu durum kişinin atağın olacağına dair ipuçlarını takibi ve bedeni üzerine dikkatini yoğunlaştırması ile olur. Böylece çoğu fizyolojik yanıt ağır bir patoloji olarak yorumlanır. Kişiler bundan sonraki süreçte ise genellikle bu belirtilerin oluşmasına sebep olacak durumlardan kaçınmaya başlar (29).

2.1.4. Epidemiyoloji

Toplum geneline bakıldığında %10-15 oranında kişi, hayat boyu en az bir panik atak geçirmiştir (18). PB'un 1 senelik yaygınlığı %0.9, ömür boyu yaygınlığı %1.6 olarak saptanmıştır (30). Farklı ülkelerde yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalarda ise PB sıklığı takriben %2.7 (%1.5-3.8) olarak saptanmıştır (31). Ancak tablo PB değil de yineleyici panik ataklar olarak değerlendirildiğinde bu sıklık %7

civarındadır (32). Kadınlarda, erkeklerden yaklaşık iki kat daha sık görülmektedir (33, 34). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması dikkate alındığında toplum genelinde PB, erkeklerde %0.2, kadınlarda %0.5 oranında görülmektedir (35). Yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirtilen ve birinci basamak başvuruları dikkate alınarak yapılan bir çalışmada Türkiye için panik atak yaygınlığı %3,7, PB sıklığı ise % 0,2 olarak belirtilmiştir (36). PB, bekârlarda, eşini kaybedenlerde ve eşinden ayrı yaşayan bireylerde, evlilere kıyasla; şehirde yaşayanlarda ise kırsalda yaşayanlara kıyasla daha sık görülür (35).

Hastane başvuruları dikkate alındığında başlangıç yaşı 25 olarak belirlenebilir ancak her yaşta karşımıza çıkabilmektedir. Genel başvuruda yaş aralığı 25-45 gibidir (37, 38). 45-55 yaş aralığında klinik olarak bazı farklar olmakla beraber 2. pik gözlenmektedir. Nadiren ergenlik ve çocukluk çağlarında da gözlenir (1, 39).

2.1.5. Etiyoloji

2.1.5.1. Nörokimyasal Açıklamalar

PB'de oluş şekli ve klinik özellikleri dikkate alındığında artmış sempatik etkinlik veya bir şekilde çalışma düzeni bozulmuş otonom sistem özellikleri sorumlu tutulmaya çalışılırken yapılan araştırmalar sonucunda PB'nin otonom sistem patolojisinden öte merkezi sinir sistemi kökenli bir patoloji olduğuna dair görüşler artmıştır (40).

2.1.5.1.1. Serotonin

PB tedavisinde serotonin geri alım önleme mekanizması ile çalışan antidepressanların tedavide etkin olması, atakların oluşmasında merkezi sinir sisteminde serotoninergic sistemle ilişkili yapıların sorumlu olabileceğini göstermektedir (41). PB tanılı bireylerde yapılan ve 5-HT_{1A} reseptörlerini temel alan bir görüntüleme çalışmasında Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET) ile yapılan görüntülemelerde raphe çekirdeği, orbitofrontal ve temporal korteks ve amigdalada 5-HT_{1A} reseptör etkinliğinde azalma tespit edilmiştir (42). Diğer bir çalışmada ise raphe nükleusunda ve singulat kortekste 5-HT_{1A} reseptör yoğunluğunun kontrol grubuna kıyasla daha az olduğu tespit edilmiştir (43). Bütün bunlar göz önüne alındığında serotonin sistemi etyolojide belirgin rol oynamakla birlikte tedavide de ilk hedef alınan sistem olmaktadır.

2.1.5.1.2. Noradrenalin

Bunaltı, dikkat, alarm durumları noradrenerjik sistem ile düzenlenmektedir. Beyinde ponsun dorsal kesiminde yer alan lokus seruleus bu sistemin merkezini oluşturmaktadır ve buradan beynin birçok bölgesine projeksiyonlar yapmaktadır (44, 45). Alfa-2 noradrenerjik reseptörler otoreseptörlerdir ve uyarıldıklarında lokus seruleusda inhibisyon yaratarak noradrenerjik deşarjı azaltmaktadırlar. Bu reseptörlerin duyarlılıklarındaki değişimler neticesinde artmış sempatik yanıt görülmektedir (46, 47).

Yohimbin normal şartlarda alfa-2 reseptör blokeri olarak çalışarak otonomik tetiklenme yaratmaktadır. PB tanılı hastalarla yapılan kıyaslama çalışmalarında yohimbine sekonder gelişen yanıtın PB tanılı bireylerde daha şiddetli olduğu ve noradrenalin metaboliti olan metoksi hidroksifenolglükol (MHPG) düzeylerinde artışın daha belirgin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (47, 48).

Noradrenerjik sistemin merkezi olan lokus seruleusda serotonerjik ve serotonerjik sistemin merkezi olan raphe çekirdeklerinde ise noradrenerjik nöronlar bulunmaktadır ve karşılıklı etkileşimlerinin bunaltının mekanizmasında rolü olabileceği düşünülmektedir. Lokus seruleusdaki noradrenerjik nöronlarda yüksek düzeylerde gamma aminobütirik asit (GABA) reseptörleri mevcut olup benzodiazepinlerle semptomlarda yatışmanın bu mekanizma üzerinden yapılan noradrenerjik inhibisyon ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir (45).

2.1.5.1.3. Gamma Aminobütirik Asit (GABA)

GABA merkezi sinir sistemi için temel inhibitör nörotransmitterdir. Korku oluşumu ile ilişkilendirilen beyin bölümlerinde GABA reseptörleri yoğun şekilde bulunmaktadır (49). PB hastalarında kullanılabilen benzodiazepin grubu ilaçlar bu nörotransmitter üzerinden etki göstermektedir (50). Panik bozukluğu olanlarda özellikle sağ orbitofrontal korteks ve sağ insulada belirgin olmak üzere benzodiazepin bağlanma bölgesinde azalma olduğu saptanmıştır (51). Gabapentin yapısal olarak GABA'ya benzeyen bir antikonvülzandır ve bu ajanın PB olan bireylerde tedavi amaçlı kullanımıyla olumlu yanıtlar olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (52). Sıçanlarda GABA sentezinin engellenmesi ve sodyum laktat verilmesi ile panik atakların geliştiği gözlemlenmiştir (53).

2.1.5.1.4. Glutamat

Glutamat santral sinir sisteminde temel uyarıcı nörotransmitter olarak belirtilir (54). Panik atak ve benzeri anksiyete bozukluklarında GABA sistemi ile karşılıklı bir rolünün olduğu düşünülmekte ve bununla ilgili N-metil-D-aspartat(NMDA) reseptör antagonisti ilaçların anksiyete bozukluklarında kullanımına yönelik çalışmalar yürütülmektedir (55). Son yıllarda korku koşullanması ve bunun unutulması gibi birçok davranışla ilişkili olarak lateral amigdalada glutamat ilişkili sistemlerin rolü üzerine çalışılmaktadır (56).

2.1.5.1.5. Kolesistokinin (CCK)

Kolesistokinin özellikle limbik sistemde yoğun olarak bulunan, anksiyojenik, peptid yapılı bir nörotransmitterdir. Anksiyojenik özelliği nedeni ile deney amaçlı panik atak bulguları oluşturmak için CCK-4 ve sentetik analogu pentagastrin kullanılmaktadır (57, 58). CCK-A ve CCK-B olmak üzere iki reseptörü olup CCK-B anksiyete ile daha çok ilişkili bulunmuştur (57). CCK uygulaması ile PB’de panik atak belirtilerinin başlamasının nedeni uyarılma eşiğinin PB tanılı bireylerde daha düşük olmasıdır (59). CCK ile anksiyete semptomları arasındaki ilişkinin primer reseptör aracılı olmaktan çok adrenokortikotropik hormon (ACTH), GABA, serotonin gibi diğer sistemlerle etkileşimi üzerinden olduğuna dair görüşler de bulunmaktadır (60).

2.1.5.1.6. Adenozin

Kafein, adenozin antagonizması üzerinden panik atak semptomları oluşturmaya nedeniyle etyolojide yer almaktadır. Kafein etkisi ile adenozinin, noradrenalin üzerine baskılayıcı etkisi kalkar, solunum hızlanır ve kortizol salınımı artar (61). Yapılan bir çalışmada kafeinle uyarılan bireylerden panik bozukluk tanılı olanların %58’i, panik ataklarla seyreden majör depresif bozukluk hastalarının %45’i, sağlıklı popülasyonun ise %1’i panik atak geçirmiştir (62).

2.1.5.1.7. Diğer Nörokimyasal Mekanizmalar

Panik bozukluk ve diğer anksiyete bozuklukları ile ilgili adı geçen birçok nörokimyasal mekanizma olmakla birlikte nöropeptid Y, opioid, oreksin, atrial natriüretik peptid (ANP), nörokinin A ve B bunlardan bazı önemli olanlardır.

Nöropeptid Y, kortikotropin releasing hormon (CRH) üzerinden stres yanıtında düzenleyici rol oynar ve ayrıca nöropeptid Y'nin emosyon regülasyonu ve korku davranışları ile ilişkili olduğuna dair bilgiler mevcuttur(57). ANP'nin ise anksiyolitik etki oluşturulabildiği ve kardiyak yetmezlik tablolarında kaygı skorlarını düşürebildiği gözlemlenmiştir (63).

2.1.5.2. Endokrin Sistem

2.1.5.2.1. Kortikotropin Salıcı Hormon (CRH) ve Hipotalamus–Hipofiz–Adrenal (HPA) Sistem Aksı

Stres faktörleri ile karşılaşıldığında en temel yanıtlardan biri CRH salınımı üzerinden HPA aksının tetiklenmesi ile olmaktadır. Tetiklenen HPA aksı ile artan ACTH böbrek üstü bezlerden kortizol salınımını artırarak bedensel yanıt mekanizmalarını devreye sokar (64). Yapılan çalışmalarda kafein ve CCK-4 üzerinden başlatılan panik ataklarda HPA aksının aktifleştiği gösterilmiştir ancak atak başlatıcı olarak CO₂ ve laktat gibi solunumsal faktörler kullanıldığında HPA aksında aktifleşme olmadığı tespit edilmiş ve bu durum korku ve panik yanıtlarının birbirinden farklı süreçler olduğu hipotezi ile açıklanmaya çalışılmıştır (65). Başka bir çalışmada HPA aksında aktivasyonun beklenti anksiyetesi ile ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur (66).

2.1.5.2.2. Büyüme Hormonu (GH)

Hipotalamustan salınan büyüme hormonu salıcı hormon (GHRH) hipofizden GH salınımını tetikler. Klonidin bir alfa-2 adrenoreseptör agonisti olarak GHRH salınımını tetikler ve serum GH düzeylerini artırır. Panik bozukluk hastalarında klonidinle uyarım sonucunda GH düzeylerinde beklenen artışın görülmediği tespit edilmiştir (67). Mevcut yanıtsızlık durumu; adrenerjik sistem aktivitesine özgü bir durum mu, yoksa sirkadyen incelemelerde de bir hipoaktivite durumu var mı sorusunun cevabı için yapılan bir çalışmada günlük izlemde hipoaktiviteye rastlanmamıştır (67).

2.1.5.2.3. Tiroid Hormonu

Panik bozuklukta yapılan çalışmalarda kişilerde hipotalamustan salınan tirotropin salgılatıcı hormon (TRH)'a verilen tiroid uyarıcı hormon (TSH)

yanıtının azaldığı gözlemlenmiştir. Bu durum kronik uyarıma bağlı bir aşağıya doğru düzenleme mekanizması olarak yorumlanmıştır (68). Bazı çalışmalarda ise TSH düzey yüksekliği ile panik atak semptom şiddeti arasında korelasyon olduğuna dair bulgular saptanmıştır (69).

2.1.5.3. Genetik

Etiyolojide genetik faktörlerin belirgin rolü olan bozukluklardan biri panik bozukluktur (70). Panik bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında panik bozukluk gelişme riskinde ki artış 3-17 kat arasında değişmektedir. 20 yaş altında başlayan panik bozuklukların akrabalarında ise bu oran 17 kat artmış olarak belirtilmektedir (71). Büyük çaplı birçok çalışma ile PB'de kalıtılabilirlik oranı yaklaşık %28 olarak saptanmış olup genetik faktörlerle varyansın %30-40'ının açıklanabildiği belirtilmiştir (70, 72, 73). Tek yumurta ikizlerinde yapılan konkordans hesaplamasının %40 olması genetik dışı çevresel etkenlerin de önemli rolü olduğunu desteklemektedir (74). Panik bozukluk hastaları ile ilgili yapılan genetik bağlantılandırma çalışmaları ile 4q21 ve 7p kromozomları ve panik bozukluk arasında, ilişkilendirme çalışmaları sonucunda ise katekol-O-metiltransferaz (COMT) geninin Val158Met polimorfizmi ve panik bozukluğa yatkınlık arasında ilişki kurulmuştur (75, 76).

2.1.5.4. Nöroanatomi

Beyinde korku duygusu ile ilişkili merkez amigdala olarak bilinir ve onun santral, lateral ve bazal çekirdeği korku duygusu ve ilişkili yanıtlardan sorumludur. Kısa ve uzun devre olarak iki devre tanımlanmaktadır ve kısa devre duyuşal talamustan, uzun devre ise kortikal yapılardan lateral amigdalaya afferent olarak oradan da santral çekirdeğe iletilmesi ile oluşur (61). Amigdala merkez çekirdeğinden çıkan çıktılar beyin sapı ve hipotalamusu uyarak panik atak semptomlarını ortaya çıkartır. Bu ağların aktivasyon eşiğinin azalması ile panik bozukluk arasında ilişki olduğuna dair teoriler mevcuttur. Başka bir teori ise kortikal yapıda meydana gelen bir bozukluk sonucu duyuşal verilerin katastrofik yorumlanması ve korku ağının aşırı uyarılması şeklindedir (77-79). Amigdaladan periaquaduktal alana gelen efferentler donakalma benzeri ilkel fobik kaçınma davranışlarından sorumlu tutulmuştur, parabrakial alana gelen efferentler de solunumsal semptomlarla ilişkilidir (77, 79).

Başka bir hipoteze göre dorsal raphe panik bozuklukta normalden çok çalışarak periaquaduktal alanda inhibisyon yaratır ve atakları azaltır ancak amigdala, hipokampus ve prefrontal korteksi uyatarak beklenti anksiyetesi ve fobik kaçınmayı arttırır (49, 80). Yapılan fonksiyonel incelemeler neticesinde prefrontal korteks, limbik sistem ve temporal lob yapıları PB ile ilişkili bulunmuştur (81, 82). Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) aracılığı ile yapılan incelemelerde ise PB hastalarında orbitofrontal korteks, anterior temporal ve anterior singulat korteks kanlanmasının azaldığı belirtilmiştir (81).

2.1.5.5. Psikolojik Açıklamalar

2.1.5.5.1. Psikodinamik Açıklamalar

Nevrotik anksiyete, sürekli ve huzursuzluk yaratıcı bir endişe hali şeklinde, belli nesnelerle tetiklenen şekilde veya nedeni belirsiz, kendiliğinden oluşan ataklar, krizler şeklinde yaşanabilmektedir. Ataklar şeklinde yaşanan bu anksiyete panik atak olarak değerlendirilmektedir (83). Yine Freud tarafından, sinyal anksiyetesi ve travmatik anksiyete diye adlandırılan 2 tip anksiyeteden bahsedilir. Sinyal anksiyetesi egoyu korumak için ciddi tehditlere karşı geliştirilen ve savunma düzeneklerini harekete geçiren anksiyete iken travmatik anksiyete kişiyi dehşete düşüren, egonun savunma düzeneklerinin baş edemediği ve egonun yaşanan çatışma tarafından ezildiği anksiyete tipidir. Günümüzde panik ataklar travmatik anksiyete ile ilişkilendirilmektedir (84).

PB’de olduğu düşünülen temel çatışma alanının bağımlılık ve özerklik çatışmaları olduğu düşünülmektedir. Analitik yazında bu sürecin aşırı kontrolcü ebeveyn davranışları ile ilişkili olduğundan bahsedilmektedir ve yapılan araştırmalarla PB hastalarının ebeveynleri hastalar tarafından genellikle öfkeli, korkutucu, eleştirel ve denetleyici olarak tanımlanmıştır (85). Çocukluk çağında bağımlı olma ihtiyacı karşılanamayan, erken dönemde ebeveyn kaybı/ayrılığı yaşayan çocuk ileri dönemde özerkleşme durumu ile karşılaştığında yoğun kaygı ve öfkeye kapılabilir ve bu öfkeyi bastırmak için inkâr, karşıt tepki geliştirme ve yapma-bozma savunma mekanizmalarını kullanabilir (85-87). Bazen de karşıt tepki geliştirme mekanizmasına bağlı olarak bu kişiler aşırı kontrolcü, mükemmeliyetçi kişilik özellikleri geliştirebilmektedir (88).

Yetişkinlikte yaşanan stresör olaylar çatışmayı tetikleyebilir kontrolsüz bir öfke-kaygı yükselmesine ve panik atağa sebebiyet verebilir (86). Freud tarafından yapılan bir açıklama ise kişilerin hoş olmayandan uzaklaşma eğilimidir ve bu açıklamaya göre PB hastaları bilinçdışı kızgınlık, suçluluk ve ayrılma kaygısı içeren intrapsişik çatışmadan her ne kadar ağır bir durum olsa da panik ataklar sayesinde uzaklaşır. Bazen de yaşanan bu kriz durumu içsel öfke duygusuna karşı bir kendini cezalandırma yöntemi olarak değerlendirilir (89). Çocukluk çağında yaşanan terkedilme, kayıp gibi durumlar ayrılık anksiyetesi yaşanmasına sebep olabilir ve bu durum agorafobi ve PB açısından belirgin bir risk faktörüdür. Panik odaklı psikanalitik terapinin bu hastalarda, duygusal farkındalığı yüksek olanlarda ve ek olarak C kümesi kişilik bozukluğu olanlarda daha etkili olduğu belirtilmiştir (86, 90).

2.1.5.5.2. Bilişsel ve Davranışçı Açıklamalar

Panik bozukluk ile ilgili Clark tarafından yapılan bilişsel açıklama katastrofik yorumlama üzerine kurulmuştur. Çeşitli şekilde indüklenen bedensel duyuların panik bozukluk hastalarında panik atağı tetiklediği ancak hasta olmayan bireylerde bedensel duyuların gelişmesine rağmen genellikle bir atak tablosu yaratmıyor olması panik bozukluğunda bilişsel süreçlerin sorgulanmasına neden olmuştur (91). Panik atağı başlatan nedenin bedensel duyuların gelişmesi değil bunların normalden daha yıkıcı ve tehlikeli şekilde yorumlanması olduğu düşüncesi gelişmiştir bu durum katastrofik yorumlama olarak bilinmektedir (92). Tehlikeli yorumlama ile yükselen kaygı düzeyi bedensel duyuların şiddetini artırarak katastrofik yorumlamaya olan inancı artırır ve bu kısır döngü kaçınılmaz bir panik atağı başlatır. Atakları kendi içinde sınıflamak istersek aniden ortaya çıkan bedensel bir durum ve onun tehlikeli yorumu şeklinde ortaya çıkanlar ve daha önce deneyimlenen atak nedeni ile atak geçireceği korkusu yaşayan birisinin artan bedensel duyuları nedeniyle tetiklenen ataklar olarak ikiye ayırabiliriz. Panik atak beklentisi ya daha önce atak geçirilen bir durumla tekrar karşılaşma ya da herhangi bir nedenle gelişen bedensel duyuların “panik atağı geçireceğim” düşüncesini tetiklemesi ile olabilmektedir. Daha sonra yapılan birçok çalışma ile katastrofik yorumlamanın tek başına PB etyolojisini açıklamakta yetersiz kaldığı belirtilmiştir (93).

