

T. C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PANİK BOZUKLUKTA ÖFKE VE BİLİŞSEL  
DUYGU DÜZENLEMENİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
ÖZGE ÖZ

151106108

Danışman Öğretim Üyesi:  
Yrd. Doç. Dr. Başak BAHTİYAR

İstanbul, Aralık 2017

T.C. Maltepe Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

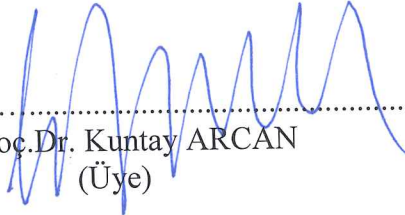
22.12.2017 tarihinde tezinin savunmasını yapan Özge Öz'e ait "Panik Bozuklukta Öfke ve Bilişsel Duygu Düzenlemenin İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliğiyle** /~~Oy Çokluğuyla~~ kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr. Başak BAHTİYAR  
(Başkan)-Danışman



Yrd.Doç.Dr. Melis Seray Özden YILDIRIM  
(Üye)




Yrd.Doç.Dr. Kuntay ARCAN  
(Üye)

## YEMİN METNİ

25/12/2017

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Panik Bozuklukta Öfke ve Bilişsel Duygu Düzenlemenin İncelenmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımda yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin “Kaynakça”da gösterilenlerden oluştuğunu, “Kaynakça”da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

15 11 06 108  
Özge Öz



# PANİK BOZUKLUKTA ÖFKE VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEMENİN İNCELENMESİ

## ÖZET

Panik bozukluk, ani ve beklenmedik panik ataklarla gelişen, tekrar panik atak yaşama korkusunun da eşlik ettiği bir kaygı bozukluğudur. Günlük yaşamda oldukça olumsuz etkileri olan panik bozukluğun gelişimi ve şiddetinde yaşam boyu süren ya da son zamanlarda yaşanan stres faktörleri de etkili olmaktadır. Stres düzeyinin yanı sıra hissedilen duygular ile bu duyguların nasıl düzenlendiği de etkili olabilmektedir. Bu araştırmada, panik bozuklukta algılanan stres düzeyi, öfke duygusu ve bilişsel duygu düzenlemenin rolü incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini panik bozukluk tanısı almış 109 (70 kadın, 39 erkek) kişi ve panik bozukluk tanısı olmayan 127 (76 kadın, 51 erkek) kişi olmak üzere toplam 236 kişiden oluşmaktadır. Bu kişilere İstanbul ilindeki çeşitli özel hastaneler ve tıp merkezlerinin psikiyatri klinikleri ve internet üzerinden ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama amacıyla Demografik Bilgi Formu, Panik Agorafobi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonuçlarında, panik bozukluk tanılı kişiler ile panik bozukluk tanısı olmayan kişiler arasında stres alt boyutlarında bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte öfke ifade tarzlarından içe yönelik öfkenin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden felaketleştirme stratejisinin panik bozukluk grubunda daha fazla kullanıldığı görülmüştür. Panik bozukluğun şiddetini yordayan faktörler incelendiğinde, algılanan stres düzeyinin, içe yönelik öfke ifadesinin ve felaketleştirme stratejisinin kullanımları arttıkça panik şiddetinin de arttığı görülmüştür. Buna karşılık; öfke kontrolü ve plana yeniden odaklanma stratejisinin kullanımı arttıkça panik şiddetinin azaldığı bulunmuştur. Araştırmanın bulguları alanyazın ışığında tartışılmıştır.

*Anahtar Sözcükler:* panik bozukluk, stres, öfke, bilişsel duygu düzenleme

# **AN EXAMINATION OF ANGER AND COGNITIVE EMOTION REGULATION AT PANIC DISORDER**

## **ABSTRACT**

Panic disorder is a type of anxiety disorder characterized by persistent concerns about having panic attacks. This common condition leads to significant impairments and maladaptive changes in everyday life. In addition to life stressors, unregulated intense emotions may influence in triggering and severity of panic related symptoms. The major aim of the current study to examine the role of stress, anger-anger expression styles and cognitive emotion regulation in panic disorder. Based on this objective, the study were carried out with 236 volunteer participants. 109 of the participants (70 female, 39 male) with panic disorder and 127 (76 female, 51 male) of the participants don't have panic disorder. Those people were reached by various private hospitals and medical centers psychiatric clinics in Istanbul and internet. Demographic information form, Panic Agoraphobia Scale, Perceived Stress Scale, Trait Anger and Anger Expression Scales and Cognitive Emotion Regulation Scale were administered during data collection. According to results, there was no difference in the level of perceived stress among those who had panic disorder and those who did not. Findings also revealed that internalizing anger catastrophizing as a cognitive emotional regulation strategies were more used in the panic disorder rather than control group. In terms of the factors predictiry severity of panic disorder, it was seen that as the level of perceived stress, the use of anger-in expression and catastrophizing strategy increased, panic intensity also increased. On the other hand, controlling anger and using the strategy of refocusing on planning were associated with decrease in panic symptoms. The findings of there search were discussed in light of the literature.

*Keywords:* panic disorder, stress, anger, cognitive emotion regulation

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
I. Bölüm.....	1
GİRİŞ .....	1
1.1. Panik Bozukluk.....	2
1.1.1. Tanım.....	2
1.1.2. Klinik Görünüm.....	4
1.1.3. Etiyoloji .....	6
1.1.3.1. Biyolojik Faktörler.....	6
1.1.3.2. Sosyal Faktörler .....	6
1.1.3.3. Psikolojik Faktörler.....	8
1.2. Stres .....	10
1.3 Öfke.....	12
1.4. Bilişsel Duygu Düzenleme.....	15
1.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	17
1.6. Araştırma Soruları ve Hipotezler .....	18

<b>II. BÖLÜM</b> .....	20
<b>YÖNTEM</b> .....	20
<b>2.1. Örneklem</b> .....	20
<b>2.2. Veri Toplama Araçları</b> .....	24
2.2.1. Demografik Bilgi Formu .....	24
2.2.2. Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) .....	24
2.2.3. Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10).....	25
2.2.4. Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ).....	25
2.2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) .....	26
<b>2.3. İşlem</b> .....	27
<b>2.4. Verilerin Analizi</b> .....	27
<b>III. BÖLÜM</b> .....	29
<b>BULGULAR</b> .....	29
<b>3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri</b> .....	29
<b>3.2. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları</b> .....	30
<b>3.3. Algılanan Stres Düzeyi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplara Bağlı Farklılıklarının İncelenmesi.</b> .....	35
3.3.1. Algılanan Stres Düzeyinin Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması. .....	35
3.3.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması .....	35

3.3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması .....	37
<b>3.4. Panik Bozukluk Şiddetini Yordayan Faktörler.....</b>	<b>39</b>
<b>IV. BÖLÜM.....</b>	<b>42</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2. Algılanan Stres Düzeyi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplara Bağlı Farklılıklarının Değerlendirilmesi .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3. Panik Bozukluk Şiddetini Yordayan Faktörlerin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>48</b>
<b>4.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıklar.....</b>	<b>50</b>
<b>4.5. Sonuç ve Öneriler .....</b>	<b>52</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>54</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>68</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>78</b>



## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri .....</b>	<b>22</b>
<b>Tablo 2. Ölçeklerin Betimsel Bilgileri .....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 3. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları .....</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 4. Algılanan Stres Düzeyinin Gruplar Açısından Karşılaştırılması .....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 5. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Gruplar Açısından Karşılaştırılması .....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 6. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Gruplara Göre Ortalamaları .....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 7. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplar Açısından Karşılaştırılması .....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 8: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplara Göre Ortalamaları .....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 9. Panik Bozukluk Şiddetinin Yordayıcıları .....</b>	<b>41</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Panik atakların bilişsel modeli.....	9
<b>Şekil 2:</b> Gruplara Göre Öfke-içe Boyutu Ortalamaları.....	37
<b>Şekil 3:</b> Gruplara Göre Felaketleştirme Boyutu Ortalamaları .....	39



# I. BÖLÜM

## GİRİŞ

Kaygı, hoş olmayan durumlarda oluşabilen sinirlilik, gerginlik ve uyarılma ile ifade edilebilecek bir duygu durumudur (Spielberger, 1972). Farklı bir deyişle herhangi bir sorunla ilgili gerginlik, endişe duymak olarak tanımlanabilir ve geleceğe dair olası bir tehdidi bekleme durumudur (Kring ve Johnson, 2015). Kaygı bozukluğu ise, aşırı kaygı ve korku özelliklerini paylaşan duygusal, bilişsel ve davranışsal bozuklukların içinde olduğu genel bir kavramdır. DSM-V sınıflandırmasına göre kaygı bozuklukları kapsamında panik bozukluk da ele alınmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Panik atak, aniden ve beklenmedik şekilde gelen bir korku ve dehşet yaşantısıdır. Genellikle birkaç dakika içinde yaşanan bu ataklar görünürde bir sebep olmadığı halde tekrarlanabilir (Morris, 2002). Panik bozukluk da yaşanan yoğun panik ataklar ile şekillenmektedir. DSM-V'e göre panik bozukluk, en az bir panik atak sonrasında devam eden tekrar panik atak yaşama kaygısının eşlik ettiği ve benzer belirtilerin görüldüğü bir kaygı bozukluğudur. Yaşanan bu panik ataklar, kendiliğinden ortaya çıkan, bedensel ya da bilişsel bazı belirtilerin olduğu şiddetli bir korku ya da kaygının yaşandığı bir durum olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Kişinin hayatında oldukça olumsuz etkileri olan panik bozukluğun gelişiminde, biyolojik faktörler kadar yaşam boyu süren ya da dönemsel stres faktörleri de etkili olabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004; Tükel, 2009; Zou vd., 2016). Bu faktörlerin yanı sıra, olumsuz duygular ve duygu düzenlemenin de panik bozuklukta etkili olabileceği öne sürülmektedir (Tull ve Roemer, 2007). Stres veren yaşam olaylarında kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri kaygı belirtilerinin şiddeti üzerinde etkilidir (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014). Buradan hareketle panik bozuklukta da stres verici olaylar karşısında kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin panik bozukluk üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Duygular bağlamında özellikle öfke duygusu, kaygı ile ilişkilidir. Dolayısıyla öfkenin de kaygıyla bağlantılı olarak panik bozukluk üzerinde yordayıcılığı mümkündür (Erdem, Çelik, Yetkin ve Özden, 2008). Bununla birlikte alanyazında, panik bozuklukta, stres ile bilişsel süreçlerin ilişkisi öne çıkarken; duygulara yeterince değinilmediği görülmektedir. Buradan yola çıkılarak bu çalışmada, panik bozukluk ile stres ilişkisinde öfke ve duygu düzenlemenin rolü incelenmiştir.