Bandura ise PB ile ilgili algılanan tehlike kavramına atıfta bulunmuş ve bunu belirleyen bilişin ise algılanan başa çıkma seviyesi olduğunu belirtmiştir. Algılanan başa çıkma seviyesi bir başka tabirle öz yeterlilik düşük ise algılanan tehlike seviyesi yükselmekte ve bir panik atağı tetiklemektedir şeklinde bir açıklama geliştirmiştir (94). Beck katastrofik yorumlamayı temel alan bilişsel teoriyi geliştirmiştir, savunmasızlık kavramından bahsetmiştir, bu kavram kişinin üstünde kontrolünün olmadığı, güvenlik sağlamakta yetersiz kalacağı bir tehdit durumunda olması olarak tanımlanmaktadır (95). Daha sonraları Casey ve arkadaşları katastrofik yorumlama ve öz yeterlilik kavramlarını entegre ederek başka bir model ortaya koymuşlardır. PB'yi sürdüren etkenin ayrı ayrı hem katastrofik yorumlar hem de düşük öz yeterlilik olduğunu destekleyen kanıtlar ve düşük öz yeterliliğin bedensel uyarılma düzeyini arttırabileceği düşüncesi neticesinde PB etiyojisinde bu bilişlerin ortak etkilerinin olabileceğini öne sürmüşlerdir (93).

Panik bozukluğu tanılı bireylerde bahsi geçen bir diğer konu anksiyete duyarlılığıdır. Anksiyete semptomlarından korkma anlamına gelen bu durumun birçok çalışma ile kişilerde bedensel kaygı duyuları sonrası bir panik atağı yaşanılıp yaşanılmayacağını ön görebildiğinden bahsedilmiştir (96). Yapılan bir çalışmada panik bozukluğunda karşılaşılan bir biliş olan belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete duyarlılığı arası ilişki değerlendirilmiş ancak anlamlı bulunamamıştır (97). OKB ile ilişkisi belirlenmiş olan mükemmeliyetçilik kavramının panik bozukluğun da bir özelliği olabileceği başka bir çalışma ile vurgulanmıştır (98). Yine OKB için belirlenen bir kavram olan abartılmış sorumluluk algısının OKB'ye özgü olmadığı depresyon ve kaygı bozukluklarında da görülebileceği belirtilmiştir (99). Rachman ve Clark tarafından yapılan OKB'nin bilişsel açıklamalarına dair felaketleştirme, düşünce eylem kaynaşması ve düşüncelerin kontrolü üzerine aşırı çaba harcanması gibi bilişsel süreçler panik bozukluk veya diğer anksiyete bozukluklarında da saptanmıştır (100, 101). OKB için bahsi geçen tüm bu bilişler obsesif kompulsif bilişler çalışma grubu kurularak kategorize edilmiştir. Obsesif inanışlar ve duygu düzenleme güçlüğü arasında bir korelasyon varlığı OKB hastaları özelinde çalışmalarla gösterilmiştir (12).

2.1.6. Tedavi

2.1.6.1. Farmakolojik Tedavi

Panik bozukluğun etiyolojik açıklamalarında biyolojik süreçler belirgin rol oynamaktadır bundan yola çıkarak farmakolojik tedavinin etkinliği akıllara gelmiştir. İlk olarak Klein tarafından imipramin tedavisi uygulanmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir (102). Daha sonraları klordiazepoksit adlı benzodiazepin tedavide kullanılmış ve devam eden süreçte farklı medikal tedaviler denenmiştir. Günümüzde kullanım olarak ön plana çıkan iki ilaç grubu seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve benzodiazepin grubu ilaçlardır. Akut atak tedavilerinde benzodiazepinlerden bahsedilirken uzun dönem tedavilerde benzodiazepinler genellikle önerilmemektedirler. Uzun dönem tedavide birinci sıra olarak önerilen ilaçlar SSRI grubu ilaçlardır. Diğer önerilen ilaçlar ise serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ile trisiklik antidepresanlar olarak sıralanmaktadır (103-105). Hastalarda semptomlar tedavi ile kontrol altına alınmış olsa bile ilaç tedavisinin 12-24 ay daha devam ettirilmesi önerilmektedir (35, 105). İlaç tedavisi ile yapılan çalışmalar tam yanıt oranlarının %30, kısmi yanıt oranının ise %40'larda olduğunu göstermektedir (106). Nüks riski ise kalıntı semptomlarla ilişkilendirilmektedir(107).

2.1.6.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), PB tedavisinin herhangi bir basamağında tedaviye ekleme olarak veya baştan beri tek tedavi olarak kullanılabilen, PB tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir terapi modalitesidir. BDT’de danışan da terapist de aktif görev alır ve yapılandırılmıştır. Bireysel, grup halinde veya uzaktan olarak uygulanabilir. BDT’nin hem çekirdek semptomlar hem de genellikle medikal tedavi ile gerilemeyen, kronisiteye ve nükse neden olan beklenti anksiyetesi, fobik kaçınma ve agorafobi gibi kalıntı semptomlar üzerine etkinliği bilinmektedir (108). Başka bir çalışmaya göre ise yaşam kalitesi üzerinde beklenti anksiyetesi ve kaçınma semptomlarında azalmanın panik atak sıklığındaki azalmadan daha önemli olduğu gösterilmiştir (109). Seans sayıları genellikle 10-20 arası yapılandırılmış görüşme şeklinde olmaktadır ancak bazı çalışmalarla 6 seans gibi kısa sürelerde de etkinlik gösterilmiştir (110). Terapi psikoeğitim, anksiyete ile başa çıkma teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma, introseptif ve kademeli maruz bırakma gibi basamaklardan

oluşmaktadır. Nefes egzersizleri gibi kaygı ile başa çıkma yöntemleri artık anksiyeteyi kontrol etmeye çalışmak gibi işlevsiz davranışlara yol açtığından tedavideki önemini kaybetmektedir (111). Çalışmalarla BDT ve ilaç tedavisinin kombinasyonunun tek başına BDT'den daha üstün olduğu belirtilmektedir. Bazı çalışmalarla ise BDT sürecinde ilaç bırakma ile tedavi kazanımlarının kaybedilmeden başarılı remisyon süreleri elde edilebileceğinden bahsedilmektedir (111-113).

Bilindiği üzere emosyon regülasyon zorlukları özellikle anksiyete bozuklukları olmak üzere birçok psikopatolojinin gelişiminde önemli bir yere sahiptir (114). Buna dayanılarak emosyon regülasyon becerilerinin BDT özelinde terapi süreçlerine uyarlanabileceği, takiplerde hastaları bu açıdan da değerlendirmenin tedavi sürecine katkısı olacağına dair hipotezler vardır. BDT'de zaten var olan bilişsel yeniden yapılandırma ve maruziyet tekniklerinin emosyon regülasyon becerilerini artırıcı yönleri olduğu bilinmektedir (115, 116). Yapılan çalışmalarda PB tanılı bireylerde bilişsel yeniden değerlendirme yeteneğinde azalma olduğu ve bastırma düzeneğinin sağlıklı kontrollere kıyasla daha çok kullanıldığı gösterilmiştir (117-119). Sosyal kaygı bozukluğu tanılı bireylerde yapılan BDT süreçlerinin sonunda bilişsel yeniden değerlendirme yeteneklerinde artma olduğu bildirilmiştir. Bu gibi çalışmalardan yola çıkarak emosyon regülasyon stratejilerine yönelik müdahalelerin BDT'de başarı oranlarını arttıracığına dair hipotez oluşturulabilir (120). Özellikle bilişsel yeniden yapılandırma müdahaleleri ile yeniden değerlendirme yeteneğinin geliştirilmesinin felaket yorumlarının önüne geçeceği ve panik atağı semptomlarında düzelmeye neden olacağı ön görülmektedir. Bunun dışında psikoeğitim ve maruziyet tekniklerinin yeniden değerlendirme yeteneğini arttıracığı ve bastırma mekanizmasının kullanımını azaltacağı düşünülmektedir. Bu hipotezler üzerine 29 PB tanılı hasta ile yapılan bir zamansal çalışmada hipotezleri tam olarak destekleyen bulgular saptanmamış olup bunların daha geniş örneklem üzerinden değerlendirilmesinin uygun olacağı belirtilmiştir (15).

2.2. EMOSYON REGÜLASYON

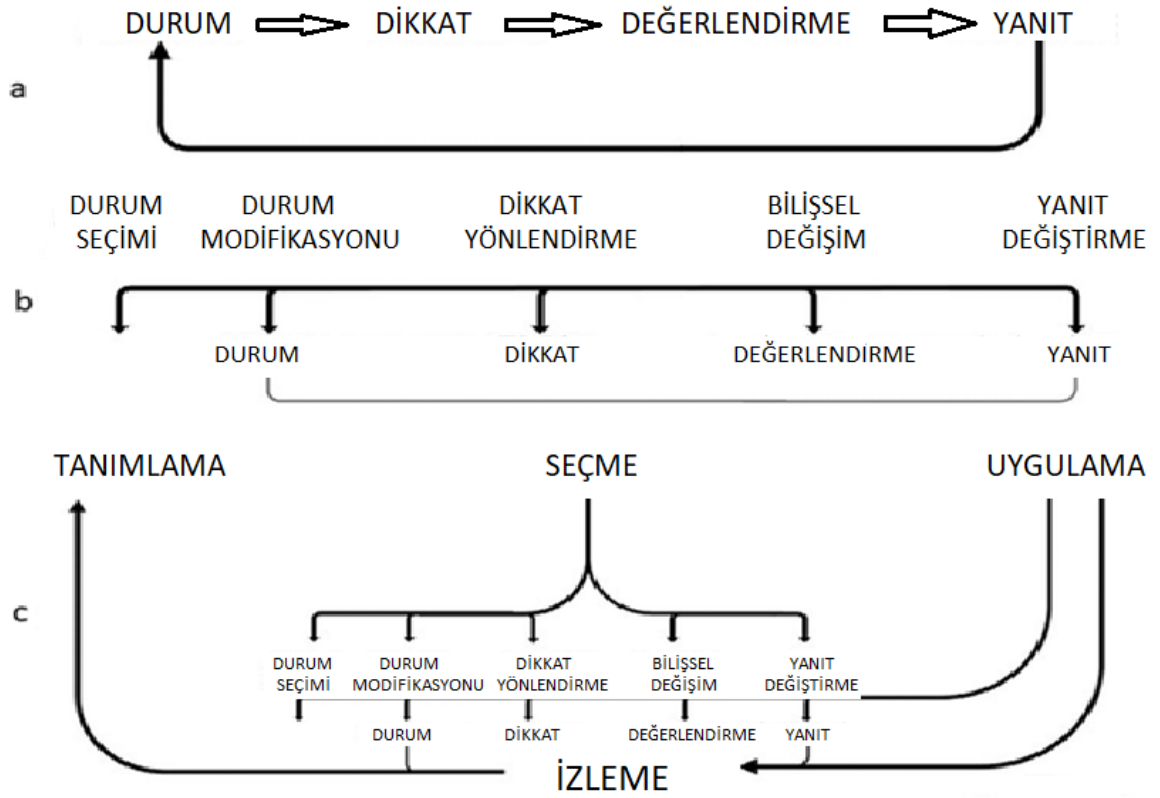
2.2.1. Emosyon Regülasyonu(ER) Tanımı

Emosyon; kişilerin karşılaştığı her türlü dış olaya veya içsel uyarılara verdiği tepkileri içeren, subjektif ve deneyimsel bir süreç olarak kabaca tanımlanabilir. Oldukça kişisel bir süreç olmakla beraber bu sürecin yine kişisel bazı beceriler ile değiştirilebileceği eskiden beri tartışılmaktadır (121). Daha sonraları bu düşünce bilimsel alanda emosyon regülasyonu başlığı altında incelenmeye başlanmıştır (122). Emosyon regülasyonu kişinin emosyonları üzerindeki kontrol yetisidir ve onları etkileme becerileri olarak da tanımlanabilir. İlk zamanlar genellikle kötü olarak ifade edilen duyguların inhibe edilmesi olarak sınırlandırılrsa da artık sadece inhibisyon değil her türlü etkileme bu başlığın altında incelenmektedir (123). Daha güncel bazı araştırmalar ise kişinin sadece kendi emosyonları değil başkalarının emosyonları üzerindeki etkisine ve grup bağlamındaki etkileşimlerine de odaklanmaktadır (124, 125). Emosyon regülasyonu ile ilişkili dışsal süreçlere odaklanan tanımlar da mevcuttur. Bu durum özellikle çocukluk çağında etkin olduğu için gelişim psikolojisi alanında çalışan isimlerin yaptığı tanımlarda dışsal süreçler daha çok vurgulanmaktadır (126). 2007’de Gross ve Thompson’un yaptığı bir tanımlama ile ER’nin hem içsel ve dışsal süreçlerine vurgu yapılmış hem de bilinçli olarak veya bilinçdışı alanda örtük olarak olabileceği belirtilerek tanım genişletilmiştir (127).

2.2.2. Emosyon Regülasyon Stratejileri

Emosyon regülasyonu stratejileri ile ilgili en kabul gören model Gross tarafından düzenlenen süreç modelidir ve beş aşamalı olarak açıklanmaktadır. Emosyon oluşumu tetikleyici ile başlar, sonra dikkat uyarana yönelir ve değerlendirme süreci gerçekleşir. En son adımda ise cevap açığa çıkar bu basamakların her birinde bir strateji ile emosyon regülasyonu devreye sokulabilir (Şekil:1) (128).

Şekil 1: McRae, K. & Gross, J., J. 'nin emosyon regülasyonu süreç modeli.



Bu stratejiler durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkat yönlendirme, bilişsel değişim ve yanıt değişimi olarak 5 başlıkta toplanmıştır. Bu stratejilerin uyumlu veya uyumsuz olarak nitelendirilmesi bağlama göre değişmektedir (129). Bahsi geçen stratejiler öncül odaklı ve tepki odaklı olmak üzere iki şekilde sınıflandırılabilir. Emosyon gelişiminden önce kullanılan stratejiler öncül odaklı olup en çok bahsi geçen strateji yeniden değerlendirmedir, emosyon oluştuktan sonra uygulanan stratejiler tepki odaklı olup burada en çok bahsi geçen strateji ise bastırmadır (130).

2.2.2.1. Durum Seçimi

Bir duygunun oluşabileceği veya tetiklenebileceği bağlamlardan kaçınmak yoluyla uygulanan bir stratejidir. Durumun özelliklerini değerlendirerek o durumlarda oluşabilecek duyguları belirleme ve ona göre davranışlar sergileme yolu ile olur (127, 131). Kaygı uyandıran bir ortama, örneğin sunum yapılması gereken bir toplantıya girmemek şeklinde örneklenebilir.

2.2.2.2. Durum Modifikasyonu

Durumun oluşturabileceği emosyona göre durumu değiştirmek veya durumun özelliklerini değiştirecek davranışlarda bulunmak şeklinde kullanılan bir stratejidir. Amaç durumun kişi üzerindeki etkisini değiştirmektir. Kaygı duyulması beklenen ortamdan kaçınılamadığında o durumda kaygıyı azaltabilecek davranışlar sergilemek şeklinde uygulanır(127). Sunum yapılan bir toplantıda arka sıralara oturmak veya sunum yaparken mizah kullanarak durumun ciddiyetini azaltmak şeklinde davranışlar buna örnek verilebilir. Durumdan kaçınılamadığında veya değiştirilemediğinde dikkat basamağı devreye girer.

2.2.2.3. Dikkat Yönlendirme

Durumdan fiziki olarak uzaklaşamayan ve durumun özelliklerini değiştiremeyen kişi dikkatini durumla ilgili bazı olaylara odaklayarak veya ondan uzaklaştırarak uyaranların emasyon oluşum döngüsüne girişini etkileyebilir. Bunun dışında dikkati çalışma belleğinde harici bir duruma odaklayarak dikkat dağıtma şeklinde etkilme girişimleri de olabilmektedir (132).

2.2.2.4. Bilişsel Değişim

Bir durumun özelliklerini, anlamını ve kişinin bu durumla başa çıkma kapasitesini yeniden değerlendirme, olaya daha farklı açılardan bakma veya olayın içindeki bazı çelişkilere odaklanma şeklinde tekniklerle durumun emosyonel anlamını değiştirmeye çalışan stratejidir. Bilişsel olarak aktif olunan en karmaşık strateji olarak geçer. Çalışmalara en çok konu olan, en belirgin bilişsel değişim stratejisi yeniden değerlendirmedir (132). Diğer bilişsel olmayan stratejilere nazaran daha kalıcı etkilerinin olduğu ve daha işlevsel olduğu yönünde veriler mevcuttur (133).

2.2.2.5. Yanıt Değiştirme

Emosyon açığa çıktıktan sonra gelişen sürece yönelik stratejilerdir. Emosyonun fizyolojik, davranışsal ve deneyimsel özelliklerini değiştirmeyi veya baskılamayı hedef alır. Dışavurumcu bastırma, deneyimsel kaçınma, dikkat dağıtma ve kabul gibi stratejiler mevcuttur. Kabul son zamanlarda daha uyumlu bir strateji

olarak düşünülmektedir, içsel süreçlere odaklanma, farkındalık oluşturma ve deneyimin kabulü şeklinde uygulanır (134).

2.2.3. Emosyon Regülasyon Güçlüğü

Emosyon regülasyonu adaptif bir beceri olarak değerlendirilir ve kişinin deneyimlediği emosyonu anlaması, uygun şekilde değerlendirmesi, kabullenmesi ve emosyon oluşumundan önce veya sonra çeşitli stratejiler kullanarak daha uyumlu bir deneyim haline getirmesi şeklinde tanımlanabilir (135). Emosyon regülasyonu güçlüğü ile birçok psikopatoloji arasında ilişkinin varlığı çalışmalarla gösterilmiştir (136). Bu konuda en kapsamlı derleme ve açıklama Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Duygusal tepkilerin farkında olmama, duygusal tepkilerin net olmaması, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi, etkili olarak değerlendirilen emosyon regülasyon stratejilerine sınırlı erişim, olumsuz duygular yaşarken dürtüleri kontrol etmekte zorlanma ve olumsuz duygular yaşarken hedefe yönelik davranışlarda bulunmakta zorlanma olmak üzere altı ayrı emosyon regülasyon güçlüğü boyutu olduğunu işaret etmektedir. Daha sonra bu altı alt başlık duygudurum düzenleme güçlüğü ölçeğinin alt ölçütleri olarak kullanılmıştır.

2.2.3.1. Emosyon Regülasyonu Güçlüğü Alt Başlıkları

Farkındalık: Bir emosyonun varlığı veya yokluğu yönünde ayırım yapma yetisinde azalma şeklinde görülen güçlüktür.

Açıklık (Netlik): Bir emosyonun varlığı durumunda emosyonun ne olduğunun anlaşılabilmesi, adlandırılabilmesi sorunu şeklinde görülen güçlüktür.

Kabul Etmeme: Emosyonel tepkinin varlığının kabul edilememesi durumu, emosyonların var olmaması gerektiği düşüncesi şeklinde görülen güçlüktür.

Strateji: Yoğun duygulanım varlığında emosyon ile baş etmek için emosyon regülasyonu stratejilerinin devreye sokulamaması durumu ve emosyonla başa çıkabileceğine dair inancın az olduğu düşüncesi şeklinde görülen güçlüktür.

Dürtü: Yoğun duygulanım varlığında dürtü denetiminin olmaması, zorlaşması şeklinde görülen güçlüktür.

Amaç (Hedef): Yoğun duygulanım varlığında amaca yönelik davranışlar sergileyememe veya bunları devam ettirememesi şeklinde görülen güçlüktür.

2.2.3.2. Emosyon Regülasyon Güçlüğü'nün Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi

Anksiyete bozukluğu olan kişilerin, özellikle de yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan kişilerin, işlevsel olmayan emosyon regülasyon stratejilerini sağlıklı kontrollerden daha fazla kullandıkları bir hipotezden öte birçok çalışma ile ispatlanmış bilimsel bir veridir (130). DSM-IV tanıları incelendiğinde birinci eksen bozukluklarının neredeyse yarısı, ikinci eksen bozuklukların neredeyse tamamında emosyon regülasyon güçlüklerinden bahsedilir (137). Bazı bozuklukların tanı kriterleri ise doğrudan emosyon regülasyonu güçlüğü ile ilişkilendirilebilmektedir (138). Anksiyete bozuklukları hasta grubunun, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, duygularını daha az kabul ettikleri, daha az duygusal netlik yaşadıkları ve daha fazla emosyon regülasyon girişiminde bulundukları saptanmıştır (139). YAB duyguların yoğun, hızlı ve tepkisel şekilde yaşandığı bir bozukluktur ve bu durum duyguların anlamlandırılmasını ve emosyon regülasyonunu bozarak durumu daha karmaşık bir hale sokar. 2006'da yapılan bir çalışma ile YAB olan bireylerde Gratz ve Roemer tarafından 2004'de tanımlanan emosyon regülasyon güçlüğü alt gruplarının neredeyse hepsi ile anlamlı ilişki saptanmıştır (140).

PB ile emosyon regülasyon güçlüğü arasında da anlamlı sonuçlar bulan bazı çalışmalar vardır (141, 142). 2008 yılında, tedavi edilmemiş, 91 panik atak geçiren kişi ile yapılan bir çalışmada bedensel duyumlara yönelik korkunun deneyimsel kaçınma, duyguları anlamakta güçlük ve duyguların kabulünde zorlanma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (143). PB tanılı kişileri ve klinik olmayan panik atak deneyimleri olan bireyleri diğer anksiyete bozuklukları ve sağlıklı kontrollerden ayıran bir özelliğin beden duyumlarına karşı hassasiyet olduğu daha önceleri gösterilmiştir (144). Buradan yola çıkarak beden duyumlarına hassasiyetin emosyon regülasyonuna etkileri olduğu ve benzer şekilde bu hassasiyetin PB tanılı kişiler ve panik atak deneyimi olan kişilerde diğer gruplara nazaran daha ön planda olduğu söylenebilir. 2004'de Baker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise PB tanılı kişilerde emosyon regülasyon süreçleri ile ilişkili 3 boyutta kontrol grubuna kıyasla belirgin fark tespit edilmiştir. Bunlar; yüksek duyguları kontrol etme çabası, yüksek duygusal yaşantılama ve duyguları tanımlamada güçlük alt boyutlarıdır (119). Daha

sonra 2006'da Tull ve arkadaşları emosyon regülasyon güçlüklerinin panik atak şiddeti ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (145).

Özetle PB ile ilgili bilişsel açıklamalar ön planda olmakla beraber emosyon ve emosyon regülasyon boyutu bu zamana kadar daha geri planda kalmış gibi görünmektedir. PB özelinde bilişsel ve duygusal süreçlerin birbirine etkisi üzerine ise yeterli çalışma bulunmamaktadır. 2004 yılında Baker ve arkadaşları PB etyolojisinde duygusal işleme yetersizliğinin bir kırılganlık faktörü olarak değerlendirilebileceğini, duygu işleme sürecinde duygular üzerine aşırı kontrol çabası, duygusal yaşantıların yoğunluğu ve duyguların tanımlanamaması gibi bozuklukların panik atak için başlatıcı özellikte olabileceğini öne sürmüştür. Daha sonra bilişsel ve davranışsal faktörlerin de devreye girerek PB için kronisite riskini arttırdığı belirtilmektedir (119). Diğer bir açıklama ise panik atak deneyiminin duygusal netlikle olan ilişkisidir, kişiler yaşadığı durumun duygusal anlamını ve tanımlamasını yapmakta güçlük çektiği için bedensel duyuları bedensel bir patolojiden kaynaklanıyor gibi yorumlama eğiliminde olmaktadır (135). PB tanılı bireylerde yapılan başka bir çalışmada duygusal netlik açıklamasını destekleyen aleksitimik özellikler vurgulanmıştır (146).

2.3. OBSESİF İNANISLAR

2.3.1. Obsesif İnanışların Tanımı

1997 yılında kurulan Obsesif Kompulsif Kognisyonları Çalışma Grubu (OKKÇG) OKB tanılı bireylerde var olan bazı inanışları tanımlamak ve bunları literatüre kazandırmak amacıyla çalışmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda bu inanışlar ilk etapta altı başlık altında belirlenmiş ve 87 soruluk bir ölçek yayınlanmıştır. Bu altı başlık şu şekilde belirtilmiştir: belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılmış sorumluluk algısı, abartılmış tehdit algısı, düşüncelere aşırı önem verme, düşüncelerin kontrol edilmesinin gerekliliği ve mükemmeliyetçilik. Daha sonra 44 soruluk obsesif inanışlar ölçeği geliştirilmiş ve bu inanışlar ikili gruplar şeklinde üç ana başlık altında incelenmeye başlamıştır. Bu üç başlık ise şu şekildedir: Abartılmış sorumluluk/tehdit algısı, düşüncelere aşırı önem verme/düşünceleri kontrol etmenin gerekliliği, mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük. Bu inanışların normal popülasyonda da var olan girici düşüncelerin neden bazı kişilerde bozukluk boyutuna ulaştığını anlamak açısından önemli görülmele beraber bu inanışların sadece OKB

değil diğer psikiyatrik bozukluklarda da saptanabileceği düşünülmektedir (5, 147, 148). Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda özellikle anksiyete bozuklukları grubunda anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (148).

2.3.2. Obsesif İnanış Alt Boyutları

2.3.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Bir durumun oluşu, gidişi ve sonlanması ile ilgili kesinlik ihtiyacı olarak tanımlanabilir. Kişilerin belirsiz durumlarda bunlarla başa çıkabileceğine olan inançları azdır. Olaylar belirsiz olduğunda işlev görememe ve genellikle sonuçları olumsuz yorumlama yanlılığı görülür. Sürekli güvence arama ve tedbir alma davranışları, karar vermede güçlük şeklinde davranışları doğurur (2). Anksiyete bozuklukları için birçok bilişsel teoride bu inanişaya yer verilmektedir.

2.3.2.2. Mükemmeliyetçilik

Bu inaniş bir işi yapmanın mükemmel ve tek bir yolu olduğ ve yapılacak en ufak hataların ciddi sorunlara yol açacağı inancından temellenmektedir (2). Tek ve doğru olan sadece bir yol olduğ düşünülür, alternatif yollar görmezden gelinir (149). Mükemmeliyetçilik olumlu olduğ takdirde yani gerçeğe uygun hedefler doğrultusunda uygulandığında faydalı bir özellik olabilecekken gerçek dışı hedefler doğrultusunda patolojik bir boyut kazanabilir ve buna olumsuz mükemmeliyetçilik denilir (150).

2.3.2.3. Düşüncelere Aşırı Önem Verme

Düşüncelere verilen önem düşünce-eylem füzyonu şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Olumsuz bir düşüncenin o düşünceyi hayata geçirmekle benzer ahlaki sorumluluğa sahip olduğ şeklinde görülebildiği gibi bir olayın düşünüldüğünde gerçekleşeceği inancı şeklinde de gözlemlenebilir (2). Olumsuz bir düşüncenin varlığının kişinin içten içe buna karşı bir isteği olduğ anlamına geldiği yanılgısı mevcuttur. Bir olayı düşünmenin onun olma olasılığını arttırdığı şeklinde olan inaniş abartılmış sorumluluk algısı ile de ilişkilidir (151).

2.3.2.4. Düşüncelerin Kontrol Edilmesinin Gerekliliği İnanışı

Kişilerin düşünceler üzerine mutlak hakimiyet sağlamanın mümkün olduğ yanılgısı ile temellenir. Düşünce-eylem füzyonu ve abartılmış sorumluluk inaniş bu durumu tetikler ve kişide düşüncelerini mutlak kontrol altında tutması gerektiği yoksa sonuçlarından sorumlu olacağı inaniş oluşur (2).

2.3.2.5. Abartılmış Sorumluluk

Bir olayla ilgili doğabilecek kötü sonuçlardan kendisinin sorumlu olduğu ve bunu engellemenin de kendi elinde olduğuna dair abartılmış bir inanış biçimidir (2). Salkovskis tarafından OKB'nin bilişsel teorisinde önemi vurgulanmış ve bazı çalışmalarda gelişimsel süreçlerle ilişkisi saptanmıştır (152, 153).

2.3.2.6. Abartılmış Tehdit Algısı

Bir olay sürecinde, sonucunda karşılaşılabilecek tehlikeleri ve olası zararları abartma eğilimi olarak tanımlanır. Anksiyete bozuklukları ile yakın ilişkilidir. Mükemmeliyetçilik, düşünce-eylem füzyonu ve belirsizliğe tahammülsüzlük inanışları ile ilişkili bir inanıştır (2).

2.3.3. Obsesif İnanışların Anksiyete Bozuklukları İle İlişkisi

Anksiyete bozuklukları için özellikle önemi vurgulanan inanış belirsizliğe tahammülsüzlük olarak geçmektedir ancak diğer inanışların da farklı derecelerde saptandığı bilinmektedir (154, 155). Endişe ile obsesyonun benzer bilişsel süreçler olduğu ve endişe oluşumunda belirsizliğe tahammülsüzlüğün önemli bir rol aldığı belirtilmiştir Tolin ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı çalışmada OKB hastaları mükemmeliyetçilik ve düşüncelerin kontrolü açısından anksiyete grubundan daha yüksek puanlar almışken, tehdit algısı ve abartılmış sorumluluk algısı açısından ise anksiyete ve OKB grubu benzer puanlar almıştır (5). Belirsizliğe tahammülsüzlük inanışının farklı çalışmalarla OKB'ye kıyasla anksiyete bozukluklarında daha çok görüldüğü, benzer derecede görüldüğü ve daha az görüldüğü şeklinde farklı sonuçlar elde edilmiştir (155, 156). Panik bozuklukta ise diğer inanışlara ek olarak mükemmeliyetçilik inanışının diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha yaygın görüldüğü belirtilmiştir (4).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Belirlenmesi ve Yöntem

Tez çalışmamız panik bozukluk tanılı bireylerde obsesif inanışlar ve emosyon regülasyonu arasında ilişkiyi incelemeye yönelik bir vaka-kontrol çalışması olup katılımcılar Aralık 2021 tarihi ile Mayıs 2023 tarihleri arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar ve psikiyatrik komorbiditesi olmayan sağlıklı gönüllüler içerisinde bilgilendirilmiş onam alınarak seçilmiştir. Seçilme kriterleri hasta grubu için; 18-65 yaş arasında olmak, DSM-5 kriterlerine göre panik bozukluk tanısı almış olmak, okuma-yazma bilmek olup dışlama kriterleri komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı ve kognitif süreçleri etkileyecek demans, mental retardasyon gibi başka bir rahatsızlığın varlığı olarak planlanmıştır. Kontrol grubunda seçilme kriterleri 18-65 yaş arasında olmak, okuma yazma bilmek ve gönüllü olarak onam formunun onaylanması şeklinde olup dışlama kriterleri psikiyatrik bir bozukluğun varlığı ve kognitif süreçleri etkileyecek demans, mental retardasyon gibi başka bir bozukluğun varlığı şeklinde belirlenmiştir.

Benzer çalışmalar üzerinden yapılan güç analizi sonucunda 60 hasta ve 60 kontrol grubu alınması planlanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, duygu düzenleme güçlüğü ölçeği ve obsesif inanışlar ölçeği doldurtulmuştur.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Klinisyen tarafından katılımcıların kişisel bilgileri olmaksızın yaş, cinsiyet, maddi durum, eğitim düzeyi, aile yapısı ve ek hastalıklar gibi bilgilerinin toplanması için hazırlanan veri toplama formudur. Katılımcılar tarafından doldurulacak şekilde hazırlanmıştır.

3.2.2. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV)

DSM-5 ölçütlerinin geliştirilmesiyle birlikte First ve arkadaşları tarafından DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) hazırlanmıştır. Yapılandırılmış bir görüşme olup 32 tanısal kategori tanı ölçütleriyle, 16 tanısal kategori ise araştırmacı sorularıyla yer alır. Toplam 10 modülden

oluşmaktadır. Elbir ve arkadaşları tarafından SCID-5-CV'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (157).

3.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-36 (DDGÖ-36)

Duygu düzenleme güçlüğüne değerlendirebilmek amacı ile Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında hazırlanan 36 maddeli ve 6 alt boyutlu bir ölçektir. Her madde 5'li likert tipi ölçek şeklindedir ve “hemen hemen hiç=1”, “bazen=2”, “yaklaşık yarı yarıya=3”, “çoğu zaman=4” ve “hemen hemen her zaman=5” şeklinde skorlanır. Ölçeğin alt boyutları “Farkındalık (2, 6, 8, 10, 17 ve 34 numaralı maddeler), Açıklık (1, 4, 5, 7 ve 9 numaralı maddeler), Kabul Etmeme (11, 12, 21, 23, 25 ve 29 numaralı maddeler), Strateji (15, 16, 22, 28, 30, 31, 35 ve 36 numaralı maddeler), Dürtü (3, 14, 19, 24, 27 ve 32 numaralı maddeler) ve Amaç (13, 18, 20, 26 ve 33 numaralı maddeler)” olmak üzere 6 adettir. 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 ve 34 numaralı maddeler ters puanlanmaktadır. Alınan toplam puanın kesme değeri olmayıp, yüksekliği duygu düzenlemedeki güçlüğü düzeyi ile ilişkilidir (158).

Türkçe uyarlaması 2008'de Rugancı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .94 alt boyutlarda iç tutarlılığın ise .75 ve .90 arasında değiştiği belirlenmiştir(159). 2010 yılında yapılan tekrar bir gözden geçirme sonucunda 10.madde düşük korelasyon nedeni ile değiştirilmiş ve böylece ölçek özgün yapısı ile benzer faktör yapısına kavuşmuştur(160). Ölçeğin bir avantajı da alt boyutların yanı sıra toplam ölçek puanı ile genel duygu düzenleme güçlüğü puanlaması yapabilme yetisidir. Ölçeğin son hali ekler kısmında yer almaktadır (Ek-2).

3.2.4. Obsesif İnanışlar Envanteri-44 (OİE-44)

Boysan ve arkadaşları tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçek obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili inanışları ölçen 44 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (161). Ölçek 7'li likert tipi 44 maddeden ve “düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme” (7., 13., 21., 24., 27., 28., 30., 32., 35., 38., 42. ve 44. sorular), “abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi” (1., 5., 6., 8., 15., 16., 17., 19., 22., 23., 29., 33., 34., 36., 39. ve 41. sorular) ve “mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük” (2., 3., 4., 9., 10., 11., 12., 14., 18., 20., 25., 26., 31., 37., 40. ve 43. sorular) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Tüm maddelerin iç

tutarlılığı yeterli ($\alpha=0.95$) bulunmuş olup alt boyutların da iç tutarlılık gösterdiği saptanmıştır (161). Sonuçların yüksekliği inanın kuvvetini yordamaktadır.

3.2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma ya da ortanca (en küçük-en büyük değer) olarak sunuldu. Normal dağılım varlığına, histogramlar, Q-Q plotlar ve normal dağılım testlerine göre karar verildi. Kategorik değişkenler; pearson ki-kare testi ya da varsayımların sağlanmadığı durumlarda, Fisher'in kesin testi ile karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler iki grup arasında karşılaştırılırken normal dağılım olup olmamasına göre bağımsız gruplarda t-testi ya da Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grup karşılaştırılırken yine normal dağılım olup olmamasına göre tek yönlü ANOVA ya da Kruskal-Wallis testi kullanıldı. İki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişki varlığı, Pearson korelasyon testi ile bakıldı. Korelasyon katsayısı 0 ile ± 0.3 arasında ise ilişki yok, 0.3-0.5 arasında ise pozitif (-ise: negatif) yönde zayıf ilişki, 0.5 ile 0.7 arasında ise pozitif (- ise: negatif) yönde orta düzeyde ilişki, >0.7 ise pozitif (-ise: negatif) yönde güçlü düzeyde (- ise: negatif) ilişki olduğu kabul edildi.

Obsesif İnanışlar Envanteri-44 toplam puanı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 1), düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 2), Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 3) ve Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 4) arasındaki ilişki için tek değişkenli basit doğrusal regresyon modelleri oluşturuldu. Beta katsayıları (β), %95 güven aralıkları ile sunuldu. İki yönlü p değerinin <0.05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İstatistikler R versiyon 4.0.0 ile yapıldı.

4. BULGULAR

4.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Hasta grubunda 42 kadın (%76,4), 13 erkek (%23,6) hasta çalışmaya dahil edildi, katılımcılar içinde 20 kişi (%36,4) 18-25 yaş grubunda iken, 24 kişi (%43,6) 26-40, 8 kişi (%14,5) 41-55 ve 3 kişi (%5,45) 56-65 yaş grubundaydı.

Kontrol grubunda ise 40 kadın (%72,7), 15 erkek (%27,3) hasta çalışmaya dahil edildi, katılımcılar içinde 20 kişi (%36,4) 18-25 yaş grubunda iken, 26 kişi (%47,3) 26-40, 7 kişi (%12,7) 41-55 ve 2 kişi (%3,64) 56-65 yaş grubundaydı.

Hasta ve kontrol grupları arasında cinsiyet ($p=0.827$), yaş ($p=0.977$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Hasta grubu için eğitim durumuna bakıldığında 4 kişi (%7,27) hiç okula gitmemiş, 7 kişi (%12,7) ilkokul mezunu, 7 kişi (%12,7) ortaokul mezunu, 13 kişi (%23,6) lise mezunu ve 24 kişi (%43,6) ise üniversite mezunuydu. Kontrol grubunda ise bu sayılar 3 kişi (%7,27) hiç okula gitmemiş, 3 kişi (%12,7) ilkokul mezunu, 7 kişi (%12,7) ortaokul mezunu, 12 kişi (%23,6) lise mezunu ve 30 kişi (%43,6) ise üniversite mezunu şeklindeydi. Eğitim durumu açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p=0,647$).

Medeni duruma bakıldığında hasta grubunda evli sayısı 26 (% 47.3), bekar sayısı 26 (% 47.3) olarak eşitti, kontrol grubunda ise evli sayısı 26 (% 47.3), bekar sayısı 25 (% 45.5) olarak bulundu ve iki grup arasında yüksek benzerlik saptandı (Tablo 1). Medeni durum açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=1$).