## **1.1. Panik Bozukluk**

### **1.1.1. Tanım**

Panik atak, kısaca ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan şiddetli kaygı olarak ifade edilebilir (Karabekiroğlu, Karabekiroğlu, Cömert ve Topçuoğlu, 2007). Panik atak, kaygı ile beraber gelen fiziksel ve bilişsel bir dizi belirtiler içermektedir. Fiziksel olarak nefes almada güçlük, kalp çarpıntısı, mide bulantısı, terleme, ürperme, uyuşma ya da karıncalanma gibi belirtilerin yanı sıra bu belirtilerden bir kısmı ortaya çıktığında kontrolü kaybetme, çıldırma ya da ölme korkusu gibi bilişsel belirtiler görülebilmektedir. Bu belirtiler genellikle 5-10 dakika gibi kısa bir sürede doruğa ulaşır ve söner (Öztürk ve Uluşahin, 2011; White ve Barlow, 2002) Ayrıca bazı ataklarda depersonalizasyon (kendi bedeninin dışında olduğunu hissetme) ya da derealizasyon (gerçekdışı deneyim) gibi farklı belirtiler de ortaya çıkabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Panik atakları, oluştukları koşullar dikkate alınarak farklı şekillerde gruplandırmak mümkündür (Wells, 1997). Yaşam içinde panik atak öncesi, atağı tetikleyen bir etkenin olduğu durumlarda yaşanan panik ataklar “beklenen panik atak” olarak isimlendirilmektedir. Panik atak öncesi somut bir etken yokken beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan panik ataklar ise “beklenmeyen panik atak” olarak isimlendirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Panik atak, başka bir belirti olmadan kendi başına yaşanabilmektedir. Sıklıkla kaygı bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve psikotik bozukluklar gibi farklı birçok psikiyatrik hastalıkta görülebilmektedir (Morris, 2002). Bu bağlamda panik atak oldukça yaygındır; yapılan araştırmalara göre, yetişkinlerin %30'unun, yaşamı boyunca en az 1 kez panik atak yaşadığı belirtilmektedir (Morrison, 2016). Farklı psikiyatrik bozukluklar arasında özellikle panik bozuklukta görülen panik atak,

panik bozukluk üzerinde önemli bir yere sahiptir (Karabekiroğlu vd., 2007; Potter vd., 2014).

Panik bozukluk, kendiliğinden ve beklenmedik panik nöbetlerinin yaşanması ile karakterizedir (Korobeynikova, Rudko, Azimova, Fokina ve Klimov, 2012; Öztürk ve Uluşahin, 2011). Atakların aniden ve kendiliğinden olması ile panik bozukluk, diğer kaygı bozukluklarında yaşanan ataklardan ayrılmaktadır (Erdoğan, 2007). DSM-V'e göre panik bozuklukta, genellikle birkaç dakika içinde şiddetli bir şekilde başlayan ve sönen, bedensel ve bilişsel çeşitli belirtilerin olduğu ve ansızın gelen panik ataklar görölmektedir. Bu atakların en az 1 ay süreyle tekrarlanacağı kaygısı da eşlik etmektedir. Panik atak sırasında çarpıntı, terleme, titreme, uyuşma gibi bedensel ve kontrolün kaybedileceği, ölüneceği gibi bilişsel belirtiler görölmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Alanyazın incelendiğinde panik bozuklukta en sık çarpıntı, titreme, ağız kuruluğu, nefes darlığı ve ölüm korkusu belirtileri görölmektedir (Etik, Taner, Aslan ve Işık, 2007; Örsel, Güriz, Akdemir ve Türkçapar, 2003). Bunun dışında DSM-V tanı kriterleri dışında kalan huzursuzluk, ümitsizlik ve çaresizlik gibi farklı duygular da görülebilmektedir (Örsel vd., 2003). Farklı kültürlerde yaşanan kaygının, farklı şekillerde ifade edilebileceği de dikkate alınmaktadır (Kring ve Johnson, 2015). Seyrek olarak farklı kültürlerde, kulak çınlaması, boyun ağrısı, denetimsiz çığlık atma gibi kültüre özgü farklı belirtiler de ortaya çıkabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Kelime anlamı Antik Yunan'da "pazar yeri" anlamına gelen "agora" kelimesinden türeyen agorafobi; panik bozukluğa sıklıkla eşlik edebilmektedir (Greene ve Eaton, 2016; Morrison, 2016; Newman, Shin ve Zuelling, 2016). DSM-V'e göre agorafobi, kaçmanın zor ya da utandırıcı olacağı düşünölen ve yaşanan duruma özgü olmayan, farklı ortamlarda kişinin kendini yetersiz hissetmesiyle birlikte yaşadığı yoğun kaygı ve korku olarak tanımlanmaktadır. Agorafobide genellikle otomobil, otobüs, uçak gibi taşıma araçları; sinema, tiyatro gibi kapalı yerler; otopark, alışveriş merkezi gibi açık alanlar; kalabalık bir yerde bulunma ya da ev dışında tek başına bulunma gibi farklı ortamlarda şiddetli bir kaygı görölmektedir. Bu şiddetli kaygının en az 2 farklı ortamda hissedilmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Belirli ortamlardan kaçınma dışında bedensel duyular

üreten kafein, alkol gibi maddelerden ya da egzersiz, cinsel aktivite gibi aktivitelerden de kaçınma olabilmektedir (White ve Barlow, 2002).

Agorafobiden önce sıklıkla panik atakların yaşandığı görülmektedir (Morrison, 2016). Agorafobi farklı psikiyatrik bozukluklarda ortaya çıkabilmektedir. En sık panik bozuklukta görülmekle beraber yaygın kaygı bozukluğu, sosyal fobi gibi farklı tanı gruplarında da görülmektedir (Greene ve Eaton, 2016; Newman vd., 2016). Agorafobi ile panik bozukluk ilişkisine bakıldığında; alanyazında iki farklı düşünce üzerinde temellendiği görülmektedir. Bir görüşe göre agorafobi, tekrarlayan ve aniden gelişen panik atakların sonucu olarak ve biyolojik farklılıklarla açıklanmaktadır (Klein, 1980; Klein ve Gorman, 1987). Diğer bir görüş davranışçı olarak agorafobiyi ele alarak panik bozukluk ile birlikte ya da panik bozukluk dışında da görülebileceğini belirtmektedir (Marks, 1987). Agorafobinin panik bozukluğa eşlik ettiği ve etmediği hastalar karşılaştırıldığında bazı demografik farklılıklar görülebilmektedir. Alanyazına göre agorafobinin eşlik ettiği panik bozuklukta, eşlik etmediği panik bozukluğa göre daha düşük sosyal işlev, zihinsel sağlık ve gelir düzeyi gibi olumsuz yaşam koşulları görülmektedir (Carrera vd., 2006). Ancak kaygı eğiliminde herhangi bir fark bulunmamaktadır. Agorafobisiz panik bozukluk ve agorafobili panik bozukluk tanımlı kişilerde benzer düzeylerde kaygı sorunu görülmektedir (Berle vd., 2008).

### **1.1.2. Klinik Görünüm**

Panik bozukluğun epidemiyolojisine bakıldığında, çeşitlilikler görülmekle beraber birçok ülkede panik bozukluk oranı yaklaşık %2-3 olduğu bildirilmektedir. Bu oran Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde düşerek % 0.1-0.8 arasında değişmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Panik bozukluk genellikle yetişkinlik çağlarında başlamaktadır. Başlangıç, en çok 20'li yaşlarda görülmektedir (Sawchuk vd., 2016; Tükel, 1997; White ve Barlow, 2002). Yapılan birçok çalışmada kadınlarda erkeklerden daha fazla panik bozukluk geliştiği görülmektedir. Bu oran farklı çalışmalarda değişse de yaklaşık 2-2.5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (akt. Davison ve Neale, 2011) ve bu fark yaş arttıkça da büyümektedir. Ayrıca kadınlar panik bozukluk belirtilerini de daha şiddetli yaşamaktadır (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013).

Panik bozukluğa eşlik eden farklı klinik gruplar da bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda panik bozukluk tanılı kişilerde oldukça yüksek oranda farklı bir klinik bozukluk olduğu görülmektedir. Alanyazına göre panik bozukluğa en sık depresyon eşlik etmektedir (Carrera vd., 2006; Marchesi vd., 2014; Örsel vd., 2003; Roy-Byrne vd., 2000; Tilli, Suominen ve Karlsson, 2012). Örneğin yapılan bir araştırmada panik bozukluk tanılı kişilerin çoğunda, depresyon eştanısı da olduğu bildirilmiştir (Manfro vd., 1996). Benzer şekilde diğer çalışmalarda da panik bozukluk hastalarının yarısından fazlasında depresyon görüldüğünü bildirmiştir (Newman vd., 2016; Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010). Yalnızca kadınlarla yapılan başka bir araştırmada panik bozukluk tanısı alanların yarısından fazlasında depresyon eş tanısı da görüldüğü bildirilmiştir (Marchesi vd., 2014). Yurt içinde yapılan bir çalışmada da panik bozukluk tanısı olan kişilerde oldukça yüksek oranda depresyon eş tanısı da konmuştur (Yaluğ, Kocabaşoğlu, Aydoğan ve Günel, 2003).

Panik bozukluk tanılı kişilerde farklı kaygı belirtilerinin de, panik bozukluk tanısı olmayanlara göre oldukça sık görülmesi dikkat çekicidir (Kessler vd., 2006; Yaluğ vd., 2003). Diğer kaygı bozuklukları arasında en sık genel kaygı bozukluğunun panik bozukluğa eşlik ettiği görülmektedir (Carrera vd., 2006; Greene ve Eaton, 2016; Konkan, Yalçınkaya, Erkıran ve Erkmen, 2003). Bunun dışında sosyal fobi ve özgül fobi de panik bozukluğa eşlik edebilmektedir (Konkan vd., 2003; Newman vd., 2016). Örneğin yurt içinde yapılan bir çalışmada panik bozukluk tanılı kişilerde, psikiyatrik tanısı olmayan kişilere oranla daha fazla sosyal fobi belirtileri görüldüğü belirtilmektedir (Öngider ve Kavak, 2015).

Panik bozukluk ile birçok farklı psikiyatrik bozukluk ilişkili olabilmektedir. Panik bozukluk tanılı kişilerde eş tanı olarak menstrasyon öncesi disforik bozukluk, bipolar bozukluk gibi farklı tanımlar görülebilmektedir. Bağımlı kişilik bozukluğu, paranoid tip kişilik bozukluğu, aralıklı patlayıcı kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu ya da histriyonik kişilik bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklar da görülebilmektedir (Ampollini, Marchesi, Signifredi ve Maggini, 1997; Carrera vd., 2006; Yaluğ vd., 2003). Ek olarak alanyazında, panik bozukluk ile birlikte, alkol kötüye kullanım ve madde kötüye kullanım gibi psikiyatrik bozuklukların da görüldüğü bildirilmektedir (Kessler vd., 2006; Tilli vd., 2012).