Tablo 1: Sosyodemografik verilerin gruplar arası karşılaştırılması

	Hasta grubu <i>n</i> = 55	Kontrol grubu <i>n</i> = 55	<i>p</i>
Cinsiyet:			
Kadın	42 (76.4%)	40 (72.7%)	0.662
Erkek	13 (23.6%)	15 (27.3%)	
Yaş:			
18-25	20 (36.4%)	20 (36.4%)	0.951
26-40	24 (43.6%)	26 (47.3%)	
41-55	8 (14.5%)	7 (12.7%)	
56-65	3 (5.45%)	2 (3.64%)	
Medeni durum:			
Evli	26 (47.3%)	26 (47.3%)	0.950
Bekar	26 (47.3%)	25 (45.5%)	
Boşanmış	1 (1.82%)	2 (3.64%)	
Dul	2 (3.64%)	2 (3.64%)	
Eğitim düzeyi:			
Okula gitmemiş	4 (7.27%)	3 (5.45%)	0.654
İlkokul	7 (12.7%)	3 (5.45%)	
Ortaokul	7 (12.7%)	7 (12.7%)	
Lise	13 (23.6%)	12 (21.8%)	
Üniversite ve üstü	24 (43.6%)	30 (54.5%)	

4.2. Ölçek Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

DDGÖ-36 ölçeği toplam puanları açısından hasta grubunda toplam puan medyanı 114 (min-max: 72-168), kontrol grubu toplam puan medyanı 88 (min-max: 53-160) bulunarak istatiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.01$).

DDGÖ-36 farkındalık alt ölçeği puanları açısından hasta grubunda medyan puan 15 (min-max: 7-27), kontrol grubunda medyan puan 18 (min-max: 11-25)

bulunarak kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0.01$).

DDGÖ-36 açıklık alt ölçeği puanları açısından hasta grubunda medyan puan 15 (min-max: 7-25), kontrol grubunda medyan puan 12 (min-max: 5-22) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.01$).

DDGÖ-36 kabul etmeme alt ölçeği puanları açısından hasta grubunda medyan puan 19 (min-max: 6-30), kontrol grubunda medyan puan 13 (min-max: 7-30) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.01$).

DDGÖ-36 strateji alt ölçeği puanları açısından hasta grubunda medyan puan 26 (min-max: 12-40), kontrol grubunda medyan puan 19 (min-max: 9-37) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.01$).

DDGÖ-36 dürtü alt ölçeği puanları açısından hasta grubunda medyan puan 20 (min-max: 7-30), kontrol grubunda medyan puan 14 (min-max: 9-26) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.01$).

DDGÖ-36 amaç alt ölçeği puanları açısından hasta grubunda medyan puan 19 (min-max: 10-25), kontrol grubunda medyan puan 14 (min-max: 5-25) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.01$).

Hasta ve kontrol grubu arasında DDGÖ-36 açısından yapılan karşılaştırmada farkındalık alt ölçeği puanında kontrol grubunda; toplam puan ve diğer tüm alt ölçek puanlarında ise hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 2).

Tablo 2: DDGÖ-36 ölçeğinin gruplar arası karşılaştırılması

	Hasta grubu <i>n</i> = 55	Kontrol grubu <i>n</i> = 55	<i>p</i>
Toplam Puan	114 [72.0;168]	88.0 [53.0;160]	<0.001
Farkındalık	15.0 [7.00;27.0]	18.0 [11.0;25.0]	0.007
Açıklık	15.0 [7.00;25.0]	12.0 [5.00;22.0]	<0.001
Kabul Etmememe	19.0 [6.00;30.0]	13.0 [7.00;30.0]	<0.001
Strateji	26.0 [12.0;40.0]	19.0 [9.00;37.0]	<0.001
Dürtü	20.0 [7.00;30.0]	14.0 [9.00;26.0]	<0.001
Amaç	19.0 [10.0;25.0]	14.0 [5.00;25.0]	<0.001

OİÖ-44 toplam puanlar açısından hasta grubu medyan değeri 203 (min-max: 67-301), kontrol grubu medyan değeri 147 (min-max: 67-228) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,01$).

OİÖ-44 düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme alt ölçeği açısından hasta grubu medyan değeri 46 (min-max: 14-80), kontrol grubu medyan değeri 36 (min-max: 12-61) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,01$).

OİÖ-44 abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi alt ölçeği açısından hasta grubu medyan değeri 74 (min-max: 22-112), kontrol grubu medyan değeri 55 (min-max: 20-89) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,01$).

OİÖ-44 mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği açısından hasta grubu medyan değeri 80 (min-max: 24-111), kontrol grubu medyan değeri 61 (min-max: 28-99) bulunarak istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,01$).

Hasta ve kontrol gruplarının OİÖ-44 açısından karşılaştırılmasına bakıldığında ise toplam puan ve tüm alt ölçekler arasında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: OİÖ-44 ölçeğinin gruplar arası karşılaştırılması

	Hasta grubu <i>n</i> = 55	Kontrol grubu <i>n</i> = 55	<i>p</i>
Toplam Puan	203 [67;301]	147 [67;228]	<0.001
Düşüncelerin kontrolü ve önem verme	46 [14;80]	36 [12;61]	<0.001
Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı	74 [22;112]	55 [20;89]	<0.001
Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	80 [24;111]	61 [28;99]	<0.001

4.3.Ölçek Puanlarının Hasta ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Verilere Göre Analizi

Kullanılan DDGÖ-36 ve OİÖ-44 ölçeklerinin hasta ve kontrol grubunda sosyodemografik olarak cinsiyet ve yaş, gibi değişkenler ile olan ilişkisine bakıldığında bulgular aşağıdaki gibidir;

DDGÖ-36 toplam puan değeri hasta grubunda 18-25 yaş grubunda 126, 26-40 yaş grubunda 100, 41-65 yaş grubunda 117 olarak saptanmıştır($p=0,04$).

DDGÖ-36 farkındalık alt ölçeği puan değeri hasta grubunda 18-25 yaş grubunda 15, 26-40 yaş grubunda 15,5, 41-65 yaş grubunda 17 olarak saptanmıştır($p=0,762$).

DDGÖ-36 açıklık alt ölçeği puan değeri hasta grubunda 18-25 yaş grubunda 17, 26-40 yaş grubunda 14, 41-65 yaş grubunda 15 olarak saptanmıştır($p=0,262$).

DDGÖ-36 kabul etmeme alt ölçeği puan değeri hasta grubunda 18-25 yaş grubunda 22, 26-40 yaş grubunda 14,5, 41-65 yaş grubunda 19 olarak saptanmıştır($p=0,133$).

DDGÖ-36 strateji alt ölçeği puan değeri hasta grubunda 18-25 yaş grubunda 31, 26-40 yaş grubunda 25, 41-65 yaş grubunda 26 olarak saptanmıştır($p=0,100$).

DDGÖ-36 dürtü alt ölçeği puan değeri hasta grubunda 18-25 yaş grubunda 22, 26-40 yaş grubunda 17,5, 41-65 yaş grubunda 20 olarak saptanmıştır($p=0,059$).

DDGÖ-36 amaç alt ölçeği puan değeri hasta grubunda 18-25 yaş grubunda 23,5, 26-40 yaş grubunda 17,5, 41-65 yaş grubunda 18 olarak saptanmıştır($p=0,017$).

DDGÖ-36 ölçeğinin yaşa göre karşılaştırılmasında hasta grubunda 18-25 yaş grubunda toplam puan 126 ($p=0,04$) ve amaç alt ölçek puanı 23,5 ($p=0,017$) olarak istatistiksel anlamlı yükseklik saptanmıştır. Kontrol grubunda böyle bir fark görülmemiştir (Tablo 4-5).

Tablo 4: DDGÖ-36 ölçeğinin hasta grubunda yaşa göre kıyaslanması

	18-25 n = 20	26-40 n = 24	41-65 n = 11	p
Toplam Puan	126 [72.0;163]	100 [72.0;168]	117 [87.0;155]	0.040
Farkındalık	15.0 [7.00;27.0]	15.5 [9.00;26.0]	17.0 [12.0;25.0]	0.762
Açıklık	17.0 [7.00;25.0]	14.0 [7.00;21.0]	15.0 [7.00;22.0]	0.262
Kabul Etmeme	22.0 [6.00;30.0]	14.5 [10.0;30.0]	19.0 [11.0;30.0]	0.133
Strateji	31.0 [12.0;39.0]	25.0 [12.0;39.0]	26.0 [16.0;40.0]	0.100
Dürtü	22.0 [11.0;30.0]	17.5 [7.00;30.0]	20.0 [12.0;29.0]	0.059
Amaç	23.5 [10.0;25.0]	17.5 [12.0;25.0]	18.0 [12.0;23.0]	0.017

Tablo 5: DDGÖ-36 ölçeğinin kontrol grubunda yaşa göre kıyaslanması

	18-25 n = 20	26-40 n = 26	41-65 n = 9	p
Toplam Puan	91.0 [53.0;160]	92.5 [66.0;123]	83.0 [76.0;114]	0.970
Farkındalık	18.0 [13.0;24.0]	19.0 [15.0;25.0]	16.0 [11.0;21.0]	0.101
Açıklık	12.0 [5.00;18.0]	12.0 [6.00;19.0]	14.0 [8.00;22.0]	0.165
Kabul Etmeme	12.5 [7.00;30.0]	13.0 [7.00;24.0]	13.0 [7.00;19.0]	0.981
Strateji	19.5 [10.0;37.0]	20.0 [9.00;29.0]	17.0 [13.0;31.0]	0.833
Dürtü	15.0 [9.00;26.0]	14.0 [10.0;19.0]	15.0 [10.0;17.0]	0.847
Amaç	14.0 [5.00;25.0]	14.0 [6.00;22.0]	14.0 [8.00;18.0]	0.861

DDGÖ-36 ölçeği hasta grubunda cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında toplam puan kadınlar için 120 erkekler için ise 98 olarak saptanmıştır aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,111$).

DDGÖ-36 ölçeği hasta grubunda cinsiyete göre değerlendirmede farkındalık alt ölçeği kadınlar için 15 erkekler için ise 17 olarak saptanmıştır aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,626$).

DDGÖ-36 ölçeği hasta grubunda cinsiyete göre değerlendirmede açıklık alt ölçeği kadınlar için 15 erkekler için ise 14 olarak saptanmıştır aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,743$).

DDGÖ-36 ölçeği hasta grubunda cinsiyete göre değerlendirmede kabul etmeme alt ölçeği kadınlar için 18.5 erkekler için ise 20 olarak saptanmıştır aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,713$).

DDGÖ-36 ölçeği hasta grubunda cinsiyete göre değerlendirmede strateji alt ölçeği kadınlar için 27 erkekler için ise 22 olarak saptanmıştır aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,066$).

DDGÖ-36 ölçeği hasta grubunda cinsiyete göre değerlendirmede dürtü alt ölçeği kadınlar için 21 erkekler için ise 16 olarak saptanmıştır aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,122$).

DDGÖ-36 ölçeği hasta grubunda cinsiyete göre değerlendirmede amaç alt ölçeği kadınlar için 20 erkekler için ise 18 olarak saptanmıştır aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,092$).

DDGÖ-36 ölçeğinin cinsiyete göre karşılaştırılmasında toplam puan ve tüm alt ölçeklere bakıldığında ne hasta grubu ne de kontrol grubunda anlamlı istatistiksel fark tespit edilmemiştir (Tablo 6-7).

Tablo 6: DDGÖ-36 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre kıyaslanması

	Kadın n = 42	Erkek n = 13	p
Toplam Puan	120 [72.0;168]	98.0 [72.0;155]	0.111
Farkındalık	15.0 [7.00;27.0]	17.0 [12.0;25.0]	0.626
Açıklık	15.0 [7.00;25.0]	14.0 [7.00;22.0]	0.743
Kabul Etmeme	18.5 [10.0;30.0]	20.0 [6.00;30.0]	0.713
Strateji	27.0 [15.0;39.0]	22.0 [12.0;40.0]	0.066
Dürtü	21.0 [7.00;30.0]	16.0 [10.0;26.0]	0.122
Amaç	20.0 [12.0;25.0]	18.0 [10.0;25.0]	0.092

Tablo 7: DDGÖ-36 ölçeğinin kontrol grubunda cinsiyete göre kıyaslanması

	Kadın n = 40	Erkek n = 15	p
Toplam Puan	89.5 [53.0;122]	87.0 [72.0;160]	0.234
Farkındalık	18.0 [11.0;25.0]	18.0 [15.0;24.0]	0.613
Açıklık	12.0 [5.00;22.0]	12.0 [6.00;19.0]	0.309
Kabul Etmeme	13.5 [7.00;24.0]	12.0 [7.00;30.0]	0.909
Strateji	18.5 [9.00;29.0]	22.0 [10.0;37.0]	0.302
Dürtü	13.5 [9.00;23.0]	15.0 [10.0;26.0]	0.177
Amaç	14.0 [5.00;22.0]	14.0 [11.0;25.0]	0.747

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında toplam puan değeri 18-25 yaş grubunda 213, 26-40 yaş grubunda 186, 41-65 yaş grubunda 203 olarak saptanmıştır (p=0,629).

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında düşüncelerin kontrolü ve önem verme alt ölçeği değeri 18-25 yaş grubunda 51,5, 26-40 yaş grubunda 44, 41-65 yaş grubunda 44 olarak saptanmıştır (p=0,730).

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği değeri 18-25 yaş grubunda 79, 26-40 yaş grubunda 69, 41-65 yaş grubunda 74 olarak saptanmıştır (p=0,725).

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği değeri 18-25 yaş grubunda 85, 26-40 yaş grubunda 73, 41-65 yaş grubunda 80 olarak saptanmıştır (p=0,335).

OİÖ-44 ölçeği toplam puan ve tüm alt ölçeklerinde hasta grubunda yaşa göre kıyaslanmasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda da benzer şekilde istatistiksel anlamlı fark yoktur (Tablo 8-9).

Tablo 8: OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda yaşa göre kıyaslanması

	18-25 n = 20	26-40 n = 24	41-65 n = 11	p
Toplam Puan	213 [69.0;260]	186 [67.0;301]	203 [129;246]	0.629
Düşüncelerin kontrolü ve önem verme	51.5 [14.0;65.0]	44.0 [21.0;80.0]	44.0 [26.0;61.0]	0.730
Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı	79.0 [27.0;96.0]	69.0 [22.0;112]	74.0 [50.0;91.0]	0.725
Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	85.0 [28.0;101]	73.0 [24.0;111]	80.0 [52.0;94.0]	0.335

Tablo 9: OİÖ-44 ölçeğinin kontrol grubunda yaşa göre kıyaslanması

	18-25 n = 20	26-40 n = 26	41-65 n = 9	p
Toplam Puan	164 [103;228]	148 [67.0;214]	143 [97.0;179]	0.238
Düşüncelerin kontrolü ve önem verme	42.0 [23.0;61.0]	32.0 [12.0;57.0]	30.0 [20.0;49.0]	0.067
Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı	58.0 [37.0;89.0]	54.5 [20.0;73.0]	51.0 [35.0;68.0]	0.467
Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	66.0 [39.0;85.0]	56.5 [28.0;99.0]	58.0 [39.0;76.0]	0.458

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre karşılaştırılmasında toplam puan değeri kadınlar için 205, erkekler için 185 olarak saptanmıştır (p=0,552).

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre karşılaştırılmasında düşüncelerin kontrolü ve önem verme alt ölçeği değeri kadınlar için 47, erkekler için 44 olarak saptanmıştır (p=0,721).

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre karşılaştırılmasında abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği değeri kadınlar için 78, erkekler için 68 olarak saptanmıştır (p=0,519).

OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre karşılaştırılmasında mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği değeri kadınlar için 81,5, erkekler için 73 olarak saptanmıştır (p=0,804).

OİÖ-44 toplam puan ve alt ölçekleri hasta grubunda cinsiyete göre karşılaştırıldığında hiçbir grupta istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir. Kontrol grubunda da cinsiyete göre karşılaştırılmalarda istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 10-11).

Tablo 10: OİÖ-44 ölçeğinin hasta grubunda cinsiyete göre kıyaslanması

	Kadın n = 42	Erkek n = 13	p
Toplam Puan	205 [67.0;283]	183 [128;301]	0.552
Düşüncelerin kontrolü ve önem verme	47.0 [14.0;80.0]	44.0 [26.0;78.0]	0.721
Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı	78.0 [22.0;112]	68.0 [49.0;112]	0.519
Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	81.5 [24.0;105]	73.0 [43.0;111]	0.804

Tablo 11: OİÖ-44 ölçeğinin kontrol grubunda cinsiyete göre kıyaslanması

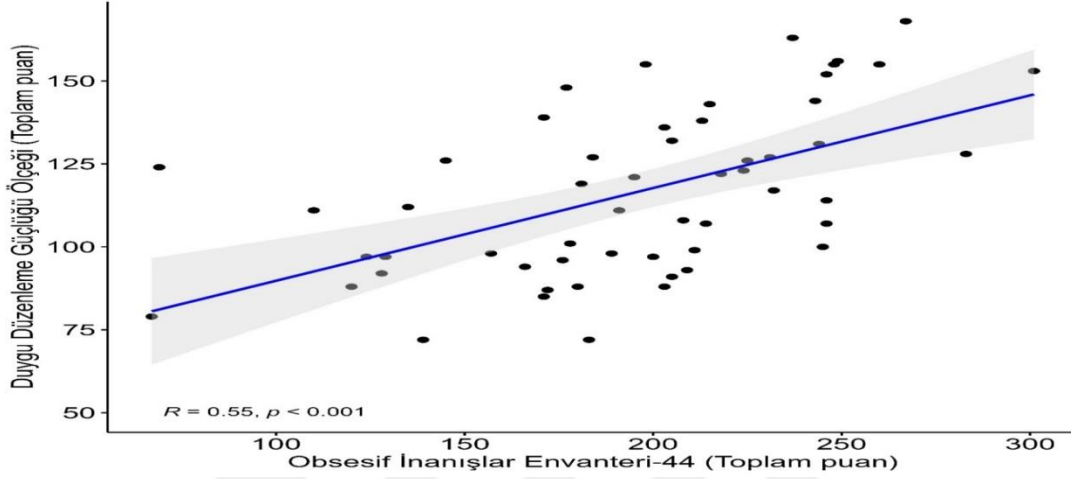
	Kadın n = 40	Erkek n = 15	p
Toplam Puan	145 [67.0;224]	162 [69.0;228]	0.564
Düşüncelerin kontrolü ve önem verme	33.5 [12.0;61.0]	41.0 [12.0;58.0]	0.285
Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı	54.5 [20.0;89.0]	58.0 [23.0;86.0]	0.910
Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	59.5 [31.0;99.0]	63.0 [28.0;84.0]	0.947

4.4. Ölçekler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tezimizin hipotezi doğrultusunda öncelikle obsesif inanışlar ve emosyon regülasyonu güçlüğü arasında korelasyon ilişkisi incelendi daha sonra regresyon analizi yapılarak bu ilişkinin fonksiyonel açıklamasına bakıldı. Regresyon analizi ile hipotezimiz doğrultusunda sadece ilişki değil yön belirten bir etki varlığı sorgulandı ve bunun istatistiksel anlamlılığı değerlendirildi.

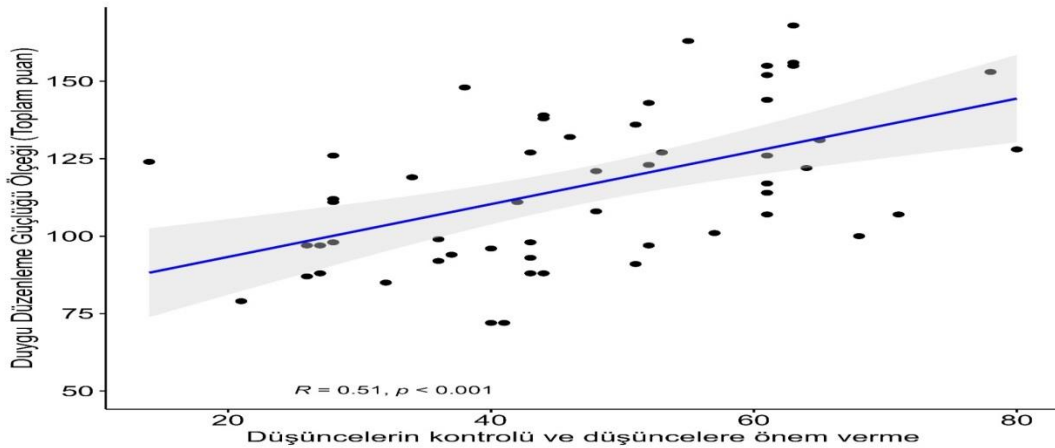
OİÖ-44 toplam puanı ile toplam DDGÖ-36 toplam puanı arasındaki ilişki hasta grubu için incelendiğinde ise toplam puanlar arasında korelasyon katsayısı 0,55 olarak geldi, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$) (Şekil 2).

Şekil 2: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 toplam puanı arasındaki korelasyon grafiği



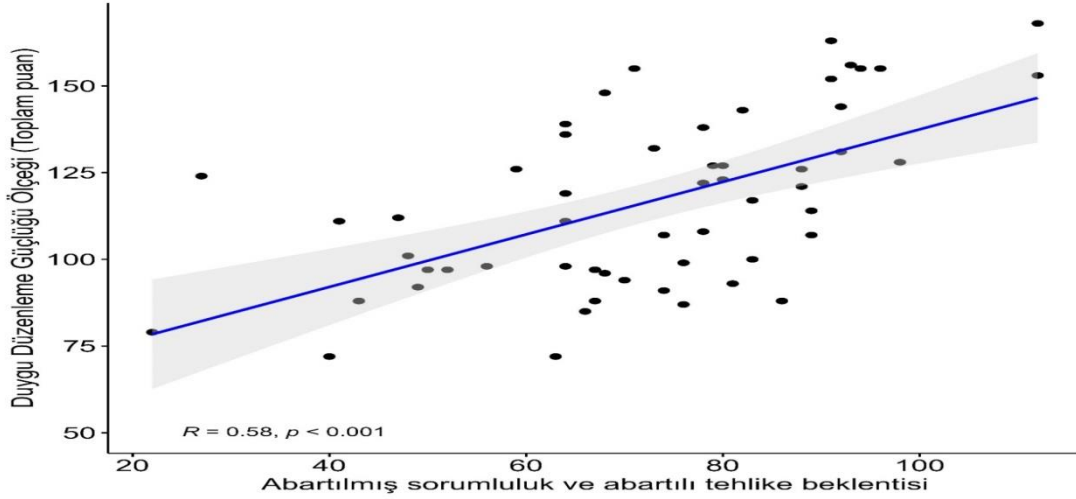
DDGÖ-36 toplam puanı ile düşüncelerin kontrolü ve önem verme alt ölçeği arasındaki ilişki hasta grubu için incelendiğinde ise korelasyon katsayısı 0,51 olarak geldi, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$) (Şekil 3).

Şekil 3: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme alt ölçek puanı arasındaki korelasyon grafiği



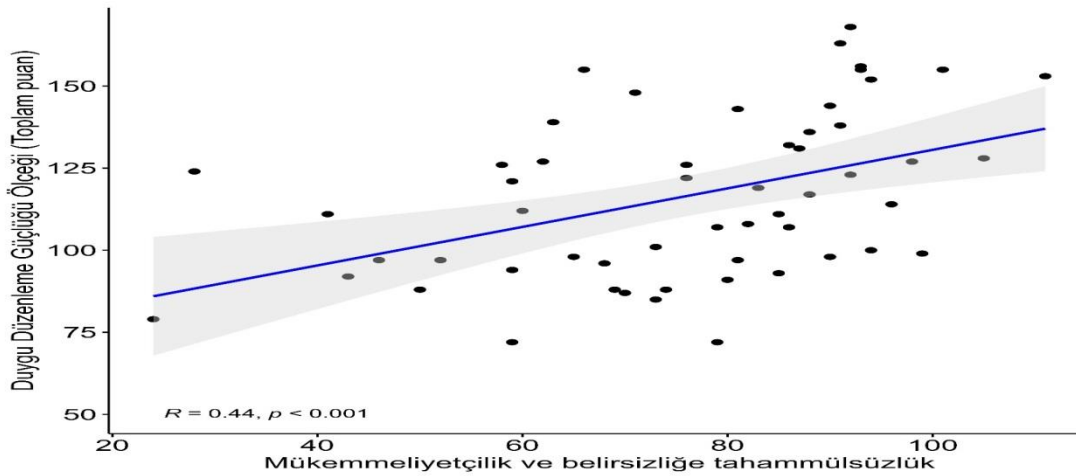
DDGÖ-36 toplam puanı ile abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği arasındaki ilişki hasta grubu için incelendiğinde ise korelasyon katsayısı 0,58 olarak geldi, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$) (Şekil 4).

Şekil 4: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi alt ölçek puanı arasındaki korelasyon grafiği



DDGÖ-36 toplam puanı ile mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği arasındaki ilişki hasta grubu için incelendiğinde ise korelasyon katsayısı 0,44 olarak geldi, zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$) (Şekil 5).

Şekil 5: DDGÖ-36 toplam puan ile OİÖ-44 mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçek puanı arasındaki korelasyon grafiği



Sonuç olarak DDGÖ-36 toplam puanı OİÖ-44 toplam puanı ve tüm alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf-orta düzey korelasyon varlığı görüldü (Tablo 12).

Tablo 12: Hasta grubunda toplam OİÖ-44 puanı ve alt ölçeklerinin puanları ile toplam DDGÖ-36 puanı arasındaki ilişki

DDGÖ-36	OİÖ-44	Cor	p	
Toplam Puan	Toplam Puan	0,55	0,00000	Şekil 2
Toplam Puan	Düşüncelerin kontrolü ve önem verme	0,51	0,00001	Şekil 3
Toplam Puan	Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı	0,58	0,00000	Şekil 4
Toplam Puan	Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	0,44	0,00012	Şekil 5

DDGÖ-36 toplam puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasındaki ilişki kontrol grubu için incelendiğinde ise toplam puanlar arasında korelasyon katsayısı 0,38 olarak geldi, zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$).

DDGÖ-36 toplam puanı ile düşüncelerin kontrolü ve önem verme alt ölçeği arasındaki ilişki kontrol grubu için incelendiğinde ise korelasyon katsayısı 0,46 olarak geldi, zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$).

DDGÖ-36 toplam puanı ile abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği arasındaki ilişki kontrol grubu için incelendiğinde ise korelasyon katsayısı 0,29 olarak geldi, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı ($p<0.001$).

DDGÖ-36 toplam puanı ile mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği arasındaki ilişki kontrol grubu için incelendiğinde ise korelasyon katsayısı 0,26 olarak geldi, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı ($p<0.001$).

Sonuç olarak korelasyon incelemesini kontrol grubunda değerlendirdiğimizde toplam puanlar arasındaki ilişki, DDGÖ-36 toplam puanı ile düşüncelerin kontrolü ve önem verme alt ölçeği arasındaki ilişki için korelasyon düzeylerinin hasta grubuna göre ortadan zayıfa gerilediği görüldü. DDGÖ-36 toplam puanı ve abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği arasındaki ilişki ve DDGÖ-36 toplam puanı ve mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği arasındaki ilişki anlamlılıklarını tamamen yitirdiler.

Tablo 13: Kontrol grubunda toplam OİÖ-44 puanı ve alt ölçeklerinin puanları ile toplam DDGÖ-36 puanı arasındaki ilişki

DDGÖ-36	OİÖ-44	Cor	p
Toplam Puan	Toplam Puan	0,38	0,00000
Toplam Puan	Düşüncelerin kontrolü ve önem verme	0,46	0,00001
Toplam Puan	Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı	0,29	0,00000
Toplam Puan	Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	0,26	0,00012

DDGÖ-36 farkındalık alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında hasta grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı -0,17 olarak geldi, aralarında ilişki olmadığı kabul edildi ($p=0,077$).

DDGÖ-36 açıklık alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında hasta grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,28 olarak geldi, aralarında ilişki olmadığı kabul edildi ($p=0,030$).

DDGÖ-36 kabul etmeme alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında hasta grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,6 olarak geldi, aralarında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

DDGÖ-36 strateji alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında hasta grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,56 olarak geldi, aralarında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

DDGÖ-36 dürtü alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında hasta grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,54 olarak geldi, aralarında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

DDGÖ-36 amaç alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında hasta grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,36 olarak geldi, aralarında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,01$).

DDGÖ-36 tüm alt ölçekleri OİÖ-44 toplam puanı ile hasta grubu için kıyaslandığında farkındalık ve açıklık alt ölçeği dışında tüm alt ölçekler toplam OİÖ-44 puanıyla orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki içerisindeydi (Tablo 14).

Tablo 14: Hasta grubu için DDGÖ-36 toplam puan ve alt ölçekleri ile OİÖ-44 toplam puanları arasındaki ilişki

DDGÖ-36	OİÖ-44	Cor	p
Toplam Puan	Toplam Puan	0,55	0,000
Farkındalık	Toplam Puan	-0,17	0,077
Açıklık	Toplam Puan	0,28	0,030
Kabul Etmeme	Toplam Puan	0,60	0,000
Strateji	Toplam Puan	0,56	0,000
Dürtü	Toplam Puan	0,54	0,000
Amaç	Toplam Puan	0,36	0,010

DDGÖ-36 farkındalık alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında kontrol grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,09 olarak geldi, aralarında ilişki olmadığı kabul edildi ($p=0,077$).

DDGÖ-36 açıklık alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında kontrol grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,26 olarak geldi, aralarında ilişki olmadığı kabul edildi ($p=0,030$).

DDGÖ-36 kabul etmeme alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında kontrol grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,44 olarak geldi, aralarında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

DDGÖ-36 strateji alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında kontrol grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,37 olarak geldi, aralarında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

DDGÖ-36 dürtü alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında kontrol grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,41 olarak geldi, aralarında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

DDGÖ-36 amaç alt ölçeği puanı ile OİÖ-44 toplam puanı arasında kontrol grubu için bakıldığında korelasyon katsayısı 0,11 olarak geldi, aralarında ilişki olmadığı kabul edildi ($p=0,28$).

DDGÖ-36 tüm alt ölçekleri OİÖ-44 toplam puanı ile kontrol grubu için kıyaslandığında farkındalık, açıklık ve amaç alt ölçeği dışında tüm alt ölçekler toplam OİÖ-44 puanıyla zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki içerisindeydi (Tablo 15).

Kontrol grubu ve hasta grubu için bakıldığında toplam OİÖ-44 ile farkındalık ve açıklık arasındaki ilişkinin yokluğu aynen devam etti farklı olarak kontrol grubunda toplam OİÖ-44 ile amaç alt ölçeği arasındaki zayıf ilişki de anlamlılığını yitirdi. Toplam OİÖ-44 ile DDGÖ-36 toplam puanı ve kabul etmeme, strateji, dürtü alt ölçekleri arasındaki ilişki düzeyi ise ortadan zayıfa geriledi.

Tablo 15: Kontrol grubu için DDGÖ-36 toplam puan ve alt ölçekleri ile OİÖ-44 toplam puanları arasındaki ilişki

DDGÖ-36	OİÖ-44	Cor	p
Toplam Puan	Toplam Puan	0,38	0,00
Farkındalık	Toplam Puan	0,09	0,88
Açıklık	Toplam Puan	0,26	0,03
Kabul Etmeme	Toplam Puan	0,44	0,00
Strateji	Toplam Puan	0,37	0,00
Dürtü	Toplam Puan	0,41	0,00
Amaç	Toplam Puan	0,11	0,28

Ölçeklerin iç tutarlıklarının kendi aralarındaki ilişkilere bakıldığında ise orta ve güçlü düzeyde ilişkilerin varlığı dikkat çekmektedir, bunlar;

Düşüncelerin önemi ve kontrolü alt ölçeği ile DDGÖ-36 kabul alt ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0,587 gelmiş olup, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.01$)

Düşüncelerin önemi ve kontrolü alt ölçeği ile DDGÖ-36 strateji alt ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0,543 gelmiş olup, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.01$)

Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği ile DDGÖ-36 kabul alt ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0,592 gelmiş olup, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.01$)

Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği ile DDGÖ-36 strateji alt ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0,585 gelmiş olup, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.01$)

Abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeği ile DDGÖ-36 dürtü alt ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0,612 gelmiş olup, orta düzeyde pozitif yönlü ilişki tespit edildi, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.01$)

Özetlemek gerekirse alt ölçekler arasındaki ilişkilere bakıldığında düşüncelerin önemi ve kontrolü alt ölçeğinin kabul ve strateji ile abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeğinin ise kabul, strateji ve dürtü ile orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür.

Tablo 16: Tüm gruplarda, toplam puanlar ve alt ölçekler arası korelasyonlara dair matris tablosu

Grup		TOPLAM DDGÖ-36	FARKINDALIK	AÇIKLIK	KABULETMEME	STRATEJİ	DÜRTÜ	AMAC	TOPLAMOİÖ-44	DÜŞÜNCE	SORUMLULUK	MÜKEMMELİYETÇİLİK
Kontrol	TOPLAM DDGÖ-36	1										
	FARKINDALIK	,214	1									
	AÇIKLIK	,717**	,046	1								
	KABUL ETMEME	,878**	,112	,598**	1							
	STRATEJİ	,911**	,116	,541**	,747**	1						
	DÜRTÜ	,823**	-,062	,597**	,688**	,762**	1					
	AMAC	,703**	,162	,349**	,515**	,567**	,435**	1				
	TOPLAM OİÖ-44	,384**	-,092	,261	,445**	,374**	,417**	,114	1			
	DÜŞÜNCE	,460**	-,029	,359**	,454**	,476**	,573**	,037	,834**	1		
	SORUMLULUK	,298*	-,114	,189	,393**	,261	,341*	,096	,933**	,757**	1	
	MÜKEMMELİYETÇİLİK	,265	-,091	,154	,329*	,262	,210	,152	,846**	,473**	,688**	1
Hasta	TOPLAM DDGÖ-36	1										
	FARKINDALIK	,190	1									
	AÇIKLIK	,636**	,134	1								
	KABUL ETMEME	,852**	-,055	,461**	1							
	STRATEJİ	,901**	-,027	,514**	,727**	1						
	DÜRTÜ	,866**	,032	,344*	,741**	,790**	1					
	AMAC	,751**	-,037	,397**	,583**	,668**	,620**	1				
	TOPLAM OİÖ-44	,552**	-,176	,289*	,600**	,565**	,541**	,368**	1			
	DÜŞÜNCE	,514**	-,154	,294*	,587**	,543**	,453**	,301*	,908**	1		
	SORUMLULUK	,581**	-,115	,229	,592**	,585**	,612**	,399**	,943**	,797**	1	
	MÜKEMMELİYETÇİLİK	,444**	-,221	,289*	,499**	,449**	,431**	,316*	,932**	,766**	,813**	1

*: p<0,05 **: p<0,01

Hipotezimiz doğrultusunda OİÖ-44' ü bağımsız ve DDGÖ-36'yı bağımlı değişken olarak kabul ederek regresyon analizi yapıldı. Burada amacımız DDGÖ-36 verisinin OİÖ-44 ölçeği total puanı ve alt ölçeklere göre beta katsayılarını bulmak ilişki varlığından öte etki varlığını araştırmak ve bu etkinin güven aralığı içinde istatistiksel olarak anlamlılığını kontrol etmektir. Aynı zamanda benzer ilişki kontrol grubunda da değerlendirilerek kıyaslama yapılmaya çalışıldı.

Tablo 17: Hasta grubu için OİÖ-44 toplam puanı, düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme, Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ve Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile DDGÖ-36 toplam puanı arasındaki ilişki için ayrı ayrı oluşturulmuş tek değişkenli doğrusal regresyon modelleri

Bağımlı değişken: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı	Tek değişkenli analiz¹ β (Sig.)
Model 1: Obsesif İnanışlar Envanteri-44 toplam puanı	0.28 (p<0.01)
Model 2: Düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme	0.85 (p<0.01)
Model 3: Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi	0.76 (p<0.01)
Model 4: Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	0.59 (p<0.01)

¹ OİÖ-44 (Toplam puan) ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 1), düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 2), Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 3) ve Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 4) arasındaki ilişki için tek değişkenli doğrusal regresyon modellerinin beta katsayıları ve p değerleri

Tablo 17’de OİÖ-44 (Toplam puan) ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 1), düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 2), Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 3) ve Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile DDGÖ-36 toplam puanı (Model 4) arasındaki ilişki için tek değişkenli doğrusal regresyon modellerinin sonuçları gösterilmektedir.

Obsesif İnanışlar Envanteri-44 toplam puanı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 1) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.28$, $p<0.01$). Obsesif İnanışlar Envanteri-44 toplam puanındaki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.28 puan artmaktadır.

Düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 2) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.85$, $p<0.01$). Düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme alt ölçeğindeki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.85 puan artmaktadır.

Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 3) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.76$, $p<0.01$). Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi alt ölçeğindeki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.76 puan artmaktadır.

Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 4) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.59$,

$p<0.01$). Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeğindeki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.59 puan artmaktadır.

Tablo 18: Kontrol grubu için OiÖ-44 toplam puanı, düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme, Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ve Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile DDGÖ-36 toplam puanı arasındaki ilişki için ayrı ayrı oluşturulmuş tek değişkenli doğrusal regresyon modelleri

Bağımlı değişken: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı	Tek değişkenli analiz ¹ β (Sig.)
Model 1: Obsesif İnanışlar Envanteri-44 toplam puanı	0.20 ($p<0.01$)
Model 2: Düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme	0.69 ($p<0.01$)
Model 3: Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi	0.40 ($p=0,02$)
Model 4: Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük	0.32 ($p=0.05$)

Obsesif İnanışlar Envanteri-44 toplam puanı ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 1) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.20$, $p<0.01$). Obsesif İnanışlar Envanteri-44 toplam puanındaki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.20 puan artmaktadır.

Düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 2) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.69$, $p<0.01$). Düşüncelerin kontrolü ve düşüncelere önem verme alt ölçeğindeki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.69 puan artmaktadır.

Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 3) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.40$, $p<0.01$). Abartılmış sorumluluk ve abartılı tehlike beklentisi alt ölçeğindeki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.40 puan artmaktadır.

Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı (Model 4) arasındaki ilişki anlamlıdır ($\beta=0.32$, $p<0.01$). Mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeğindeki 1 puanlık artış ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanı 0.32 puan artmaktadır.

Hasta ve kontrol grubunda yapılan regresyon incelemeleri sonucunda; hasta grubunda ilişkinin yönü doğrultusunda bahsettiğimiz etkinin katsayılar ve p değerleri

göz önüne alındığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda aynı gruplarda beta katsayısı yönünden hasta grubu ile kıyaslandığında değerlerde azalma olduğu görülmektedir.