### **1.1.3. Etiyoloji**

#### **1.1.3.1. Biyolojik Faktörler**

Biyolojik kuramda noradrenerjik sistemdeki fazla aktivasyon üzerine çalışmalar yapılmıştır. Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarına göre panik bozukluğun temelinde temporal bölgedeki farklılıklar görülmektedir. (Karabekiroğlu vd., 2007). Beyinde korkudan sorumlu bölge amigdaladır. Korku yaratan uyarımlar amigdalaya geldiğinde; amigdala, otonomik ve davranışsal belirtileri ortaya çıkaran yapılara çeşitli uzantılar göndererek davranışsal tepkilerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Erdoğan, 2007; Karabekiroğlu vd., 2007). Amigdala içindeki locus seruleus (locus coreleus) çekirdeğinin fazla aktive olması ile kalp hızının artması, korku tepkilerinin verilmesi gibi sonuçlar gelişmekte; bu sonuçlar ile yaşanan panik atak belirtileri arasında ilişki kurulmaktadır (akt. Davison ve Neale, 2011). Fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler akut panik atakları getirmektedir (Klein ve Gorman, 1987).

Yapılan ikiz çalışmaları genetik yatkınlığın panik bozukluk üzerindeki etkisini düşündürmektedir (Mosing vd., 2009). Farklı çalışmalarda rakamların değişmesiyle birlikte ortak görüş; genetik faktörler ve benzer çevresel koşullara maruz kalmanın, panik bozukluğun gelişiminde önemli bir yere sahip olduğudur (Erdoğan, 2007; Maier ve Lichtermann, 1993; Mosing vd., 2009). Ancak genetik yatkınlığı oluşturan sürecin oldukça karmaşık olduğu da dikkate alınmalıdır (Korobeynikova vd., 2012). Panik bozukluk tanılı kişilerin birinci derece akrabalarında, panik bozukluk tanısı olmayan kişilere göre 4-7 kat daha fazla panik bozukluk geliştiği bildirilmektedir. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların az olması, kesin sonuçlara ulaşma açısından dezavantaj oluşturmaktadır (Tükel, 1997).

#### **1.1.3.2. Sosyal Faktörler**

Panik bozukluğun gelişiminde; çocuklukta yaşanan cinsel ve bedensel istismar gibi olumsuz yaşam olayları görülebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Erken dönemde ayrılık, kayıp, duygusal ihmal, çocuklukta cinsel ve fiziksel istismar gibi travmatik yaşantıların ve yaşamdaki stres olaylarının; kaygı bozuklukları ve özellikle panik bozukluk ile ilişkili olabileceği birçok çalışmada belirtilmektedir (Manfro vd., 1996; Spinhoven vd., 2010; Zou vd., 2016). Yurt



dışında yapılan farklı çalışmalarda çocukluk döneminde yaşanan çocukluk çağı hastalıkları, aile içi şiddet ve cinsel istismar, panik bozukluk hastalarında daha fazla görülmüştür (Bandelow vd., 2002). Özellikle erken dönemde yaşanan ebeveyn kaybı ya da ebeveynlerden ayrılma gibi olumsuz yaşam olaylarının panik bozuklukta yüksek oranda olması, panik bozukluğun ortaya çıkmasında çocukluk çağlarında yaşanan stres faktörlerinin etkisinin olabileceğini düşündürmektedir (Bandelow vd., 2002; Servant ve Paroquet, 1993). Panik bozukluk hastalarının çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarına bakıldığında maddi yaşamın kötüleşmesi başta olmak üzere sırasıyla taşınma, okul değiştirme, bir aile üyesinin ölümü ve fiziksel şiddet gibi farklı olumsuz yaşam olayları görülmektedir (Etik vd., 2007). Bu tür olumsuz erken yaşam olayları ile panik bozukluk arasındaki ilişki dikkat çekmektedir.

Erken dönem travmatik ve stres veren yaşam olaylarının yanı sıra çocukluk çağında yaşanan kaygı bozukluklarıyla da panik bozukluk arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Örneğin Newman ve arkadaşlarının (2016) panik bozuklukta gelişimsel risk faktörlerini inceledikleri çalışmada; çocukluk çağında spesifik fobiye sahip olan kişilerin ileriki dönemlerde panik bozukluk tanısı alma olasılığı oldukça yüksek görülmüştür. Yurt içinde yapılan bir çalışmada da çocukluk dönemindeki ayrılma kaygısı ile panik bozukluk arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir (Tunçer, 1995).

Alanyazında panik bozukluk gelişiminde yakın dönem stres verici yaşam olaylarının etkisi olabileceği belirtilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004; Tükel, 2009). Bununla ilişkili olarak panik bozukluk başlangıcı sorgulandığında, yaşanan ilk panik atağın öncesindeki 1 yılda olumsuz yaşam olaylarının sıklıkla görüldüğü öne çıkmaktadır. Farklı çalışmalarda görülen bu ilişki, son dönemlerde yaşanan stresli yaşam olaylarının panik bozuklukta etkisini düşündürmektedir (Etik vd., 2007; Manfro vd., 1996). Panik bozukluk tanısı alan kişilerin yarısından fazlasında panik bozukluğun gelişmesinden önceki aylarda ayrılık ya da ayrılık tehdidi, iş değiştirme, gebelik, göç, evlilik, ilişkilerde çatışma gibi farklı türlerde stres verici olayların görülmesi, stresin panik bozukluk üzerindeki etkisini düşündürmektedir (Manfro vd., 1996; akt. Tükel, 2009). Sevilen bir yakının kaybı ya da sağlıkla ilgili olumsuz yaşam olayları gibi stres verici faktörler de panik bozukluk başlangıcında dikkat çekmektedir (Klauke, Deckert, Reif, Pauli ve Domschke, 2010). Panik bozukluk belirtilerinin başlamasından önceki haftalarda, aile içi şiddet, tartışma ve maddi bir

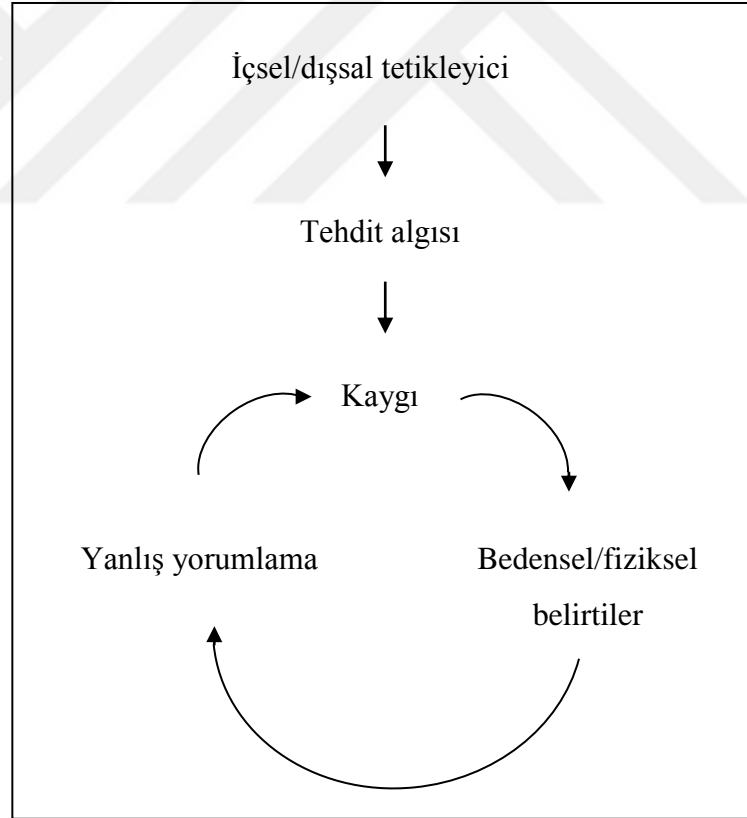
zorluk içinde olmak gibi stres verici olaylar yaşayan kişilerde, panik bozukluk belirtileri daha da şiddetlenmektedir (Moitra vd., 2011). Potter ve arkadaşlarının (2014) çalışmasına göre işsizlik gibi stres verici duruma sahip kişiler işsiz olmayanlara göre yaklaşık 2 kat daha fazla panik atak yaşayabilmektedir. Yurtiçinde yapılan farklı çalışmalarda, panik bozukluk hastalarında boşanmış ve dul kişilerin oranının yüksek çıkması (Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010) ya da çoğunluğunda düşük sosyo ekonomik düzeyin görülmesi de (Girit-Çetinkaya, Altınbaş, İpekçioğlu, Erdiman ve Özer, 2011) farklı stres verici olayların panik bozukluk üzerinde yordayıcı olabileceğini göstermektedir. Olumsuz yaşam olayları, panik bozukluğun şiddetini arttırabilirken olumlu yaşam olaylarının panik bozukluk üzerinde koruyucu bir etkisinin olması da mümkündür. Bu bağlamda yaşanan stres verici/olumsuz yaşam olayları ile panik bozukluk arasındaki ilişki, panik bozukluğun şiddeti ve seyri açısından oldukça önemlidir (Lteif ve Mavisakalian, 1995).

### **1.1.3.3. Psikolojik Faktörler**

Psikanalitik kurama göre kaygı, tehlikeli duruma karşı geliştirilen bir tepkidir. Benlik, tehlikeli durumdan kaçınarak kendini kaygıdan korumaktadır (Akvardar vd., 2006). Agorafobinin temelinde ise erken dönemlerdeki ebeveyn kaybı, ayrılma kaygısı öyküleri görülmektedir. Buna göre toplum içinde yalnız kalmak, erken dönemdeki ayrılık kaygısını çağrıştıran bastırma, kaçınma gibi farklı savunma mekanizmaları kullanılmaktadır. Psikanalitik kuram panik atakları, başarısız savunma mekanizmaları ile ilişkilendirir. Ayrıca, çocuklukta yaşanan ebeveyn kaybı ya da ayrılma kaygısı gibi olumsuz olayların bilinçdışında panik atakları getirebileceği düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Bilişsel kuramda Goldstein ve Chambless (1978) tarafından geliştirilen “korkudan korkmak” hipotezi bulunmaktadır. Agorafobi üzerinden öne sürülen bu kuramda, yaşanan bir panik atak sonrası, aynı yerlerde yeniden atak geçirileceğine dair koşullanmış korku ifade edilmektedir (Goldstein ve Chambless, 1978). Clark’ın (1986) bilişsel kuramına göre ise olağan kabul edilebilecek kaygıların yanlış yorumlanarak felaketleştirilmesi sonucu panik ataklar oluşmaktadır. Kaygı getiren duyuların tehdit edici olarak yorumlanmasının yanında durumla ilgili olumsuz beklentilerin olduğu görülmektedir. Şöyle ki; normal kaygı sırasında yaşanan bir çarpıntı, yaşanacak bir kalp krizinin habercisi olarak yorumlanabilmekte, böylece

kaygının şiddeti artmaktadır. Artan kaygı ve bedensel tepkiler, bu yanlış yorumlamaların bir kanıtı olarak görülmekte ve düşünce yapısı bir döngü halinde devam etmektedir (Clark, 1986). Kaygı dışında düşük kan şekeri, yorgunluk gibi farklı duyumlar da yanlış yorumlanarak aynı bedensel tepkileri getirebilmekte ve kişi yine bu bedensel tepkileri tehlikeli olarak yorumladığında panik atak yaşayabilmektedir (Clark, 1986; Wells, 1997). Kısaca, Clark'ın (1986) bilişsel kuramı panik atakların oluşmasını bir döngü olarak açıklamaktadır. Panik atak döngüsü şekil-1'de özetlenmiştir. Buna göre; içsel (bedensel duyumlar) ya da dışsal (daha önce çevreden algılanan bir tehdit) bir tetikleyici olması durumunda, yaşanan bedensel tepkiler bir tehdit algısı oluşturursa kaygı durumu ortaya çıkmaktadır. Bu kaygıya bedensel ve bilişsel belirtiler eşlik etmektedir. Belirtilerin yanlış yorumlanması, var olan kaygıyı etkilemektedir. Bu model “kısır döngü modeli” olarak da isimlendirilmektedir (Clark, 1986).



Şekil-1: Panik atakların bilişsel modeli (Clark, 1986).

Panik atakların yorumlanmasında bilişlerin önemini açıklayan bir çalışmada kaygı bozuklukları içinde panik bozukluk ve sosyal fobi yaşayan kişilere belirlenen

düzeyde karbondioksit ve oksijen gazları verilerek yaşayacakları bedensel belirtiler incelenmiştir. Katılımcılar iki gruba ayrılmış ve bir gruba yaşayacakları duyularla ilgili açıklamalar verilirken diğer gruba verilmemiştir. Sonuçta açıklama yapılmayan gruptaki kişiler yaşadıkları belirtileri daha fazla felaketleştirerek yorumlamış ve diğer gruba göre anlamlı derecede daha fazla panik atak geçirmişlerdir (Rapee, Mattick ve Murrel, 1986). Bedensel belirtiler ile bu belirtilerin felaket olarak yorumlanması arasında genellikle anlamlı bir bağlantı vardır. Örneğin çarpıntı gibi kardiyak bir belirti yaşayan kişi, kalp krizi geçirdiğini, kalbinin duracağını, öleceğini düşünebilmektedir ya da nefesin tıkanması gibi bir belirtide boğulacağı düşüncesi belirtiyeye eşlik edebilmektedir (Barışkın, 2009).

## 1.2. Stres

Stres, en genel haliyle, bireyin dengesini bozan herhangi bir etken olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Biyolojik bakış açısında Selye'ye (1950) göre stres, biyolojik anlamda organizma üzerindeki hasar ve savunma arasındaki etkileşimdir. Örneğin, organizma soğukta fazla kaldığında, ısı üretmek için titrer; şekeri fazla yediği zaman kan şekeri olması gerekenin üzerine çıkar ve organizma bu fazla şekeri atmaya çalışır ya da daha sonra kullanmak için depolar. Selye (1950), stresi genel uyum sendromu (general adaptation syndrome-GAS) ile açıklamaktadır. Genel uyum sendromuna göre stres olduğunda 3 farklı aşama gelişmektedir. İlk aşama “alarm reaksiyonu” denen aşamadır ve bu aşamada stresin tetiklediği otonom sinir sistemi aktive olur. Gastrointestinal ülser, hipoglisemi, adrenal salgı bezlerinin büyümesi gibi biyolojik değişimler görülür (Selye, 1950). Bu aşamada organizma herhangi bir zararlı maddeye sürekli maruz kaldığında bir uyum ya da direnç aşaması başlamaktadır (Selye, 1973). Bir sonraki aşama olan “direnç” aşamasında organizmadaki bu değişimler düzenlenmeye çalışılır ve organizma strese uyum gösterir. Stres devam eder ve organizma strese etkili şekilde tepki veremez hale gelirse, organizmanın gösterdiği uyum kaybolarak son aşama olan “tükenme” aşamasına geçilir. Tükenme aşamasında artık organizmada hasarlar oluşmaktadır (Selye, 1950; 1973).

Lazarus ve Folkman'a (1984) göre stres, uyarıcı ya da tepkisel olarak 2 farklı boyutta ele alınabilir. Uyarıcı olarak ele alındığında doğal afet, hastalık ya da işten atılma gibi dışarıdan gelen olumsuz çevresel koşulların stres verici olup olmadığına

odaklanılır. Ancak burada kişisel farklılıklara göre yaşanan durumlarda ve stres düzeyinde değişiklik olabilmesi tanımı sınırlamaktadır. Tepkisel olarak ele alındığında ise stres, kişinin verdiği tepki olarak görülmektedir. Ancak burada da sadece tepki olarak ele alınması yine tanımı sınırlamaktadır. Bu sınırlılıkların ardından Lazarus ve Folkman (1984) stresi “psikolojik stres” olarak tanımlamaktadır. Psikolojik stres, kişinin çevresel bir olayı kişisel iyi oluşunda tehlike yaratan bir tehdit olarak algılaması, başa çıkma kaynaklarını zorlayan ya da aşan bir olay olarak değerlendirmesi olarak açıklanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Farklı bir deyişle stres, gerginlik verici ya da tehdit edici olarak algılanan olumsuz çevresel koşullara karşı uyum getirmeyi gerektiren beklentiler olarak tanımlanabilmektedir (Morris, 2002).

Stres, içeriden (bir durumun stres verici verici algılanması gibi bireyden kaynaklı) ya da dışarıdan (travmatik bir yaşantı gibi çevreden kaynaklı) ortaya çıkabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Psikolojik açıklamalar stresi, yaşanan olayın stresli olarak değerlendirilmesi yani stresin algılanması üzerinden ifade etmektedir. Kişinin stres yaşadığı algısı, yaşadığı olayın anlamının ve baş edebileceği kaynakların yeterliliğinin değerlendirilmesinin bir ürünüdür (Cohen, Kessler ve Underwood-Gordon, 1997). Yaşanan olayın nasıl algılandığı ve değerlendirildiği, stresin bilişsel yanını ifade etmektedir ve kişisel özelliklere göre bu değerlendirmeler değişebilmektedir (akt. Davison ve Neale, 2011). Stresin bilişsel yanı Lazarus ve Folkman (1984) tarafından iki farklı süreçle açıklanmaktadır. Buna göre olayın ilgisiz olduğuna, yararlı olduğuna veya stres verici olduğuna dair düşünceler öncelikle birincil değerlendirmede ele alınır. Yaşanan durum kişiye zarar verici ya da tehdit edici olarak algılandığında ise durumun ne kadar stres verici olduğu değerlendirilir. İkincil değerlendirmede kişi bu olayda ne yapabileceğini düşünmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Stresin biyolojik ya da psikolojik hastalıkların başlangıcı ve seyri üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Ancak stres verici olaylarla karşılaşan her insanda aynı sonuçlar ortaya çıkmamaktadır. Bazı kişilerde psikolojik bozukluklar ortaya çıkarken bazılarında sadece kalp tansiyon gibi bedensel hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (akt. Davison ve Neale, 2011). Bu konuyla ilgili çalışmalarda, stresli yaşam olayları ve yüksek stres düzeyi ile kaygı, depresyon gibi psikolojik sorunların ilişkili olduğu görülmektedir (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014; Erşan, Kelleci ve

Baysal, 2013; Pereira-Morales, Adan ve Forero, 2017). Benzer şekilde kronik hastalık, herhangi bir işte çalışmamak ya da işten ayrılmış olmak, düşük sosyo-ekonomik düzey gibi stres verici durumların kaygı üzerinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir (Erşan vd., 2013; Wahed ve Hassan, 2017). Günlük yaşamda da stres verici olaylar bilişsel süreçle birlikte kaygı üzerinde etkili olabilmektedir (Beck, 1972). Yakın zamanda üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada stres düzeyi ile kaygı düzeyinin yüksek çıkması da aradaki ilişkiyi desteklemektedir (Wahed ve Hassan, 2017).

Panik bozukluğun da bu anlamda stresle ilişkisi önemlidir. Alanyazında stres verici birçok yaşam olayı ile panik bozukluk ilişkisi özellikle dikkat çekmektedir (Etik vd., 2007; Girit Çetinkaya vd., 2011; Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010). Panik bozukluk belirtilerinin şiddeti ve stres veren yaşam olayları ile ilgili kapsamlı bir çalışma Moitra ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Geniş bir örnekleme yapılan çalışmaya göre son haftalarda ciddi bir aile ya da yakın arkadaş ile tartışmak, işten çıkarılmak, iş değiştirmek gibi stres verici olaylar yaşayan kişilerin stres düzeyleri arttıkça panik bozukluk belirtilerinin şiddetinin de arttığı görülmüştür (Moitra vd., 2011). Farklı bir stres faktörü olarak da finansal faktörlerin panik bozuklukta tetikleyici olabileceği belirtilmektedir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada ekonomik zorluklar, işsizlik gibi faktörlerin stres verici olduğu dikkate alınırca panik bozukluk tanılı kişilerde sosyo-ekonomik durumun düşük olması panik belirtilerinin daha şiddetli olması ile ilişkili bulunmuştur. (Roy-Byrne, Russo, Cowley ve Katon, 2003). Farklı bir çalışmada, bununla bağlantılı olarak panik bozukluk tanılı kişilerin önemli bir kısmının çalışmadığı ve düşük sosyo-ekonomiye sahip olduğu görülmüştür (Girit Çetinkaya vd., 2011). Bu bilgilere dayanılarak stres düzeyinin panik bozukluk şiddeti üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, stres ile panik bozukluk arasındaki ilişkide rol oynayan duygusal ve bilişsel faktörlerin hala netleştirilmesine ihtiyaç vardır.

### **1.3. Öfke**

Kişinin hayatında muazzam etkisi olan duyguların tanımını yapma çabası hala devam etmektedir (Linehan, Bohus ve Lynch, 2007). Duyguyu tek bir ifade ile

açıklamaya çalışmak yerine farklı şekillerde ele almak mümkündür. Duygular hafif ya da kuvvetli, olumlu ya da olumsuz, genel ya da özel, kısa ya da uzun ve birincil (ilk duygusal tepki) ya da ikincil (bir duygusal tepkinin etkisi ile) gibi farklı noktalara odaklanılarak açıklanabilir (Werner ve Gross, 2010).

Öfke duygusu, Spielberger, Jacops, Russell ve Crane (1983) tarafından hafif kızgınlıktan yoğun bir hiddete kadar farklı şekillerde görülebilen duygusal durum olarak tanımlanmaktadır (akt. Spielberger, Krasner ve Solomon, 1988). Öfke, genel olarak tamamlanmamış istekler, karşılanmamış beklentiler, rahatsız edici ya da istenmeyen durumlar hakkında verilebilecek doğal bir duygusal tepki olarak da tanımlanabilir. Diğer duygular gibi öfke de fark edilebilir, kontrol edilebilir ve etkin bir şekilde kullanılabilir (Soykan, 2003; Tatlılıoğlu ve Karaca, 2013).

Spielberger'e göre öfke, durumsallık ve süreklilik açısından ele alınmaktadır. Durumsal öfke, belli bir durum karşısında davranışın engellenmesi ya da haksızlık algılanması ile gerginlik, sinirlilik, hiddet gibi öznel duyumsamaların ne şiddette yaşandığını ifade eden duygu durumudur. Zaman içerisinde şiddetinde değişiklikler görülebilmektedir. Sürekli öfke ise bir kişilik özelliği olarak öne çıkmakta ve çeşitli durumlarda öfkelenmeye eğilim ile betimlenmektedir (akt. Özer, 1994).