5.TARTIŞMA

Obsesif inanışlar OKB dışında da birçok anksiyete bozukluğu için çalışılmıştır ve panik bozukluğu ile ilişkisi sınırlı sayıda çalışma ile de olsa gösterilmiştir. Aynı şekilde emosyon regülasyonu ile panik bozukluk ilişkisi gösterilmiş olup, OKB tanılı bireyler özelinde bu ikisi arasındaki ilişki incelenmiştir. Biz tezimizle panik bozuklukta obsesif inanışların emosyon regülasyonu üzerindeki etkisini incelemek ve sosyodemografik değişkenlerin bunlar üzerine etkisi göstermek, devamında ise bu iki değişkenin birbirleriyle ilişkisini göstermek istedik.

5.1.Sosyodemografik Verilerin Tartışılması

Çalışmamızın sosyodemografik verilerine bakıldığında hasta grubunda yer alanların %76,4'ü kadın, %23,6'sı erkekti, %36,4'ü 18-25 yaş aralığında, %43,6'sı 26-40 yaş aralığındaydı. Geçmiş çalışmalara ve derlemelere bakıldığında panik bozukluğun kadınlarda 2-3 kat daha sık saptandığı görülmektedir (162-164). Yine geçmiş çalışmalar göz önüne alındığında başvuru yaşının genellikle 25-40 yaş arası olduğu bilinmektedir bizim çalışmamızda da hastaların neredeyse yarısı bu yaş aralığındadır (165, 166). Bu açıdan değerlendirildiğinde çalışmamızın yaş ve cinsiyet verileri literatür verileri ile uyumlu olarak bulundu.

Hasta grubunun eğitim düzeylerine bakıldığında çalışmamızda üniversite ve üstü eğitim düzeyi oranının %43,6, lise mezunu oranının %23,6, ortaokul mezunu oranının %12,7, ilkokul mezunu oranının %12,7 ve okula hiç gitmeyen oranının ise %7,27 olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde 2003 yılında Örsel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ilkokul mezunu oranı %31,7, ortaokul mezunu oranı %56,7, lise ve üstü eğitim düzeyi oranı %11,7 olarak bulunmuştur (167). Yine Güz ve arkadaşları tarafından Türkiye’de yapılan bir çalışmada PB tanılı bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında üniversite ve üstü eğitim düzeyi oranının %17,6, lise mezunu oranının %35, ortaokul mezunu oranının %17,6, ilkokul mezunu oranının %23,5 olduğu görülmektedir (168). Bizim çalışmamızda üniversite ve üstü eğitim düzeyi oranının literatüre göre daha yüksek oranda olduğu ve ilkokul mezunu düzeyinin daha az olduğu görülmektedir. Bu farkın sebebini çalışmaya gönüllü katılma isteğinin ve tedavi arayışının yüksek eğitim düzeyinde daha fazla olması şeklinde yorumluyoruz.

Çalışmamızda evli ve bekar oranları %47.3 olarak eşit, boşanmış %1,82, eşi vefat eden %3.64 olarak bulunmuştur. Medeni durum açısından bakıldığında PB için evli olmamak bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (164). Ancak literatüre bakıldığında birçok çalışmada bunun aksi veriler de mevcuttur. 2003 yılında Örsel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hasta grubunda evli oranı %73.3, bekar oranı %13.3, ayrı/eşi vefat eden oranı %13.3 olarak bulunmuştur. 2004 yılında Torres ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise PB tanılı hasta grubunda evli oranı %60.4 olarak saptanmıştır (167-169). 2010 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışmada sosyodemografik incelemeye bakıldığında panik bozukluk hastalarında evli oranının %58,4, bekar oranının %32,5, boşanmış oranının %6,5, eşi vefat etmiş olanların oranının ise %2,6 olduğu görülmüştür (170).

Bu ve bunun gibi PB hasta grubu ile ülkemizde yapılan çalışmalarda evli oranlarının genellikle daha yüksek olduğu göz önüne alındığında ve çalışmamızda bu oranların eşit düzeye yakın olduğu görüldüğünden evli olmamanın risk artışı ile ilişkisi çalışmamızda kısmen desteklenmiş görülmektedir (167, 168). Bu durumun evli bireylerde sosyal desteğin daha fazla olması ve sosyal ilişkilerde bozulmanın daha kolay tedavi arayışına yönlendirmesi ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

5.2.Hipoteze Yönelik Verilerin Tartışılması

Bu zamana kadar PB etiyolojisi için geliştirilen birçok açıklama ve modele rağmen halen hastalığın %25'lere varan tedaviye yanıtızlık durumu varlığı hastalığın bilinen etiyolojisinde bazı eksiklikler olabileceğini düşündürmektedir. Bu durumu sıklıkla 2 yıl içerisinde görülen nükslerin varlığı da destekler (171). Mevcut etiyolojik modeller esas olarak nevroitiklik, algılanan kontrol ve anksiyete duyarlılığı gibi bilişsel faktörlere odaklanmaktadır ve tedaviye yanıtızlığı genellikle güvence arayışı ve kaçınma davranışlarına bağlamaktadır (172, 173). Emosyon regülasyonu güçlüğü ve PB ilişkisi birçok çalışma ile literatür tarafından desteklenen bir ilişkidir. İlişkinin etiyolojik açıklamalardaki yeri ve tedavi direnci boyutundaki önemi de vurgulanan konular arasındadır (174).

Çalışmamızda PB hasta grubunun emosyon regülasyonu güçlüğü açısından ölçek sonuçları değerlendirildiğinde DDGÖ-36 ölçeğı toplam puan ve farkındalık hariç tüm alt ölçeklerinde kontrol grubuna kıyasla anlamlı yükseklikler saptanmıştır.

Bu sonuçlar sosyodemografik verilerle ilişkilendirildiğinde istatistiksel anlamlılığı olan tek değişken 18-25 yaş aralığında, toplam puan ve amaç alt ölçeğinde saptanan yükseklik olmuştur. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi diğer değişkenler istatistiksel olarak bir fark oluşturmamıştır. Farkındalık alt ölçeği açısından kontrol grubunda istatistiksel açıdan anlamlı yüksek skor gelmesi ise dikkat çekmektedir.

YAB ve PB tanılı bireylerde emosyon regülasyonunun araştırıldığı çalışmalara bakıldığında aralarındaki ilişki farklı şekillerde gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu olan kişilerin işlevsel olmayan emosyon regülasyon stratejilerini sağlıklı kontrollerden daha fazla kullandıkları bilinmektedir (130). Campbell ve arkadaşları tarafından 2006 yılında 60 kişilik anksiyete ve depresyon karışık hasta grubunun, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, duygularını daha az kabul ettikleri, daha az duygusal netlik yaşadıkları ve daha fazla emosyon regülasyon girişiminde bulundukları saptanmıştır. Çalışmada kullanılan hasta örnekleminin %28.3'ü PB tanılı olup 42 hasta sadece anksiyete bozukluğu tanılıdır (139). 2006 yılında Salters-Pedneault ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışma ile YAB ve emosyon regülasyonu güçlüğü'nün tüm alt grupları ile beraber anlamlı ilişki gösterilmiştir (140). 2005 yılında Mennin ve arkadaşları tarafından 2 farklı yöntemle yapılan çalışmada birinde tarama ile YAB düşünülen hasta grubu, diğerinde ise tedavi arayışında olan YAB tanılı katılımcılar sağlıklı kontrollerle kıyaslanmıştır. YAB katılımcıları, kontrol bireylerine kıyasla daha fazla duygusal yoğunluk, daha az duygusal netlik, daha fazla tepkisellik ve daha zayıf emosyon regülasyonu bildirmiştir. Dikkat çeken bir nokta ise tedavi arayışında olan YAB grubunda kontrol grubu ile farkındalık alt ölçeğinde farklılaşma olmamasıdır (175). Tull ve Reeve'ın 2007'de yaptıkları çalışmada ise panik atak geçirmiş ve tedavi almamış 91 hasta ve daha önce atak geçmişi olmayan 91 sağlıklı kontrol üzerinden emosyon regülasyonu verileri değerlendirilmiştir. Panik atak deneyimi olan olgularda emosyondan kaçma ve emosyonları kabul etmede güçlük daha fazla; emosyonel netlik ise daha düşük bulunmuştur. Yine bu çalışmada farkındalık alt ölçeği için gruplar arası fark olmadığı bildirilmiş ve bu durum alt ölçeğin düşük iç tutarlılığı yanı sıra kavramsal olarak da farkındalık konusunda bir eksikliğin bu hasta grubunda olmayabileceği şeklinde açıklanmıştır (176).

PB ile emosyon regülasyon güçlüğü arasında da anlamlı sonuçlar bulan bazı çalışmalar vardır (141, 142). 2008 yılında, Tull ve arkadaşları eski çalışmalarının devamı niteliğinde bir çalışma yaparak eski çalışmalarına dahil ettikleri tedavi edilmemiş, 91 panik atak geçiren kişi ile bu sefer bedensel duyumlara yönelik korkunun deneyimsel kaçınma, duyguları anlamakta güçlük ve duyguların kabulünde zorlanma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (143). Anksiyete duyarlılığı, PB gelişimi için temel bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (177). Buradan yola çıkarak 2008 yılında Kashdan, Zvolensky ve McLeish anksiyete duyarlılığı yüksek olanlar arasında ve duyguların kabulünün az olduğu durumlarda endişenin arttığını; duygulanımı düzenlemek için daha az kaynak olduğunda endişe ve agorafobik bilişlerin arttığını ve yüksek duygu dışavurumunun varlığında agorafobik bilişlerin arttığını bulmuştur (178).

2004’de Baker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise PB tanılı kişilerde emosyon regülasyon süreçleri ile ilişkili 3 boyutta kontrol grubuna kıyasla belirgin fark tespit edilmiştir. Bunlar; yüksek duyguları kontrol etme çabası, yüksek duygusal farkındalık ve duyguları tanımlamada güçlük alt boyutlarıdır (119). Daha sonra 2006’da Tull ve arkadaşları emosyon regülasyon güçlüklerinin panik atak şiddeti ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir, bu çalışmada özellikle kabul etmede güçlük ve netlik alt ölçekleri anlamlı bulunmuştur (145). Bizim verilerimize bakıldığında PB tanılı bireylerde netlik ve kabul alt ölçeklerinde literatüre uyumlu şekilde yükseklikler saptandığı görülmektedir.

Diğer bir açıklama ise panik atak deneyiminin duygusal netlikle olan ilişkisidir, kişiler yaşadığı durumun duygusal anlamını ve tanımlamasını yapmakta güçlük çektiği için algılanan duyumları bedensel bir patolojiden kaynaklanıyor gibi yorumlama eğilimde olmaktadır (135). PB tanılı bireylerde yapılan başka bir çalışmada duygusal netlik açıklamasını destekleyen aleksitimik özellikler vurgulanmıştır (146). 2020 yılında yapılan bir çalışmada ise PB vakalarında aleksitimik özelliklerin diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (179). Duygusal farkındalık 2004 yılında Baker tarafından açıklandığı şekilde PB tanılı bireylerde daha yüksek olabilir (119, 146). Bu durumlar göz önüne alındığında duyguların varlığına dair farkındalık yüksek ancak tanımlanması ve kabullenmesinde zorluklar yaşandığı şeklinde bir yorum yapılabilir. Psikodinamik

açıklamalarda ortaya atılan sinyal anksiyetesi kişi tarafından anlamlandırılırsa normal bir anksiyete oluşurken anlamlandırılmayan ve bedensel felaketleştirici yorumlara maruz kalan sinyal anksiyetesi panik atağı başlatabilir (180). Bu açıdan duygusal netlikte azalma ve bunla ilişkilendirilebilen aleksitimi PB için özellikle vurgulanırken duygusal tepkilerin farkında olma açısından sağlıklı kontrollere göre daha yüksek skorlar söz konusudur (119, 176). Bu durum emosyonel uyaranlara bedensel uyaranlar gibi artmış bir dikkatin varlığı, ancak farkına varılan emosyonun netleştirilememesi veya kabullenilememesinin panik atağı tetiklediği şeklinde yorumlanabilir (181). İlgi çekici bir şekilde çalışmamızda farkındalık alt ölçeği PB hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla daha düşük gelmiş olup bu açıdan literatürle uyum göstermektedir.

Obsesif inanışlar anksiyete bozukluklarında daha önce incelenmiş kavramlardan biridir ancak PB özelinde çok sınırlı inceleme mevcuttur. Bizim çalışmamızda OİÖ-44 ölçeği verileri incelendiği zaman hasta grubunda toplam puan ve tüm alt ölçekler bazında kontrol grubuna kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı yükseklik tespit edilmiştir. Bu verilerin yaş ve cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde anlamlı fark yaratan bir değişken saptanmamıştır.

OKKÇG tarafından 2001 de yapılan çalışmada anksiyete bozukluğu hastası 12 kişi ile OKB grubu karşılaştırıldığında mükemmeliyetçilik dışında diğer tanımlanan inanışların OKB'ye özgü olduğu düşünülmüştür ancak daha sonra daha büyük çaplı araştırmalar yapılmış ve tehlike algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçilik alanında OKB ve anksiyete grubu eş yükseklikte bulunmuştur (3, 182).

Daha sonraları yapılan başka bir çalışma ile OKB ve anksiyete grubu tüm inançlar için sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş; düşüncelerin kontrolü/düşüncelerin önemi, mükemmeliyetçilik/ belirsizliğe tahammülsüzlük inanç alanları OKB'ye daha özgü, abartılı sorumluk /abartılı tehdit algısı inançları ise benzer düzeylerde bulunmuştur. Bu çalışmada daha sonra süreklilik kaygı ve depresif etkenler çıkartıldığında OKB ve YAB grubu arasında tüm inanç alanlarında anlamlı fark bulunmamıştır (183). Anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılan bilişsel açıklamalarda belirsizliğe tahammülsüzlük temel inceleme

alanlarından biridir (184). Ancak obsesif inanışlarla ilgili yapılan YAB ve OKB karşılaştırmalarında böyle bir fark saptanmamıştır (185). Anksiyete bozukluklarında görülen endişe aslında belirsizliğe tahammülsüzlük ile bilişsel bir baş etme biçimi olabilir ve bu çerçeveden bakıldığında aslında mükemmeliyetçilik inanışı da, bir olayın sonucunun iyi veya kötü kesin olarak bilinmesi gerekliliği ile ilişkilendirilebilir (186).

OKB ve kaygı bozukluğu gruplarının obsesif inanışlar açısından karşılaştırıldığı birçok çalışmada aksine sonuçların olduğu çalışmalar olsa da genel kanı düşüncelere önem verme ve düşüncenin kontrolü alt grubunun OKB'ye daha özgü olduğu diğer alt grupların sağlıklı kontrollere kıyasla kaygı bozukluğu ve OKB grubunda belirgin yüksek olduğu ancak kendi aralarında belirgin farklılık içermediği yönündedir (5, 187, 188). Kaygı bozuklukları ile ilgili üst bilişsel açıklamalarda özellikle bahsi geçen endişenin obsesyonlardan farkı düşüncelerin kontrolü ve önemi obsesif inanışı ile kısmen açıklanabilmektedir. Obsesyonların egodistonik yapısına kıyasla endişenin daha çok bir başa çıkma mekanizması olarak değerlendirilmesi obsesif düşünceye verilen yok etme, kontrol etme ve aşırı önem verme tepkilerinin kaygı bozukluklarında endişeye karşı verilmemesine sebep olmaktadır (189-191).

2017 yılında yapılan bir çalışmada obsesif inanışlar YAB tanılı grup ve sağlıklı grup arasında değerlendirilmiş ve sonuçlar durumluluk-süreklilik kaygı düzeyinin karıştırıcı etkisi ile depresyon düzeyinin karıştırıcı etkisi kontrol edilerek tekrardan değerlendirilmiştir. Bu çalışmada karıştırıcı etkiler düzenlenmeden bakıldığında her üç inanç alanında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmışken karıştırıcı etkenlerin düzenlendiği karşılaştırmalarda sadece mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği anlamlılığını korumuştur (192). 2013'de Konkan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise PB tanılı hastalardan panik agorafobi ölçeği skoru 12 üzeri olanlarda durumluluk kaygı etkeni düzenlendikten sonra OİÖ-44 toplam puan ve alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılığın sürdüğü görülmüştür. Aynı çalışmada süreklilik kaygı karıştırıcı etkeni düzenlendikten sonra düşüncelerin kontrolü/düşüncelerin önemi alt ölçeği anlamlılığını korumuş diğer alt ölçekler ve toplam puan yüksekliğinin istatistiksel anlamlılığını yitirdiği gösterilmiştir. Bu çalışma göz önüne alındığında literatüre göre OKB'ye daha özgü olan düşüncelerin kontrolü ve önemi alt ölçeği, PB için süreklilik

kaygı karıştırıcı etkeni düzenlendikten sonra hala anlamlılığını korumuştur (13). Burdan yola çıkarak PB'nin kaygı bozukluklarından izole bir grup olarak incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın verileri literatürle kıyaslandığında PB özelinde yeterli çalışma olmadığı görülmekte ancak kaygı bozuklukları grubunda yapılan çalışmalar göz önüne alındığında toplam puan ve tüm alt ölçek puanlarında sağlıklı kontrollere göre yüksek saptanan sonuçlar literatürle uyumlu görünmektedir. Çalışmamızda karşılaştırma grubu olarak sağlıklı kontroller alındığından alt ölçekler arasında da farklılık saptanmamıştır. DSM-5'te agorafobi kavramının PB başlığından ayrılması nedeni ile çalışmamızda panik agorafobi ölçeği kullanılmamıştır ancak literatürde bu ölçeğin birçok çalışmada kullanıldığı görülmektedir.

Son olarak hipotezimiz doğrultusunda elde ettiğimiz verileri gözden geçirecek olursak çalışmamız, PB grubu açısından bu ilişkinin daha önce incelenmemiş olması yönünden literatürde yeni bir araştırma alanı oluşturmaktadır. Bu konuda PB özelinde çalışma bulunmamakla beraber OKB özelinde sınırlı miktarda çalışma bulunmaktadır. Obsesif inanışlar yerine boyutsal obsesyon ve kompulsiyon ölçeğinin kullanıldığı ve emosyon regülasyonu ile ilişkilendirildiği çalışmalar ön planda değerlendirilmiştir. Boyutsal semptomatoloji değerlendirmelerinde obsesif inanışlara da vurgu yapılmaktadır (193).

OKB bağlamında yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığında emosyon regülasyon gücü ve obsesif inanışlar arasında bir ilişki olduğunu öngörerek bu bağlantıyı PB örneğinde gözden geçirdiğimizde öncelikle PB grubunda OİÖ-44 ölçeği toplam puanı ve tüm alt gruplarında, DDGÖ-36 ölçeği toplam puanı ile orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon olduğu görülmektedir. DDGÖ-36 açıklık ve farkındalık alt ölçeği hariç diğer tüm ölçeklerde de OİÖ-44 ölçeği toplam puanı arasında zayıf-orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Bu veriler literatür ile kıyaslandığında ilişkinin varlığını desteklemektedir. Ayrıca ilişkinin yönü ve fonksiyonel açıklaması için yapılan regresyon incelemesinde duygu düzenleme gücü bağımlı değişkeni üzerinde obsesif inanış toplam değerinin ve tüm alt gruplarının düzeylerinin etkisi gösterilmiştir.