Öfke, insanın doğasında var olan ve hiçbir zaman yok sayılamayacak bir duygudur. Öfke duygusunun ortaya çıkışı engellenmemektedir (Özmen, 2006; Tatlılıoğlu ve Karaca, 2013). Bu bağlamda öfke ifade tarzları dikkat çekmektedir. Öfkeyi kendine, diğerlerine ve yaşadıklarına karşı olmak üzere üçe ayırarak incelemek mümkündür (akt. Soykan, 2003). Forgays, Forgays ve Spielberger'e (1997) göre öfkenin, değiştirilmeden olduğu gibi dışa atılarak davranışla ifade edilmesi "öfke-dışa (dışa dönük)", içe yöneltilerek bastırılması "öfke-içe (içe dönük)" ve kontrol edilerek ifade edilmesi "öfke-kontrol" olarak kavramsallaştırılmaktadır. Yönelimi değişse de psikiyatrik bozuklukların gelişimi veya sürdürülmesinde öfkenin önemli bir yeri vardır (Özen, Bez, Arı ve Özkan, 2010). Öfke duygusu ile kaygı bozuklukları arasındaki ilişki alanyazında dikkat çekmektedir (Ashwin vd., 2012; Hawkins ve Cogle, 2011). Araştırmalarda öfkenin dışarıya ifade edilemediği durumlarda bastırılarak kaygıyı yordadığını ve böylece bastırılan öfkenin, kaygının hem gelişiminde hem de devamlılığında önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (Erdem vd., 2008; Hisli-Şahin, Durak Batıgün ve Koç,

2011). Bastırılan öfke neticesinde içe dönük öfke ifadesinin kullanılmasının, daha şiddetli kaygı belirtileri yaşanması ile ilişkili olduğu farklı araştırmalarda göze çarpmaktadır (Erdem vd., 2008; Erdur-Baker, Özgülük, Turan ve Demirci-Danışık, 2009). Öfke ile kaygı arasında karşılıklı tetikleme vardır. Şöyle ki; öfkenin artması, kontrol edilmesini zorlaştırarak kaygıyı tetiklemekte ve var olan kaygı da öfke düzeyi üzerinde rol oynamaktadır (Erdem vd., 2008). Duyguları değerlendirme ve ifade etmede, kaygı bozukluğu olan kişiler olmayanlara oranla daha fazla zorlanmaktadır. Bunun sonucu olarak da öfke duygusunu da kontrol etmekte zorluklar görülmektedir. Bu zorluklar öfkeyi daha da arttırmaktadır. Artan öfke kişinin kendisine ve diğerlerine yöneltildiğinde patolojik sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Erdem vd., 2008). Örneğin, Bridewell ve Change (1997), öfke, depresyon, kaygı ve düşmanlık tutumu üzerine yaptıkları araştırmada özellikle içe dönük öfke ifadesinin kaygı üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir.

Panik bozukluk tanılı hastalarda öfke üzerine yapılan bir çalışmada uzun süredir panik bozukluk tanısı olan kişilerde yakın zamanda panik bozukluk tanısı almış kişilere oranla daha fazla öfke eğilimi olduğu görülmüştür (Sugaya vd., 2015). Sugaya ve arkadaşlarına (2015) göre panik bozukluk tanılı kişilerde panik belirtilerinin günlük yaşamı etkilemesi ve bunun uzun süreli olması, bu kişilerin zamanla öfke duygusuna daha fazla eğilim sergilemelerine sebep olmaktadır.

Özellikle öfke düzeyinin artmasıyla panik bozukluk şiddetinin de artması aradaki ilişki dikkat çekicidir (Cassello-Robbins vd., 2015). Örneğin öfke atakları üzerine yapılan bir çalışmada panik bozukluk tanılı hastaların, diğer kaygı bozukluklarına sahip kişilerde de görüldüğü gibi yaklaşık %30'unun, son aylarda öfke atakları yaşadıkları belirtilmektedir (Gould vd., 1996). Bu bilgilerden hareketle öfkenin düzenlenmesindeki sorunların panik bozukluk üzerinde de yordayıcı olabileceği düşünülmektedir. Öfkenin de diğer birçok duygu gibi düzenlenemediği durumlarda, kişiler arası ilişkilerin, üretkenliğin ve işlevselliğin bozulması; fiziksel ve ruhsal sorunların yaşanması gibi önemli sorunlara neden olabileceği görülmektedir (Tatlılıoğlu ve Karaca, 2013). Dolayısıyla öfkenin yalnızca düzeyi ve ifadesi değil, duygu düzenleme stratejileriyle ilişkisi de panik bozukluk şiddetini yordayabileceği düşünülmektedir.



#### 1.4. Bilişsel Duygu Düzenleme

Geniş anlamda duygu düzenleme, kişilerin belirli duyguları, etkileri, ruh hali ve stresi içeren duygu yüklü durumları yönetmek için aktif çabasını ifade eder (Koole, 2009). Thompson'a (1991) göre duygu düzenleme; duygusal tepkilerin, özellikle şiddetinin ve zamansal özelliklerinin değerlendirilmesi ve bunların düzenlenmesi üzerine çalışmak olarak tanımlanmaktadır.

Duygu düzenleme için biyolojik, sosyal, davranışsal durumların yanı sıra bilinçli ve bilinçdışı birtakım süreçler gibi birçok bileşenden söz edilebilmektedir (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001; Koole, 2009). Hızlanan nabız, soluk sıklığının değişkenlik göstermesi ya da terleme gibi uyarılar bedensel olarak ele alınırken; desteklere ulaşma arayışı sosyal açıdan duygu düzenleme kavramı içinde ele alınabilmektedir (Garnefski vd., 2001). Bağırarak ağlamak ya da korkuyla koşmak gibi davranışlar ise yine duyguları düzenlemek amacıyla yapılabilecek davranış örnekleridir (Werner ve Gross, 2010). Duygular; seçici dikkat işlemleri, bellek çarpıtmaları, inkar etme ya da kendini suçlama, diğerlerini suçlama, felaketleştirme gibi birçok bilişsel süreçler tarafından da yönetilebilmektedir (Garnefski vd., 2001).

Bilişsel duygu düzenleme, duygusal tepkilerde rol oynayan bilişsel süreçlere odaklanır (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014). Duyguları düzenleme bağlamında bilişsel yönün önemi alanyazında dikkat çekmektedir. Bilişsel duygu düzenleme, yaşanan olayın nasıl algılandığı ve ne düşünüldüğüne göre şekillenmektedir (Garnefski vd., 2001; Koole, Dillen ve Sheppes, 2010; Werner ve Gross, 2010). Garnefski ve arkadaşları (2001) tarafından bilişsel duygu düzenlemenin 9 farklı boyutu öne sürülmüştür. Bunların her biri hayattaki stres verici ve tehdit eden olaylara karşı gelişen deneyimlerin nasıl algılandığını ve bu deneyimler ile düşünceleri içermektedir. Kişi, yaşadığı olumsuz durumlarla ilgili kendini ya da başkasını suçlayıcı düşüncelere sahip olabilmektedir. Yaşanan olayları olduğu gibi kabul edebilir ya da onları felaket çerçevesinde değerlendirebilir. Olaylarla ilişkili duygusal tepkilerle baş ederken plana yeniden odaklanarak yaşadığı olayları adım adım ele alıp atacağı adımları düşünebilir ya da olumlu yeniden odaklanma kullanarak sorunlar hakkında düşünmek yerine keyifli, memnuniyet verici şeyleri düşünmeyi

seçebilir. Tekrarlama/düşünceye odaklanma ile olumsuz olaylar ve hisleri birleştirmeyi, olumsuz olaylar hakkında süregelen düşünmeyi ele alabilir. Olumlu yeniden değerlendirme stratejisi ile düşüncelerdeki bağlantıların olumlu anlamlarını düşünebilir ve böylece duruma olumlu anlamlar yükleyerek kendini geliştirme yönünden de adım atabilir. Bakış açısına yerleştirme/olayın değerini azaltma ile olayın ciddiyetini ya da diğer olaylarla karşılaştırıldığında bağlantısının üzerinde durmayı azaltmayı seçebilir (Garnefski vd., 2001). Bu stratejilerden hangilerinin kullanıldığı cinsiyet ya da farklı psikiyatrik bozukluklar gibi birçok etkene göre değişmektedir (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legarstee ve Kommer, 2004; Zlomke ve Hahn, 2010).

Garnefski ve arkadaşları (2001) tarafından bilişsel duygu düzenleme stratejileri gruplandırılmıştır. Bu stratejilerden kendini suçlama, diğerlerini suçlama, tekrarlama/ruminasyon ve felaketleştirme/yıkım boyutları “uyumsuz duygu düzenleme stratejileri”; kabul, plana yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve bakış açısına yerleştirme/olayın değerini azaltma boyutları ise “uyumlu duygu düzenleme stratejileri” olarak düşünülebilir. Araştırmalara göre psikiyatrik tanısı olan kişiler uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini psikiyatrik bozukluk şikayeti olmayan kişilere göre daha fazla kullanmaktadır. (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Shweizer, 2010; Garnefski ve Kraaij, 2006; Garnefski ve Kraaij, 2007). Özellikle uyumsuz duygu düzenleme stratejileri psikiyatrik hastalıklarla daha fazla ilişkilidir (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2010; 2012).

Kullanılan duygu düzenleme stratejileri ile psikiyatrik bozuklukların belirtileri arasında bir ilişki bulunmaktadır (Aldao ve Nolen-Hoeksema 2012; Conklin vd., 2015). Örneğin Garnefski ve Kraaij (2007) kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejilerinin kaygı belirtileri ile ilişkili olduğunu belirterek, bilişsel davranışçı terapilerde kaygılı danışanlar ile çalışırken uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını azaltma yönünde çalışmalar yapılmasını önermektedir. Bilişsel duygu düzenlemenin özellikle kaygı bozukluklarında etkili olduğu farklı çalışmalarda da belirtilmektedir (Aldao vd., 2010; Garnefski ve Kraaij, 2006; Vatan, 2016). Örneğin Kraaij, Garnefski, Schroevers, Weijmer ve Helmerhorst (2010) olumlu yeniden odaklanma, ruminasyon ve felaketleştirmenin kaygı belirtilerinde yordayıcı olduğunu söylemektedir.

Uyumsuz stratejilerin kullanılması ile kaygı belirtilerinin şiddetinin artması arasında olumlu yönde bir ilişkinin olması, kaygı bozuklukları ile yapılan çalışmalarda bilişsel duygu düzenlemenin önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014).

Alanyazında, panik bozukluk ile duygu düzenleme arasında ilişki olduğu görülmektedir (Galang, Babson, Boden ve Bonn-Miller, 2015). Örneğin geçmişte beklenmeyen panik atak öyküsü olan kişiler hiç panik atak belirtmeyen kişilere göre kaçınma, duygusal kabul eksikliği, duygusal açıklık eksikliği gibi olumsuz duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullanabilmektedir (Tull ve Roemer, 2007). Buradan hareketle, bilişsel duygu düzenleme ile panik bozukluk arasındaki ilişkinin anlaşılması önem taşımaktadır.

Öfke duygusu bağlamında incelendiğinde kaygı bozukluklarında öfkenin diğer kişilere göre daha fazla olduğu farklı araştırmalarda görülmektedir (Deschenes, Dugas, Fracalanza ve Koerner, 2012; Moscovistch, McCabe, Antony, Rocca ve Swinson, 2008). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden özellikle olumlu yeniden değerlendirme, kabul ve bastırma stratejileri öfke düzeyinin azalmasıyla ilişkilidir (Szasz, Szentagotai ve Hofmann, 2011). Öfkenin dışa vurumu ve panik atak sırasında hissedilen belirtilerin felaketleştirilmesi de panik belirti şiddetini etkileyebilmektedir. Şöyle ki; hissedilen öfke bedeni uyararak panik belirtilerini ortaya çıkarabilmektedir. Bu belirtiler de felaketleştirilerek yorumlandığında belirtiler daha şiddetli hissedilebilmektedir (Hinton, Hsia, Um ve Otto, 2003). Bununla birlikte öfke ile panik bozukluk arasındaki ilişkide, bilişsel duygu düzenlemenin rolünün anlaşılma ihtiyacı devam etmektedir.

### **1.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu çalışmada belirtilen alanyazın bilgilerine dayanılarak panik bozukluk ile algılanan stres düzeyi arasındaki ilişki bilişsel duygu düzenleme bağlamında incelenmiş ve öfke duygusunun buradaki yeri sorgulanmıştır

Stres karşısında kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı belirtilerinin şiddeti üzerinde yordayıcılığı mümkündür (Ataman Temizel ve Dağ, 2014). Alanyazına bakıldığında farklı kaygı bozuklukları ile duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki görülmektedir (Carl, Soskin, Kerns ve Barlow, 2013;

Desrosiers, Vine, Curtiss ve Klemanski, 2014; Mathews, Kerns ve Ciesla, 2014). Bu sebeple panik bozukluk içinde de görülme sıklığı yüksek olan stresli durumlarda kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin panik bozukluk üzerinde önemli bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Stresli olayların kişi üzerindeki etkisi, olayın algılanmasına bağlı olarak değişebilmektedir (Davison ve Neale, 2011). Duygu düzenleme becerileri, kaygıyla ilişkili sorunlarla birlikte stres verici olayların kontrol edilmesini kolaylaştırabilir (Wirtz, Hoffmann, Riper ve Berking, 2014). Buradan hareketle panik bozukluk içinde de görülme sıklığı yüksek olan stres verici olaylar karşısında kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin panik bozukluk üzerinde önemli bir etkisi olacağı düşünülmektedir

Kaygı bozukluklarında öfke duygusunun diğer kişilere göre daha fazla olduğu göze çarparken öfkenin panik bozukluk üzerinde de yordayıcı olabileceği görülmektedir (Cassielo-Robbins vd., 2015; Moscovistch vd., 2008; Sugaya vd., 2015). Öte yandan, DiGiuseppe ve Tarrate (2007) öfkeli danışanlarla çalışıldığında öfkenin psikiyatrik hastalıklarda kısmen ele alınması yerine daha geniş alanlarda değerlendirilmesini önermektedir. Bu bağlamda öfkenin kontrol edilebilmesinin ve düzenlenmesinin de panik bozukluk üzerinde önemli olacağı düşünülmektedir.

Alanyazında panik bozukluk ile stres ilişkisinde duyguların rolünü inceleyen çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, ayrıca öfke duygusunun rolü de değerlendirilerek, algılanan stres düzeyi üzerinde panik bozuklukta öfkenin düzenlenmesinin önemi araştırılmış olunacaktır. Böylece, panik bozukluğun bilişsel modele dayalı açıklamalarına, öfke duygusunun ve düzenleme stratejisinin rolü de katkı sağlayacaktır.

## **1.6. Araştırma Soruları ve Hipotezler**

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt bulunması beklenmektedir:

- Panik bozukluk tanısı olan kişiler ile olmayan kişiler arasında algılanan stres düzeyinde anlamlı bir fark var mıdır?
- Panik bozukluk tanısı olan kişiler ile olmayan kişiler arasında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzlarında anlamlı bir fark var mıdır?
- Panik bozukluk tanısı olan kişiler ile olmayan kişiler arasında kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinde anlamlı bir fark var mıdır?

- Panik bozukluk şiddeti ile algılanan stres, sürekli öfke, öfke ifade tarzları ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Yukarıdaki araştırma sorularına göre, bu çalışmada test edilen araştırma hipotezleri şu şekildedir:

- Panik bozukluk tanısı olan kişilerin, olmayan kişilere göre algılanan stres düzeyinin daha fazla olması beklenmektedir.
- Panik bozukluk tanısı olan kişilerin, olmayan kişilere göre öfke düzeyinin daha fazla olması ve bu iki grup arasında öfke ifade tarzlarının farklılaşması beklenmektedir.
- Panik bozukluk tanısı olan kişiler ile olmayan kişiler arasında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin farklılaşması; özellikle uyumsuz stratejilerin panik bozukluk tanısı alanlarda daha fazla kullanılması beklenmektedir.
- Algılanan stresin, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, panik bozukluk şiddetini anlamlı olarak yordaması beklenmektedir.

## II. BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2.1. Örneklem

Bu çalışma için uygun örnekleme yöntemi ile toplam 250 gönüllü katılımcıdan veri toplanmıştır. Araştırma hipotezleri doğrultusunda, 2 alt örneklem grubu (klinik ve kontrol) oluşturulması hedeflenmiştir.

Araştırma örnekleminin klinik grubu, bir psikiyatrik değerlendirme sonucunda panik bozukluk tanısı alan 18-55 yaş (*Ort.* = 32.56, *SS* = 9.18) aralığındaki katılımcıları kapsamaktadır. Bu katılımcılara İstanbul ili içinde özel hastanelerin ve tıp merkezlerinin psikiyatri kliniklerinden ya da internet üzerinden ulaşılmıştır. Bu grup için 117 katılımcıdan veri toplanmış; yaş kriterine uymayan ya da eksik doldurulan veriler çıkarılarak, toplamda 109 kişinin verisi çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın diğer örneklem alt grubu, kontrol grubundan oluşmaktadır. 18-53 (*Ort.* = 26.43, *SS* = 5.73) yaş aralığında ve İstanbul'da yaşayan katılımcılara kağıt-kalem yoluyla ve internet üzerinden ulaşılmıştır. Bu grup için 133 kişiden veri toplanmış; eksik doldurulan veriler çıkarılarak 127 kişinin verisi çalışmada kullanılmıştır.

Çalışmaya iki alt gruptan toplam 236 kişi (*Ort.* = 29.25, *SS* = 8.10) katılmıştır. Klinik grubunun % 59.63'ü ( $n = 65$ ) kağıt-kalem yoluyla çalışmaya katılırken, % 40.37'si ( $n = 44$ ) internet üzerinden çalışmaya katılmıştır. Kontrol grubunun ise % 0.79'u ( $n = 1$ ) kağıt-kalem yoluyla çalışmaya katılırken % 99.21'i ( $n = 126$ ) internet üzerinden katılmıştır.

Katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında klinik grubunun % 64.2'si ( $n = 70$ ) kadınlardan, % 35.8'i ( $n = 39$ ) erkeklerden oluşmaktadır. Kontrol grubunun % 59.8'i ( $n = 76$ ) kadınlardan, % 40.2'si ( $n = 51$ ) erkeklerden oluşmaktadır.

Katılımcıların eğitim seviyesi incelendiğinde klinik grubunun; % 9.2'si ( $n = 10$ ) ilkökul mezunu, % 7.3'ü ( $n = 8$ ) ortaokul mezunu, % 22'si ( $n = 24$ ) lise mezunu, % 20.2'si ( $n = 22$ ) üniversite öğrencisi, % 32.1'i ( $n = 35$ ) üniversite mezunu ve % 9.2'si ( $n = 10$ ) yüksek lisans ya da doktora mezunudur. Kontrol grubunun; % 0.8'i

( $n = 1$ ) ortaokul mezunu, % 8.7'si ( $n = 11$ ) lise mezunu, % 28.3'ü ( $n = 36$ ) üniversite öğrencisi, % 45.7'si ( $n = 58$ ) üniversite mezunu ve % 16.5'i ( $n = 21$ ) yüksek lisans ya da doktora mezunudur.

Çalışma durumuna bakıldığında klinik grubundaki katılımcıların % 51.4'ü ( $n = 56$ ) aktif olarak çalışmakta, % 47.7'si ( $n = 52$ ) çalışmamaktadır. Katılımcıların % 0.9'u ( $n = 1$ ) çalışıp çalışmadığını belirtmemiştir. Kontrol grubunda ise katılımcıların % 54.3'ü ( $n = 69$ ) aktif olarak çalışmakta, % 45.7'si ( $n = 58$ ) çalışmamaktadır.

Sosyo-ekonomik düzeylerine bakıldığında; klinik grubundaki katılımcıların % 10.1'i ( $n = 11$ ) düşük, % 78'i ( $n = 85$ ) orta ve % 11'i ( $n = 12$ ) yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 0.9'u ( $n = 1$ ) sosyo-ekonomik düzey belirtmemiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların % 3.9'u ( $n = 5$ ) düşük, % 86.6'sı ( $n = 110$ ) orta ve % 9.4'ü ( $n = 12$ ) yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Medeni durumları incelendiğinde; klinik grubundaki katılımcıların % 49.5'i ( $n = 54$ ) bekar, % 50.5'i ( $n = 55$ ) evli olduklarını belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcıların % 79.5'i ( $n = 101$ ) bekar, % 20.5'i ( $n = 26$ ) evli olduklarını belirtmişlerdir.

Klinik gruptaki katılımcıların % 45'i ( $n = 49$ ) çocuğu olduğunu, % 54.1'i ( $n = 59$ ) çocuğu olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 0.9'u ( $n = 1$ ) çocuğu olup olmadığını belirtmemiştir. Kontrol grubunda ise katılımcıların % 15.7'si ( $n = 20$ ) çocuğu olduğunu, % 83.5'i ( $n = 106$ ) çocuğu olmadığını belirtmişlerdir. Bu katılımcılardan ise % 0.8'i ( $n = 1$ ) çocuğu olup olmadığını belirtmemiştir.

Kimlerle yaşadıklarına bakıldığında klinik grubundaki katılımcıların % 89'u ( $n = 97$ ) ailesi ile yaşamakta, % 1.8'i ( $n = 2$ ) akrabaları ile yaşamakta, % 5.5'i ( $n = 6$ ) arkadaşı ile yaşamakta, % 3.7'si ( $n = 4$ ) yalnız yaşamaktadırlar. Kontrol grubundaki katılımcıların % 77.2'si ( $n = 98$ ) ailesi ile yaşamakta, % 11'i ( $n = 14$ ) arkadaşı ile yaşamakta ve %11.8'i ( $n = 15$ ) yalnız yaşamaktadırlar.