Ayrıca bu ilişkinin sağlıklı kontroller açısından varlığını kontrol ettiğimizde orta düzeyde ilişki gördüğümüz DDGÖ-36 toplam puanı ile OİÖ-44 toplam puanı ve düşüncelerin önemi ve kontrolü alt ölçeği arasındaki ilişki düzeyi zayıfa gerilemiştir. Yine orta düzeyde ilişki saptadığımız DDGÖ-36 toplam puanı ile aşırı sorumluluk ve tehlike beklentisi alt ölçeği ve mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği arasındaki ilişki anlamlılığını yitirmiştir. DDGÖ-36 amaç alt ölçeği ve toplam OİÖ-44 puanı arasındaki ilişki ise hasta grubunda zayıf düzeyde ilişkiliyken kontrol grubunda ilişkisi olmadığı görülmüştür. Bu açıdan değerlendirildiğinde PB doğasında bu ilişkiyi kuvvetlendiren olası etyopatogenetik bir etkenin varlığı düşünülebilir.

2018 yılında Berman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada OKB hasta grubunda emosyon regülasyon güçlükleri ve obsesif kompulsif özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın bulguları gözden geçirildiğinde depresyon karıştırıcı etkeni düzenlendikten sonra yüksek düzey obsesif inanışları olan hastalar, DDGÖ-36 kabul, strateji ve amaç alt gruplarında daha yüksek puanlar almıştır bunun yanı sıra mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük alt grubunun daha çok emosyon regülasyon güçlüğü alt ölçeği ile ilişkili olduğu düşüncenin kontrolü ve önemi alt grubunun ise özellikle strateji alt grubu ile ilişkisine değinilmiştir (194). Çalışma verilerimize bakıldığında bu çalışmadan farklı olarak abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeğinin diğer alt ölçeklere kıyasla daha çok emosyon regülasyonu güçlüğü alt ölçeğini daha yüksek düzeyde etkilediği görülmektedir. Bu etkilerden özellikle abartılmış sorumluluk ve tehlike algısı alt ölçeğinin, yoğun duygulanım altında dürtülerine hakim olma zorluğu ile ilişkisi daha belirgin olarak saptanmıştır.

OKB bağlamında birçok çalışma boyutsal olarak değerlendirilen OKB semptomları ve obsesif inanışlar ile emosyon regülasyon güçlükleri arasında pozitif bir korelasyon varlığını savunmaktadır. Fergus ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada dürtü ve netlik alt ölçekleri OKB semptomatolojisinin obsesif inanış dahil her boyutu ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. De la Cruz ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada ise OKB semptomatolojisi, dürtü, strateji ve netlik alt boyutları ile belirgin ilişkili gelmiştir (195, 196). Yine 90 OKB tanılı yatan hasta örnekleminde yapılan çalışmada duygu düzenleme güçlükleri ile obsesif inanışlar

arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ayrıca duygu düzenleme güçlüklerinin OKB semptom şiddetlerini öngörebileceği hiyerarşik regresyon analizi ile gösterilmiştir (11). Vatan ve arkadaşları tarafından yapılan OKB tanılı grup ve klinik olmayan örneklemin karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grubun açıklık ve farkındalık alt ölçekleri açısından farklılaşmadığını ve OKB klinik örnekleminin kontrol grubuna kıyasla kabul, amaç, dürtü ve strateji alanlarında daha çok zorlandığı bildirilmiştir (197). OKB için ortaya atılan bir teori ise olumsuz duyguları azaltma ve bunları kabullenmede yaşanan zorlanmanın belirsizliğe tahammülsüzlük inancı ile ilişkili olabileceği yönündedir (198).

2017 yılında Yap ve arkadaşları tarafından OKB özelinde yapılan 2 aşamalı bir çalışmada önce emosyon regülasyonu güçlüğü toplum örnekleminde obsesif kompulsif semptomatoloji ile karşılaştırılmış daha sonra OKB klinik örnekleminde bu ilişki tekrarlanmıştır. İlk çalışmada karıştırıcı etkenler düzenlendikten sonra OKB semptomatolojisi ile DDGÖ-36 kabul etmeme ve amaç alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki varlığını korumuştur. İkinci çalışmada klinik örnekleminde OKB semptomatoloji şiddeti ile emosyon regülasyon güçlükleri arasında korelasyon bulunamamıştır ve örneklem küçüklüğüne bağlanmıştır. Daha sonra bu OKB grubu ile sağlıklı kontrol arasında karıştırıcı etkenler çıkartıldıktan sonra yapılan incelemede ise kabul etmeme, amaç, strateji ve dürtü alt ölçekleri OKB grubunda anlamlı yüksek gelmiştir (199). OKB için güçlü kontrol arzusu, belirsizliğe tahammülsüzlük birçok bilişsel modelde açıklanmıştır(200, 201). Bu bilgiler ışığında güçlü kontrol arzusu ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün, olumsuz duyguları bastırma ve buna bağlı gelişen olumsuz değerlendirmeleri azaltma ihtiyacına yol açarak duygu düzenleme güçlüklerine neden olmasını teorik olarak açıklamaya yardımcı olabilir.

Sonuç olarak çalışmamızda varlığını gösterdiğimiz PB hasta grubunda obsesif inanışlar ile emosyon regülasyonu arasındaki ilişkinin literatürde tam bir karşılığı olmasa da OKB ve sağlıklı kontroller üstünde yapılan çalışmalardan yola çıkarak literatürle uyumlu olduğunu söyleyebiliriz. OİÖ-44 toplam puanı ile DDGÖ-36 alt ölçekleri arasında yapılan korelasyon incelemesinde, OİÖ-44 toplam puanı ile açıklık ve farkındalık alt ölçekleri için korelasyonun yokluğu, kabul etmeme, amaç, strateji ve dürtü alt ölçekleri için ise zayıf – orta derecede korelasyonun varlığı hem Yap ve

arkadaşlarının hem de Vatan ve arkadaşlarının OKB grubuna özgü yaptığı değerlendirmenin sonuçları ile benzerlik göstermektedir(199).



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın tasarımını, panik bozukluk etyolojisi ile ilgili bilinen açıklamaların bilişsel yönlerinin daha baskın olduğu düşüncesi ve duygu boyutunda açıklamaların eksikliğinden yola çıkarak bu iki boyutun birbiri ile etkileşimini de merak ederek, bu alanda bağımsız olarak var olan verilerin arasında bir ilişkiyi analiz etme gayesi ile oluşturduk. Obsesif inanışlar ve alt boyutlarında görülen bazı kavramlar zaten anksiyete bozuklukları ile ilgili bilişsel açıklamalardan bildiğimiz kavramlar olmakla beraber literatüre ve çalışma bulgularımıza baktığımız zaman bulgular bu ilişkiyi desteklenmektedir.

Yine emosyon regülasyonu anksiyete bozuklukları ve diğer birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilen bir kavramdır. Emosyon regülasyonu stratejileri daha önce tanımlanmış daha sonra ise emosyon regülasyonu güçlükleri 6 alt grupta tanımlanarak bununla alakalı bir ölçek düzenlenmiştir. Emosyon regülasyonu güçlüğü açısından bakıldığında PB hastalarında bu sürece obsesif inanışların etkisini ve bu ilişkinin sağlıklı kontrollerde de incelenerek iki grup arasındaki farkların görülmesini amaçladığımız çalışmamızda daha önce OKB özelinde gösterilen ilişki bizim çalışmamızda da görülmüştür. Diğer çalışmalardan farklı olarak hasta ve kontrol grubunda incelenerek ilişkinin PB'ye özgülüğü de gözden geçirilmiştir.

Çalışmamızın eksiklikleri olarak gördüğümüz durum öncelikle PB hastaları arasında hastalık şiddetine veya semptomaya dayalı bir ayrıma gidilmemiş olmasıdır. Özbildirim ölçekleri ile düzenlenen bir çalışma olduğundan ve gönüllük esasına göre katılımcı alındığından literatürden farklı olarak hasta ve kontrol grubunun eğitim seviyesi normalden daha yüksek olarak incelenmiştir. Benzer çalışmanın belki de daha heterojen bir grupta hastaların şiddet veya semptomlara göre ayrıştırılmış halde düzenlenmesi gelecek çalışmalar için önerilebilir. Bir diğer eksiklik ise durumluluk – süreklilik kaygı etkenin ve depresif etkenlerin düzenlenerek verilerin tekrar gözden geçirilmemiş olması olabilir. Bunun dışında bazı çalışmalarda vurgulanan obsesif inanışlar ve emosyon regülasyonu güçlüklerinin tedaviye dirençle ilişkisinin değerlendirilmesi konusudur. Belki yine benzer bir çalışma tedaviye dirençli grupta çalışılarak mevcut ilişkinin direnç durumuna etkisinin incelenmesi önerilebilir. Burdan yola çıkılarak özellikle terapi süreçlerinde bu konularda yeni müdahaleler ve

teknikler geliştirilerek terapiye olan cevap oranlarının arttırılması belki de nükslerin önüne geçilmesi mümkün olabilir.



7. EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

1. Cinsiyetiniz?

Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız?

18-25 () 26- 40 () 41-55 () 55-65 ()

3. Medeni Durumunuz?

Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()

4.Eğitim Düzeyi?

Okula gitmedim () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üstü ()

5.Çocuğunuz varsa kaç çocuk sahibisiniz ?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 den fazla

6. Kiminle Yaşıyorsunuz ?

Anne / Babamla Birlikte () Eşim / Çocuklarımla Birlikte ()

Romantik Partnerimle Birlikte () Ev / Oda Arkadaşımınla Birlikte ()

Yurt / Evde Tek Başına ()

7. Aylık Gelirinizi Nasıl Değerlendiriyorsunuz ?

İyi () Orta () Kötü ()

8. Çalışıyor Musunuz?

Evet () Hayır ()

9. Herhangi Bir Psikolojik Rahatsızlığınız Var Mı?

Evet () (Belirtiniz) Hayır ()

10. Bedensel bir rahatsızlığınız var mı ?

Evet () (Belirtiniz) Hayır ()

11. Herhangi Bir İlaç Kullanıyor Musunuz ?

Evet () (Belirtiniz) Hayır ()

12. Nerede Doğdunuz?

Köy () Kasaba () Şehir () Büyükşehir ()

Ek-2: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

	Hiç 1 (%0- %10)	Bazen 2 (%11- %35)	Yarı yarıya 3 (%36- %65)	Çoğu Zaman 4 (%66- %90)	Her Zaman 5 (%91- %100)
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissettiğimi önemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun zaman böyle kalacağımı düşünürüm.					
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanıyorum.					
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					

	Hiç 1 (%0- %10)	Bazen 2 (%11- %35)	Yarı yariya 3 (%36- %65)	Çoğu Zaman 4 (%66- %90)	Her Zaman 5 (%91- %100)
19. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıktığım duygusunu yaşıyorum.					
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.					
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf birisi olduğum duygusuna kapılırım.					
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.					
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.					
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.					
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili çok fazla endişelenmeye başlarım.					
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.					
32. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
34. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıktığım duygusunu yaşıyorum.					
35. Kendimi kötü hissettiğimde uzun zaman böyle kalacağımı düşünürüm.					
36. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					

Ek-3: Obsesif İnanışlar Envanteri-44 (OİE-44)

Derecelendirme için aşağıdaki ölçeği kullanınız:

1	2	3	4	5	6	
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamıyla katılıyorum

1. Sıklıkla çevremdeki şeylerin tehlikeli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
2. Bir şeyden tamamıyla emin değilsem, kesin hata yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
3. Benim standartlarıma göre, her şey mükemmel olmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
4. Değerli biri olmam için yaptığım her şeyde mükemmel olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Herhangi bir fırsat bulduğumda, olumsuz şeylerin gerçekleşmesini önlemek için harekete geçmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
6. Zarar verme/görme olasılığı çok az olsa bile, ne yapıp edip onu engellemeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
7. Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir tehlikeyi önceden görmeme karşın bir harekette bulunmazsam, herhangi bir sonuç için suçlanacak kişi konumuna ben düşerim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Bir şeyi mükemmel biçimde yapamayacaksam hiç yapmamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
10. Her zaman sahip olduğum tüm potansiyelimi kullanmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
11. Benim için, bir durumla ilgili tüm olası sonuçları düşünmek çok önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. En ufak hatalar bile, bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sevdiğim insanlarla ilgili saldırgan düşüncelerim veya dürtülerim varsa, bu gizlice onları incitmeyi istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
14. Kararlarımdan emin olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Her türlü günlük aktivitede, zarar vermeyi engellemede başarısız olmak kasten zarar vermek kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
16. Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Benim için, zararı önlememek zarar vermek kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7

18. Bir hata yaparsam üzüntülü olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
19. Diğerlerinin, kararlarım veya davranışlarımdan doğan herhangi bir olumsuz sonuçtan korunduğundan emin olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
20. Benim için, her şey mükemmel olmazsa işler yolunda sayılmaz.	1	2	3	4	5	6	7
21. Müstehcen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
22. . İlave önlemler almazsam, ciddi bir felaket yaşama veya felakete neden olma ihtimalim, diğer insanlara kıyasla daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7
23. Kendimi güvende hissetmek için, yanlış gidebilecek herhangi bir şeye karşı olabildiğince hazırlıklı olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tuhaf veya iğrenç düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
25. Benim için, bir hata yapmak tamamen başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26. En önemsiz konularda bile 143er şey açık ve net olmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
27. Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, kutsal şeylere karşı saygısız davranmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
28. Zihnimdeki tüm istenmeyen düşüncelerden kurtulabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Diğer insanlara kıyasla, kendime veya başkalarına kazara zarar vermem daha muhtemeldir.	1	2	3	4	5	6	7
30. Kötü düşüncelere sahip olmak tuhaf veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
32. İstenmeyen bir cinsel düşünce veya görüntünün aklıma gelmesi onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33. Davranışlarımdan olası bir aksilik üzerinde en küçük bir etkisi varsa sonuçtan ben sorumluyum demektir.	1	2	3	4	5	6	7
34. Dikkatli olsam da kötü şeylerin olabileceğini sıklıkla düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
35. İstenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36. Dikkatli olmadığım takdirde zarar verici hadiseler yaşanabilir.	1	2	3	4	5	6	7
37. Bir şey tam anlamıyla doğru yapıncaya kadar üzerinde çalışmaya devam etmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
38. Şiddet içerikli düşüncelere sahip olmak, kontrolü kaybedeceğim ve şiddet göstereceğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
39. Benim için bir felaketi önlemekte başarısız olmak ona sebep olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
40. Bir işi mükemmel biçimde yapmazsam insanlar bana saygı duymaz.	1	2	3	4	5	6	7
41. Yaşamımdaki sıradan deneyimler bile tehlike doludur.	1	2	3	4	5	6	7
42. Kötü bir düşünceye sahip olmak, ahlaki açıdan kötü bir şekilde davranmaktan çok da farklı değildir.	1	2	3	4	5	6	7
43. Ne yaparsam yapayım, yaptığım iş yeterince iyi olmayacaktır	1	2	3	4	5	6	7
44. Düşüncelerimi kontrol edemezsem cezalandırılırım.	1	2	3	4	5	6	7

8. KAYNAKLAR

1. Kaplan R, Sadock, BJ. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A, Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi;2009.
2. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Behav Res Ther. 1997;35(7):667-81.
3. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behav Res Ther. 2001;39(8):987-1006.
4. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. Personality and Individual Differences. 1993;14(1):119-26.
5. Tolin D, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. Behaviour research and therapy. 2006;44:469-80.
6. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):217-37.
7. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(9):1251-63.
8. Gratz K, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004;26:41-54.
9. Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. Behav Ther. 2007;38(3):303-13.
10. Baker R, Holloway J, Thomas PW, Thomas S, Owens M. Emotional processing and panic. Behav Res Ther. 2004;42(11):1271-87.
11. Eichholz A, Schwartz C, Meule A, Heese J, Neumüller J, Voderholzer U. Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Psychother. 2020;27(5):630-9.
12. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2014;3:243-8.
13. Konkan R, Aydın E, Guclu O, Senormancı O, Sungur M, Prof B, et al. Obsessive Beliefs in Panic Disorder Patients. Archives of Neuropsychiatry. 2013.
14. Mellman TA, Uhde TW. Obsessive-compulsive symptoms in panic disorder. Am J Psychiatry. 1987;144(12):1573-6.

15. Strauss AY, Kivity Y, Huppert JD. Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Behav Ther.* 2019;50(3):659-71.
16. Benjamin J. Sadock. Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (2015).
17. Tükel R, Alkın, T. Anksiyete Bozuklukları, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları 2006.
18. Angst J. Panic disorder: history and epidemiology. *Eur Psychiatry.* 1998;13(2):51-56.
19. Aronson TA, Logue CM. Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients' self-reports. *J Clin Psychiatry.* 1988;49(1):8-13.
20. Güleç C, Köroğlu, E.,. Temel Psikiyatri Kitabı, 1.Cilt. Ankara 1997.
21. Weissman M. Diagnosis and epidemiology of panic disorder. Symposium: New Approaches in Anxiety. States: Panic and Phobic Disorder. 17. European Congress of Psychiatry, Association of Psychiatrists, Copenhagen 1994.
22. Özer Ş. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. In: Tükel R, Alkın, T., editor. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2006.
23. Klein DF. Delineation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes. *Psychopharmacologia.* 1964;5:397-408.
24. Spitzer R, Endicott, J., Robins, E. ve ark. Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders, 2. baskı. New York: New York State Psychiatric Institute. 1975.
25. Amerikan Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington, DC, 1980.
26. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Ankara Hekimler Yayın Birliği. 1994.
27. Öztürk O, Uluğ, B. Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
28. APA. Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5). Nöropsikiyatri. 2013.
29. Işık E. Panik Bozukluk: Nevrozlar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 1996.
30. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(4):305-9.

31. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(1):8-19.
32. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry. 1994;151(3):413-20.
33. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. American Journal of Psychiatry. 1993;150(2):246-249.
34. Baykız AF, Doğan İ, Çınar C, Gülsün M. Organik Etiyolojiye Bağlı Panik Bozukluğu: Olgu Sunumu. 18, 157-163 (2005).
35. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. "Ankara: Hekimler Yayın Birliği"nden ; 2015:264.
36. Sartorius N, Ustün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(10):819-24.
37. Eaton W. Panic and Panic Disorder in the United States. Am J Psychiatry 1994;8.
38. Burke KC. Age at Onset of Selected Mental Disorders in Five Community Populations. Arch Gen Psychiatry 1990;47:511.
39. Doerfler LA, Connor, DF, Volungis, AM, Toscano PFJ. Panic disorder in clinically referred children and adolescents. Child psychiatry and human development. 2007;38(1):57-71.
40. Monkul S, Onur, E., Alkin, T. Panik Bozukluğunun Patogenezi. Tükel R, Alkın T (ed.) Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği; 2006. p.99-125.
41. TOPÇUOĞLU V, KARABEKİROĞLU A, YAZGAN Ç. Panik bozukluğu provokasyon çalışmaları ve provokasyon ajanlarının farklılıkları. Anadolu psikiyatri dergisi. 2005;6(3):197-205.
42. Nash JR, Sargent PA, Rabiner EA, Hood SD, Argyropoulos SV, Potokar JP, et al. Serotonin 5-HT1A receptor binding in people with panic disorder: positron emission tomography study. Br J Psychiatry. 2008;193(3):229-34.
43. Neumeister A, Bain E, Nugent AC, Carson RE, Bonne O, Luckenbaugh DA, et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. J Neurosci. 2004;24(3):589-91.
44. Liddell BJ, Brown KJ, Kemp AH, Barton MJ, Das P, Peduto A, et al. A direct brainstem-amygdala-cortical 'alarm' system for subliminal signals of fear. Neuroimage. 2005;24(1):235-43.
45. Ninan PT. The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 22:12-7.

46. Redmond DE, Jr., Huang YH. Current concepts. II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. *Life Sci.* 1979;25(26):2149-62.
47. Vasa RA, Pine DS, Masten CL, Vythilingam M, Collin C, Charney DS, et al. Effects of yohimbine and hydrocortisone on panic symptoms, autonomic responses, and attention to threat in healthy adults. *Psychopharmacology (Berl)*. 2009;204(3):445-55.
48. Butler J, O'Halloran A, Leonard BE. The Galway Study of Panic Disorder. II: Changes in some peripheral markers of noradrenergic and serotonergic function in DSM III-R panic disorder. *J Affect Disord.* 1992;26(2):89-99.
49. Graeff FG. Serotonin, the periaqueductal gray and panic. *Neurosci Biobehav Rev.* 2004;28(3):239-59.
50. Serap, E. Panik Bozukluğunda Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(Ek 4):3-13.
51. YÜKSEL N. Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *J Clin Psy.* 2002;5(70):14-21.
52. Pande AC, Pollack MH, Crockatt J, Greiner M, Chouinard G, Lydiard RB, et al. Placebo-controlled study of gabapentin treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2000;20(4):467-71.
53. Johnson PL, Shekhar A. Panic-prone state induced in rats with GABA dysfunction in the dorsomedial hypothalamus is mediated by NMDA receptors. *J Neurosci.* 2006;26(26):7093-104.
54. Mathew SJ, Coplan JD, Schoepp DD, Smith EL, Rosenblum LA, Gorman JM. Glutamate-hypothalamic-pituitary-adrenal axis interactions: implications for mood and anxiety disorders. *CNS Spectr.* 2001;6(7):555-6, 61-4.
55. Riaza Bermudo-Soriano C, Perez-Rodriguez MM, Vaquero-Lorenzo C, Baca-Garcia E. New perspectives in glutamate and anxiety. *Pharmacol Biochem Behav.* 2012;100(4):752-74.
56. Long Z, Medlock C, Dziedzic M, Shin YW, Goddard AW, Dydak U. Decreased GABA levels in anterior cingulate cortex/medial prefrontal cortex in panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2013;44:131-5.
57. Bowers ME, Choi DC, Ressler KJ. Neuropeptide regulation of fear and anxiety: Implications of cholecystinin, endogenous opioids, and neuropeptide Y. *Physiol Behav.* 2012;107(5):699-710.
58. de Montigny C. Cholecystinin tetrapeptide induces panic-like attacks in healthy volunteers. Preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(6):511-7.
59. Bradwejn J, Koszycki D, Shriqui C. Enhanced sensitivity to cholecystinin tetrapeptide in panic disorder. Clinical and behavioral findings. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(7):603-10.
60. Wang H, Wong PT, Spiess J, Zhu YZ. Cholecystinin-2 (CCK2) receptor-mediated anxiety-like behaviors in rats. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29(8):1361-73.
61. Erdoğan S. Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik psikiyatri.* 2007;10(4):3-13.

62. Nardi AE, Lopes FL, Valenca AM, Freire RC, Veras AB, de-Melo-Neto VL, et al. Caffeine challenge test in panic disorder and depression with panic attacks. *Compr Psychiatry*. 2007;48(3):257-63.
63. Herrmann-Lingen C, Binder L, Klinge M, Sander J, Schenker W, Beyermann B, et al. High plasma levels of N-terminal pro-atrial natriuretic peptide associated with low anxiety in severe heart failure. *Psychosom Med*. 2003;65(4):517-22.
64. Foley P, Kirschbaum C. Human hypothalamus-pituitary-adrenal axis responses to acute psychosocial stress in laboratory settings. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010;35(1):91-6.
65. Klein DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(4):306-17.
66. Graeff FG, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guimaraes FS. Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *An Acad Bras Cienc*. 2005;77(3):477-91.
67. Abelson JL, Curtis GC, Uhde TW. Twenty-four hour growth hormone secretion in patients with panic disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(1):72-9.
68. Tükel R, Kora K, Hekim N, Oguz H, Alagol F. Thyrotropin stimulating hormone response to thyrotropin releasing hormone in patients with panic disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 1999;24(2):155-60.
69. Kikuchi M, Komuro R, Oka H, Kidani T, Hanaoka A, Koshino Y. Relationship between anxiety and thyroid function in patients with panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(1):77-81.
70. Schumacher J, Kristensen AS, Wendland JR, Nothen MM, Mors O, McMahon FJ. The genetics of panic disorder. *J Med Genet*. 2011;48(6):361-8.
71. Goldstein RB, Wickramaratne PJ, Horwath E, Weissman MM. Familial aggregation and phenomenology of 'early'-onset (at or before age 20 years) panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(3):271-8.
72. Fyer AJ, Hamilton SP, Durner M, Haghighi F, Heiman GA, Costa R, et al. A third-pass genome scan in panic disorder: evidence for multiple susceptibility loci. *Biol Psychiatry*. 2006;60(4):388-401.
73. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(2):182-9.
74. Weissman MM, Fyer AJ, Haghighi F, Heiman G, Deng Z, Hen R, et al. Potential panic disorder syndrome: clinical and genetic linkage evidence. *Am J Med Genet*. 2000;96(1):24-35.
75. Logue MW, Bauver SR, Knowles JA, Gameroff MJ, Weissman MM, Crowe RR, et al. Multivariate analysis of anxiety disorders yields further evidence of linkage to

- chromosomes 4q21 and 7p in panic disorder families. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2012;159B(3):274-80.
76. Na HR, Kang EH, Lee JH, Yu BH. The genetic basis of panic disorder. *J Korean Med Sci.* 2011;26(6):701-10.
 77. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry.* 2000;157(4):493-505.
 78. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):623-37.
 79. Mezzasalma MA, Valenca AM, Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Nardi AE. [Neuroanatomy of panic disorder]. *Braz J Psychiatry.* 2004;26(3):202-6.
 80. Knott VJ, Bakish D, Barkley J. Brainstem evoked potentials in panic disorder. *J Psychiatry Neurosci.* 1994;19(4):301-6.
 81. Fischer H, Andersson JL, Furmark T, Fredrikson M. Brain correlates of an unexpected panic attack: a human positron emission tomographic study. *Neurosci Lett.* 1998;251(2):137-40.
 82. Pillay SS, Gruber SA, Rogowska J, Simpson N, Yurgelun-Todd DA. fMRI of fearful facial affect recognition in panic disorder: the cingulate gyrus-amygdala connection. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):173-81.
 83. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası.* İstanbul: Hür -Yayın.; 1981.
 84. Freud S. Inhibitions, symptoms, and anxiety (1926), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* Strachey J, editor. London: Hogarth Press; 1959. 77-174 p.
 85. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry.* 1993;150(6):859-66.
 86. Busch F, Milrod B. Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy–Extended Range. *Psychoanalytic Inquiry.* 2013;33.
 87. Stoeri JH. Psychoanalytic psychotherapy with panic states: A case presentation. *Psychoanalytic Psychology.* 1987;4:101-13.
 88. de Ruiter C, Cohen L. Personality in panic disorder with agoraphobia: A Rorschach study. *Journal of Personality Assessment.* 1992;59:304-16.
 89. Busch FN, Milrod BL, Singer MB. Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *J Psychother Pract Res.* 1999;8(3):234-42.
 90. Chambless DL, Milrod B, Porter E, Gallop R, McCarthy KS, Graf E, et al. Prediction and moderation of improvement in cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85(8):803-13.
 91. Van den Hout MA, Griez E. Cognitive factors in carbon dioxide therapy. *Journal of Psychosomatic Research.* 1982;26:209-14.

92. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986;24(4):461-70.
93. Casey LM, Oei TP, Newcombe PA. An integrated cognitive model of panic disorder: the role of positive and negative cognitions. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(5):529-55.
94. Bandura A. Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*. 1988;1:77-98.
95. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY, US: Basic Books/Hachette Book Group; 2005. xxxvi, 343-xxxvi, p.
96. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry*. 2002;52(10):938-46.
97. Carleton RN, Duranceau S, Freeston MH, Boelen PA, McCabe RE, Antony MM. "But it might be a heart attack": intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *J Anxiety Disord*. 2014;28(5):463-70.
98. Iketani T, Kiriiike N, Stein MB, Nagao K, Nagata T, Minamikawa N, et al. Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(3):171-8.
99. Foa EB, Amir N, Bogert KVA, Molnar C, Przeworski A. Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2001;15:259-75.
100. Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Thought-action fusion across anxiety disorder diagnoses: specificity and treatment effects. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(5):407-13.
101. Weems CF, Berman SL, Silverman WK, Saavedra LM. Cognitive Errors in Youth with Anxiety Disorders: The Linkages Between Negative Cognitive Errors and Anxious Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 2001;25:559-75.
102. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry*. 1962;119:432-8.
103. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2005;19(6):567-96.
104. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Zohar J, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):248-312.
105. Pikelov A. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160:1531-2.

106. Katschnig H, Amering M. The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18(6 Suppl 2):6s-11s.
107. Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, et al. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry*. 2002;17(7):394-8.
108. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*. 2005;88(1):27-45.
109. Heldt E, Blaya C, Isolan L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW, et al. Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom*. 2006;75(3):183-6.
110. Marchand A, Roberge P, Primiano S, Germain V. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1139-47.
111. Schmidt NB, Wollaway-Bickel K, Trakowski JH, Santiago HT, Vasey M. Antidepressant discontinuation in the context of cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Behav Res Ther*. 2002;40(1):67-73.
112. Otto M, Smits J, Reese H. Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for Mood and Anxiety Disorders in Adults: Review and Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006;12:72-86.
113. Whittall ML, Otto MW, Hong JJ. Cognitive-behavior therapy for discontinuation of SSRI treatment of panic disorder: a case series. *Behav Res Ther*. 2001;39(8):939-45.
114. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2012;29(5):409-16.
115. Bouchard S, Gauthier J, Laberge B, French D, Pelletier MH, Godbout C. Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther*. 1996;34(3):213-24.
116. Arntz A. Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behav Res Ther*. 2002;40(3):325-41.
117. Ball TM, Ramsawh HJ, Campbell-Sills L, Paulus MP, Stein MB. Prefrontal dysfunction during emotion regulation in generalized anxiety and panic disorders. *Psychol Med*. 2013;43(7):1475-86.
118. Breuninger C, Sláma DM, Krämer M, Schmitz J, Tuschen-Caffier B. Psychophysiological reactivity, interoception and emotion regulation in patients with agoraphobia during virtual reality anxiety induction. *Cognitive Therapy and Research*. 2017;41:193-205.
119. Baker R, Holloway J, Thomas PW, Thomas S, Owens M. Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*. 2004;42:1271-87.

120. Goldin PR, Lee I, Ziv M, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2014;56:7-15.
121. Grube GMA, Reeve CDC. Republic: Hackett Publishing Company, Incorporated; 1992.
122. Campos JJ, Campos RG, Barrett KC. Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology.* 1989;25:394-402.
123. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion.* 2020;20(1):1-9.
124. Nozaki Y, Mikolajczak M. Extrinsic emotion regulation. *American Psychological Association;* 2020. p. 10-5.
125. Goldenberg A, Halperin E, van Zomeren M, Gross JJ. The process model of group-based emotion: Integrating intergroup emotion and emotion regulation perspectives. *Personality and Social Psychology Review.* 2016;20:118-41.
126. Koole SL. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion.* 2009;23(1):4-41.
127. Gross JJ, Thompson R. Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of Emotion Regulation.* 2007:33-50.
128. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion.* 2020;20:1-9.
129. Aldao A. The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspect Psychol Sci.* 2013;8(2):155-72.
130. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2008;22(2):211-21.
131. Webb TL, Lindquist KA, Jones K, Avishai A, Sheeran P. Situation selection is a particularly effective emotion regulation strategy for people who need help regulating their emotions. *Cogn Emot.* 2018;32(2):231-48.
132. Ochsner KN, Silvers JA, Buhle JT. Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Ann N Y Acad Sci.* 2012;1251:E1-24.
133. Kross E, Ayduk O. Facilitating adaptive emotional analysis: distinguishing distanced-analysis of depressive experiences from immersed-analysis and distraction. *Pers Soc Psychol Bull.* 2008;34(7):924-38.
134. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1-25.

135. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26:41-54.
136. Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion, (1997).
137. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol*. 1997;106(1):95-103.
138. Kring A, Werner K, Philippot P, Feldman R. The regulation of emotion. Laurence Erlbaum. 2004:359-85.
139. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther*. 2006;44(9):1251-63.
140. Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of Broad Deficits in Emotion Regulation Associated with Chronic Worry and Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30(4):469-80.
141. Galang JN, Babson KA, Boden MT, Bonn-Miller MO. Difficulties in emotion regulation are associated with panic symptom severity following a quit attempt among cannabis dependent veterans. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*. 2015;28:192-204.
142. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *J Psychopathol Behav Assess*. 2010;32(1):68-82.
143. Tull MT, Rodman SA, Roemer L. An examination of the fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *J Anxiety Disord*. 2008;22(4):750-60.
144. Fear of fear and the anxiety disorders [press release]. Germany: Springer1989.
145. Tull MT. Extending an Anxiety Sensitivity Model of Uncued Panic Attack Frequency and Symptom Severity: The Role of Emotion Dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30:177-84.
146. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *Am J Psychiatry*. 1993;150(7):1105-7.
147. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1978;16:233-48.
148. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depress Anxiety*. 2006;23(2):51-61.

149. Ferrari JR. Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior & Personality*. 1995;10:143-56.
150. Flett G, Hewitt P. The Cognitive and Treatment Aspects of Perfectionism: Introduction to the Special Issue. *Journal of Rational-emotive & Cognitive-behavior Therapy*. 2004;22:229-36.
151. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther*. 1998;36(4):385-401.
152. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(4):347-72.
153. Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behav Res Ther*. 1999;37(11):1055-72.
154. Talkovsky AM, Norton PJ. Intolerance of uncertainty and transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety. *J Anxiety Disord*. 2016;41:108-14.
155. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*. 1998;36(2):215-26.
156. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):923-33.
157. Elbir M, Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş, et al. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması 2 Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*. 2019;30.
158. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54.
159. Rugancı RN. The relationship among attachment style, affect regulation, psychological distress and mental construction of the relational world. 2008.
160. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Clin Psychol*. 2010;66(4):442-55.
161. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atli A, Aydın A. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (ÖİÖ-44) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. [The validity and reliability of the Turkish version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44)]. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2010;47:216-22.

162. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues Clin Neurosci.* 2003;5(3):281-98.
163. Briggs AC, Stretch DD, Brandon S. Subtyping of panic disorder by symptom profile. *Br J Psychiatry.* 1993;163:201-9.
164. Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF. Gender differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):55-8.
165. TÜKEL R. Panik Bozukluğu. *J Clin Psy.* 2002;5(70):5-13.
166. Wittchen HU, Essau CA. Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues. *J Psychiatr Res.* 1993;27 Suppl 1:47-68.
167. Örsel S, Güriz O, Akdemir A, Türkçapar H. Panik Bozukluğu Alt Tiplerinin Belirtiler Açısından Araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2003;6(4):204-12.
168. Güz H, Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik psikiyatri.* 2003;6:32-8.
169. Torres AR, Dedomenico AM, Crepaldi AL, Miguel EpC. Obsessive-compulsive symptoms in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2004;45(3):219-24.
170. Saygili S, Karamustafaoğlu O. Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Düşünen Adam - Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2010;23(1):32-7.
171. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety.* 2018;35(6):502-14.
172. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Jama.* 2000;283(19):2529-36.
173. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review.* 2009;29(7):623-37.
174. Oussi A, Hamid K, Bouvet C. Managing emotions in panic disorder: A systematic review of studies related to emotional intelligence, alexithymia, emotion regulation, and coping. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2023;79:101835.
175. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2005;43(10):1281-310.
176. Tull MT, Roemer L. Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behav Ther.* 2007;38(4):378-91.

177. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *J Abnorm Psychol.* 1999;108(3):532-7.
178. Kashdan TB, Zvolensky MJ, McLeish AC. Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *J Anxiety Disord.* 2008;22(3):429-40.
179. Šago D, Babić G, Bajić Ž, Filipčić I. Panic Disorder as Unthinkable Emotions: Alexithymia in Panic Disorder, a Croatian Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry.* 2020;11:466.
180. Busch FN, Sandberg LS. Unmentalized aspects of panic and anxiety disorders. *Psychodyn Psychiatry.* 2014;42(2):175-95.
181. Schmidt NB, Lerew DR, Trakowski JH. Body vigilance in panic disorder: evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(2):214-20.
182. Albert U, Barcaccia B, Aguglia A, Barbaro F, De Cori D, Brunatto C, et al. Obsessive beliefs in first-degree relatives of probands with Obsessive-Compulsive Disorder: Is the cognitive vulnerability in relatives specific to OCD? *Personality and Individual Differences.* 2015;87:141-6.
183. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 2006;44(4):469-80.
184. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Brief Report: Intolerance of Uncertainty, Worry, and Depression. *Cognitive Therapy and Research.* 2004;28(6):835-42.
185. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2006;20(2):158-74.
186. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences.* 1994;17(6):791-802.
187. Shams G, Milosevic I. A comparative study of obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder, anxiety disorder patients and a normal group. *Acta Med Iran.* 2015;53(5):301-10.
188. Relationship Between Obsessive Beliefs and Obsessive-Compulsive Symptoms [press release]. Germany: Springer2003.
189. Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy.* 1999;37(11):1029-54.
190. Wells A. A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 1999;6(2):86-95.
191. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. *Cognitive-behavioral therapy for OCD.* New York, NY, US: Guilford Press; 2004. p. xi, 324-xi,.

192. ŞENORMANCI G, Konkan R, ŞENORMANCI Ö. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Obsesif İnançlar. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2017;6(3):115-22.
193. Kuru E, safak y, özdel k, Orsel S, Say ÖCal d. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe'nin Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2018;29(2):122-30.
194. Berman NC, Shaw AM, Wilhelm S. Emotion Regulation in Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Unique Effects for Those with "Taboo Thoughts". Cognitive Therapy and Research. 2018;42(5):674-85.
195. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2014;3(3):243-8.
196. Fernández de la Cruz L, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, et al. Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2013;27(2):204-9.
197. Vatan S. Attachment, Obsessive Beliefs and Emotion Dysregulation in Obsessive Compulsive Disorder: A comparison with Normal and Clinical Sample. Nesne Psikoloji Dergisi. 2016;4:41-57.
198. Dowling N, Thomas N, Blair-West S, Bousman C, Yap K, Smith DJ, et al. Intensive residential treatment for obsessive-compulsive disorder: Outcomes and predictors of patient adherence to cognitive-behavioural therapy. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2016;9:82-9.
199. Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychol. 2018;74(4):695-709.
200. Carleton RN. Fear of the unknown: One fear to rule them all? Journal of Anxiety Disorders. 2016;41:5-21.
201. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M. Sensitivity of self-beliefs in obsessive compulsive disorder. Depress Anxiety. 2008;25(10):874-84.