Katılımcıların daha önce psikolojik ya da psikiyatrik yardım alıp almadığı incelendiğinde klinik örneklemin panik bozukluk tanısı dışında farklı psikiyatrik tanılar da alabileceği görülmüştür. Bu psikiyatrik tanılarının en çok kaygı bozukluğu olduğu görülmekle beraber sırasıyla yaygın kaygı bozukluğu, depresyon, okb gibi psikiyatrik tanılar görülmüştür. Ayrıca dikkat eksikliği ve epilepsi gibi farklı tanılar da görülmüştür. Klinik alt grubundaki kişilerin % 73.4'ü ( $n = 80$ ) şu anda psikiyatrik ilaç almakta, % 25.7'si ( $n = 28$ ) ise almamaktadırlar. Bu katılımcılardan % 0.9'u ( $n$

= 1) ise Şu anda psikiyatrik ilaç alıp almadığını belirtmemiştir. Kontrol grubunda ise katılımcıların %20.5'i ( $n = 26$ ) daha önce psikiyatrik ya da psikolojik yardım aldığı, % 79.5'inin ( $n = 101$ ) almadığı grlmektedir. Kontrol grubundaki kişilerin daha önceki tanılarına bakıldığında kayđı bozukluğu, depresyon, okb, sosyal fobi, dikkat eksikliği ve strese bağlı migren gibi farklı tanılar grlmektedir. Bu kişilerin % 99.2'si ( $n = 126$ ) Şu anda psikiyatrik ilaç almadıklarını belirtirlerken % 0.8'i ( $n = 1$ ) Şu anda psikiyatrik ilaç alıp almadığını belirtmemiştir. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1a.**Katılımcıların Demografik zellikleri.

Değişkenler	Klinik ( $n = 109$ )				Kontrol ( $n = 127$ )			
	Ort.	SS	$n$	%	Ort	SS	$n$	%
<b>Yaş</b>	32.55	9.17			26.43	5.73		
<b>Cevap Türü</b>								
Kağıt kalem			65	59.63			1	0.79
İnternet			44	49.37			126	99.21
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın			70	64.2			76	59.8
Erkek			39	35.8			51	40.2
<b>Eğitim Seviyesi</b>								
İlkokul Mezunu			10	9.2			-	-
Ortaokul Mezunu			8	7.3			1	0.8
Lise Mezunu			24	22			11	8.7
Üniversite ğrencisi			22	20.2			36	28.3
Üniversite Mezunu			35	32.1			58	45.7
Yüksek Lisans ya da Doktora Mezunu			10	9.2			21	16.5
<b>alıŐma Durumu</b>								
Evet			56	51.4			69	54.3
Hayır			52	47.7			58	45.7
BelirtmemiŐ			1	0.9			-	-



**Tablo 1b.** Katılımcıların Demografik Özellikleri (devam)

<b>Değişkenler</b>	<b>Klinik</b>		<b>Kontrol</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Sosyo-Ekonomik Düzey</b>				
Düşük	11	10.1	5	3.9
Orta	85	78	110	86.6
Yüksek	12	11	12	9.4
Belirtilmemiş	1	0.9	-	-
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	54	49.5	101	79.5
Evli	55	50.5	26	20.5
<b>Çocuk</b>				
Evet	49	45	20	15.7
Hayır	59	54.1	106	83.5
Belirtilmemiş	1	0.9	1	0.8
<b>Birlikte Yaşanan</b>				
Aile	97	89	98	77.2
Akraba	2	1.8	-	-
Arkadaş	6	5.5	14	11
Yalnız	4	3.7	11.8	15
<b>Psikolojik/Psikiyatrik</b>				
<b>Yardım Geçmişi</b>				
Var	86	78.9	26	20.5
<b>Yok</b>	23	21.1	101	79.5
<b>Şu Anda Psikiyatrik</b>				
<b>İlaç Kullanımı</b>				
Var	80	0.9	-	-
Yok	28	25.7	126	99.2
Belirtilmemiş	1	0.9	1	0.8

## 2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcılara; demografik bilgi formu (EK B), Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ, EK C), Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10, EK D), Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ, EK E) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ, EK F) uygulanmıştır.

### 2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi, medeni durum, kiminle birlikte yaşadığı, psikiyatrik ya da psikolojik yardım öyküsü gibi demografik bilgilere yönelik sorular içermektedir.

### 2.2.2. Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ)

Panik bozukluk tanısı almış kişilerde panik bozukluğun şiddetini değerlendirmek amacıyla Bandelow (1995) tarafından geliştirilmiştir. 14 maddeden oluşan ölçekte, her madde kendi özelliğine göre 0 ile 4 arasında derecelendirilmektedir. Ölçek, panik atakların özellikleri, fobik kaçınmalar, beklenti kaygısı, yeti yitimi/sosyal ilişkilerde kısıtlanmalar ile bedensel hastalık inançları olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin öz bildirim (hasta) ve gözlemci formu olmak üzere 2 farklı versiyonu bulunmaktadır (Bandelow, 1995; Bandelow, Hajak, Holzrichter, Kunert ve Rüther, 1995). Bu çalışmada kullanılan öz bildirim formu için Cronbach's alfa değeri .89 olarak bulunmuştur (Bandelow, 1995). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Tural, Fidaner, Alkın ve Bandelow (2000) tarafından yapılmıştır. Bu uyarlama, özgün forma uygun olarak yine 14 maddeden oluşmakta, ancak fobik kaçınma ve yeti yitimi aynı faktör içine alınarak toplamda 4 alt boyutta değerlendirilmektedir. Türkçe versiyonun Cronbach's alfa değerleri gözlemci formu için .88, öz bildirim formu için .86 bulunmuştur (akt. Böke, Pazvantoglu, Babadağı, Ünverdi, Ay, Çetin ve Şahin, 2015).

Öz bildirim formunda her alt boyut maddelerinin toplamı, o boyutun toplam puanını; her boyutun toplamı da panik bozukluk şiddetinin toplam puanını belirlemektedir. Elde edilen toplam puanlar 0-8 arasındaysa "remisyon", 9-16 arasındaysa "hafif", 19-28 arasındaysa "orta", 29-39 arasındaysa şiddetli ve 40 ve üstü ise "çok şiddetli" olarak ölçülmektedir.

Bu çalışmada ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği incelendiğinde Cronbach's alfa iç tutarlılık değeri ölçeğin bütünü için .89 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları ayrıca incelendiğinde; panik atak özellikleri alt boyutu için (u maddesi hariç) .78, agorafobi-yeti yitimi alt boyutu için .83, beklenti kaygısı alt boyutu için .84 ve sağlık kaygısı alt boyutu için .68 olarak bulunmuştur.

### **2.2.3. Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10)**

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından, kişinin hayatındaki bazı durumları ne derecede stresli algıladığını ölçmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Özgün form 14 maddeden oluşmakta ve her madde 0 "hiçbir zaman" ile 4 "çok sık" arasında değişen 5'li Likert tipinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin güvenilirliği üniversite öğrencileri, psikoloji dersi alan üniversite öğrencileri ve sigara bırakma programına başvuran kişilerden oluşan 3 farklı grupta yapılmış Cronbach's alfa değerleri her grup için sırasıyla .84, .85 ve .86 olarak bulunmuştur (Cohen vd., 1983).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy tarafından (2013) yapılarak 14, 10 ve 4 maddeden oluşan 3 farklı formunun geçerliliği sınanmıştır. Her formun Cronbach's alfa değeri sırasıyla .84, .82 ve .66 bulunmuştur. Ölçekte "yetersiz özyeterlik algısı" ile "stres/rahatsızlık algısı" olmak üzere 2 farklı faktör yapısı bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması algılanan stresin yükseldiğini göstermektedir

Bu çalışmada toplam ölçek için Cronbach's alfa değeri .84; yetersiz özyeterlik algısı için .75 ve stres algısı için .84 bulunmuştur.

### **2.2.4. Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)**

Öfke duygusunun şiddetini ve ifadesini ölçmek amacıyla Spielberger ve arkadaşları (1983) tarafından sürekli öfkeyi ve öfke ifade tarzını ölçmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1 "hiç" ve 4 "tümüyle" arasında değişen 4'lü Likert tipinde değerlendirilmektedir. Özgün formu 34 maddeden oluşmakta ve ilk 10 maddesi sürekli öfkeyi ölçmektedir. Ölçeğin 24 maddesi ise, içe atılan öfke (öfke – içe), dışa yansıtılan öfke (öfke – dışa) ve öfke kontrolü (öfke kontrol) olarak 3 farklı öfke ifade tarzını değerlendirmektedir. Ölçek alt boyutları .73 ile .84 arasında değişen iç tutarlılığa sahiptir (Spielberger, Johnson, Russel, Crane, Jacobs and Worden, 1985).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Özer (1994) tarafından öğrenci, hemşire, yönetici gibi farklı örneklerle çalışılarak yapılmıştır ve Cronbach's alfa değerleri sürekli-öfke için .79; öfke-tarz alt ölçeğinde öfke-içte boyutu için .62, öfke dışta için .78, öfke-kontrol için .84 bulunmuştur.

Sürekli öfke ölçeğinden alınan yüksek puan öfke düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Öfke ifade tarzı ölçeğinde ise öfke-içte alt boyutundan alınan yüksek puan öfkenin dışarı ifade edilmeyip bastırıldığını, öfke-dışta alt boyutundan alınan yüksek puan öfkenin dışarıya rahatlıkla yansıtılabildiğini ve öfke kontrol alt boyutundan alınan yüksek puan öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir (Özer, 1994).

Bu çalışmada sürekli öfke için Cronbach's alfa .84 bulunmuştur.Öfke ifade tarzları için tutarlılık değerlerine bakıldığında; öfke-içte alt boyutu için.77, öfke dışta alt boyutu için .79 ve öfke kontrol alt boyutu için.87 bulunmuştur.

#### **2.2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)**

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, stres verici yaşam olaylarında kişilerin kullandıkları 9 farklı bilişsel stratejiyi ölçmek amacıyla Garnefski ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiştir. 36 madde ve 9 boyuttan oluşan ölçeğin maddeleri 1 “Bana hiç uygun değil” ile 5 “Bana tamamıyla uygun” arasında değişen 5’li Likert tipinde değerlendirilmektedir. Kendini suçlama (self blame) alt boyutu yaşanan olaylarda kendine dair suçlayıcı düşünceleri gösterirken; kabul etme (acceptance) alt boyutu olayları olduğu gibi kabul etme düzeyini; düşünceye odaklanma-ruminasyon (rumination)/derin düşünme alt boyutu olumsuz olayları sürekli düşünmeyi ölçmektedir. Olumlu yeniden odaklanma (positive refocusing) alt boyutu olayların olumlu yanlarını düşünmeyi; plana yeniden odaklanma (refocus on planning) alt boyutu olayı adım adım ele alarak atılacak adımları düşünme düzeyini; olumlu yeniden gözden geçirme (positive reappraisal) alt boyutu olumlu yanları değerlendirme düzeyini ifade etmektedir. Bakış açısına yerleştirme (putting into perspective) alt boyutu farklı olaylarla karşılaştırarak yaşanan olayın değerini azaltma düzeyini; felaketleştirme/yıkım (catastrophizing) alt boyutu olayların dehşetine odaklanma düzeyini ve diğerlerini suçlama (other blame) alt boyutu da yaşanan olayda diğerlerini suçlayıcı düşüncelerin düzeyini ölçmektedir. Özgün ölçekte alt boyutların Cronbach's alfa iç tutarlılık değerler .68 ile .83 arasında değişmekte ve tüm ölçek için bu değer .92'dir (Gernefski vd., 2001). Ölçeğin

puanlaması her maddenin toplanması ile elde edilmektedir. Her alt boyut için alınan yüksek puan o alt boyutun belirlediği stratejinin daha çok kullanıldığını ifade etmektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Onat ve Otrar (2010) tarafından yapılarak özgün ölçeğe uygun şekilde 9 alt boyut elde edilmiştir. Boyutların Cronbach's alfa değeri .67 ile .81 arasında değişmektedir. Toplam ölçek için Cronbach's alfa değeri .78 bulunmuştur.

Bu çalışmada ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği incelendiğinde Cronbach's alfa iç tutarlılık değerleri kendini suçlama alt boyutu için .71; başkalarını suçlama alt boyutu için .84; ruminasyon alt boyutu için .77; felaketleştirme alt boyutu için .83; olumlu yeniden odaklanma alt boyutu için .66; plana yeniden odaklanma alt boyutu için .82; olumlu yeniden gözden geçirme alt boyutu için .81; bakış açısına yerleştirme alt boyutu için .74 ve kabul alt boyutu için .65 bulunmuştur.

### **2.3. İşlem**

Çalışma için ilk olarak Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan uygulama için gerekli onay alınmıştır. Daha sonra İstanbul ili içindeki özel hastaneler ile özel tıp merkezlerinin psikiyatri kliniklerine başvuran hastalardan panik bozukluk tanısı almış olan gönüllü katılımcılara öz bildirim ölçekleri dağıtılmıştır. Ayrıca panik bozukluk tanısı alan ve almayan gönüllü katılımcılar çalışmaya [www.surveey.com](http://www.surveey.com) adlı çevrimiçi siteden de katılabilmişlerdir. Bir ölçek setinin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Verilerin girişi ve analizler için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır.

### **2.4. Verilerin Analizi**

Araştırmada tüm değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisini değerlendirmek için korelasyon analizi yapılmıştır. Ardından, katılımcıların dahil olunan grup (panik bozukluk tanısı almış klinik grup ile panik bozukluk tanısı olmayan kontrol grubu) değişkenine göre araştırmada yer alan değişkenler için elde edilen puanlar açısından farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla Çok Yönlü Varyans Analizi (MANOVA) yapılmıştır. Son olarak, panik bozukluk tanısı almış klinik grup

içinde değişkenlerin panik bozukluk üzerindeki yordayıcılığını incelemek için Hiyerarşik Regresyon analizi yapılmıştır.



## III. BÖLÜM

### BULGULAR

#### 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri

Çalışmada hipotez testleri için kullanılan Panik Agorafobi Ölçeği'nin (PAÖ) panik atağın özellikleri, agorafobi, beklenti kaygısı, yeti yitimi ve sağlık konusunda kaygı alt boyutları; Algılanan Stres Ölçeği'nin (ASÖ) yetersiz özyeterlik algısı ve stres algısı alt boyutları; Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği'nin (SÖÖTÖ) sürekli öfke, öfke-içer, öfke-dışa ve öfke-kontrol alt boyutları ile Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin (BDDÖ) uyumsuz stratejiler olarak kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve uyumlu stratejiler olarak olumlu yeniden odaklanma, plana yeniden odaklanma, olumlu yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme ve kabul alt boyutlarına ait ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2a.** Ölçeklerin Betimsel Bilgileri

Ölçekler	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS.</i>	En Düşük ve En Yüksek Değerler
<b>PAÖ</b>				
Panik Özellikleri	107	4.51	2.82	0-12
Agorafobi-Yeti Yitimi	107	5.72	3.97	0-16
Beklenti Kaygısı	109	3.68	2.08	0-8
Sağlık Kaygısı	108	2.79	2.23	0-8
<b>ASÖ</b>				
Yetersiz Özyeterlilik	236	7.77	2.74	2-16
Stres Algısı	236	13.05	4.51	0-24

**Tablo 2b.** Ölçeklerin Betimsel Bilgileri (devam)

Ölçekler	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS.</i>	En Düşük ve En Yüksek Değerler
<b>SÖÖTÖ</b>				
Sürekli Öfke	236	21.28	5.6	10-40
Öfke-İç	236	17.14	4.61	8-32
Öfke-Dış	236	15.52	4.18	8-32
Öfke-Kontrol	236	21.5	5.01	8-32
<b>BDDÖ</b>				
Kendini Suçlama	236	2.37	1.06	4-20
Diğerlerini Suçlama	236	9.83	3.56	4-20
Ruminasyon	236	12.64	3.46	4-20
Felaketleştirme	236	9.32	3.94	4-20
Olumlu Yeniden Odaklanma	236	10.53	3.23	4-20
Plana Yeniden Odaklanma	236	13.16	3.77	4-20
Olumlu Yeniden Gözden Geçirme	236	12.01	3.91	4-20
Bakış Açısına Yerleştirme	236	11.48	3.45	4-20
Kabul	236	10.67	3.07	4-20

Not: PAÖ = Panik Agorafobi Ölçeği, ASÖ = Algılanan Stres Ölçeği, SÖÖTÖ = Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği, BDDÖ = Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

### 3.2. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçları

Çalışmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayıları hesaplanarak incelenmiştir (analiz sonuçları Tablo 3'te sunulmuştur). Çalışma örnekleminin geniş olması göz önünde bulundurularak, korelasyon katsayısı .20 ve üzeri olan değerler anlamlı olarak yorumlanmıştır.

İlk olarak Panik Agorafobi Ölçeğinin panik özellikleri alt boyutu, agorafobiyeti yitimi ( $r = .53, p < .001$ ), beklenti kaygısı ( $r = .63, p < .001$ ), sağlık kaygısı ( $r = .60, p < .001$ ), yetersiz özyeterlik ( $r = .34, p < .001$ ) ve stres algısı ( $r = .44, p < .001$ ) arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki belirlenmiştir. Öfke ile ilişkili



değişkenlerden, öfke-içer (  $r = .21, p < .05$ ), öfke-dışar (  $r = .20, p < .05$ ), ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama (  $r = .22, p < .05$ ), diğerlerini suçlama (  $r = .24, p < .05$ ) ve felaketleştirme (  $r = .46, p < .01$ ) boyutlarıyla da anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Agorafobi-yeti yitimi alt boyutunun diğer panik bozukluk alt boyutlarından beklenti kaygısı (  $r = .70, p < .001$ ) ve sağlık kaygısı (  $r = .63, p < .001$ ) ile pozitif; stres alt boyutlarından yetersiz özyeterlik (  $r = .28, p < .01$ ) ve stres algısı (  $r = .51, p < .001$ ) ile pozitif, öfke ile değişkenlerden sürekli öfke (  $r = .32, p < .001$ ), öfke-içer (  $r = .26, p < .01$ ) ve öfke-dışar (  $r = .33, p < .001$ ) ile pozitif; bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden felaketleştirme (  $r = .32, p < .001$ ) alt boyutu ile de pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yeti yitimi ile öfke-kontrol (  $r = -.21, p < .05$ ), plana yeniden odaklanma stratejisi (  $r = .22, p < .05$ ) arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Panik Agorafobi Ölçeğinin beklenti kaygısı alt boyutu ile sağlık kaygısı (  $r = .69, p < .001$ ), yetersiz özyeterlik (  $r = .36, p < .001$ ), stres algısı (  $r = .56, p < .001$ ), kendini suçlama (  $r = .24, p < .05$ ), ve felaketleştirme (  $r = .40, p < .001$ ) boyutlarıyla anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, beklenti kaygısı ile plana yeniden odaklanma (  $r = -.25, p < .01$ ) arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Sağlık kaygısı alt boyutu ile yetersiz özyeterlik (  $r = .34, p < .001$ ), stres algısı (  $r = .48, p < .001$ ), diğerlerini suçlama (  $r = .22, p < .05$ ) ve felaketleştirme (  $r = .36, p < .01$ ) stratejileri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Algılanan Stres Ölçeği'nin yetersiz özyeterlik alt boyutu ile stres algısı (  $r = .46, p < .001$ ), öfke-içer (  $r = .22, p < .01$ ), felaketleştirme (  $r = .39, p < .001$ ) arasında anlamlı ve pozitif yönde; öfke-kontrol (  $r = .31, p < .001$ ), olumlu yeniden odaklanma (  $r = .37, p < .001$ ), plana yeniden odaklanma (  $r = .38, p < .001$ ), olumlu yeniden değerlendirme (  $r = .46, p < .001$ ), bakış açısına yerleştirme (  $r = .28, p < .001$ ) ile negatif yönde ilişki belirlenmiştir. Stres algısı alt boyutu ile sürekli öfke (  $r = .36, p < .001$ ), öfke-içer (  $r = .31, p < .001$ ), öfke-dışar (  $r = .30, p < .001$ ), kendini suçlama (  $r = .23, p < .01$ ), diğerlerini suçlama (  $r = .31, p < .001$ ), ruminasyon (  $r = .28, p < .001$ ), felaketleştirme (  $r = .44, p < .001$ ) ve kabul (  $r = .24, p < .001$ ) stratejileriyle pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği'ndeki sürekli öfke alt boyutunun öfke-içer (  $r = .48, p < .001$ ), öfke-dışar (  $r = .73, p < .001$ ), kendini suçlama (  $r = .27, p < .001$ ), diğerlerini suçlama (  $r = .35, p < .001$ ), ruminasyon (  $r = .28, p < .001$ ),

felaketleştirme ( $r = .38, p < .001$ ), bakış açısına yerleştirme ( $r = .20, p < .01$ ) ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, öfke-kontrol ( $r = .25, p < .001$ ) ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Öfke-içer boyutunun öfke-dışa ( $r = .32, p < .001$ ), kendini suçlama ( $r = .32, p < .001$ ), diğerlerini suçlama ( $r = .46, p < .001$ ), ruminasyon ( $r = .37, p < .001$ ), felaketleştirme ( $r = .47, p < .001$ ) ve kabul ( $r = .33, p < .001$ ) boyutlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Öfke-dışa boyutunun kendini suçlama ( $r = .23, p < .001$ ), diğerlerini suçlama ( $r = .31, p < .001$ ), ruminasyon ( $r = .20, p < .01$ ), felaketleştirme ( $r = .27, p < .001$ ), ve bakış açısına yerleştirme ( $r = .24, p < .001$ ) ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Öfke-kontrol boyutunun ruminasyon ( $r = .24, p < .001$ ), olumlu yeniden odaklanma ( $r = .30, p < .001$ ), plana yeniden odaklanma ( $r = .36, p < .001$ ), olumlu yeniden değerlendirme ( $r = .33, p < .001$ ), kabul ( $r = .22, p < .01$ ) ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin kendini suçlama boyutu ile diğerlerini suçlama ( $r = .20, p < .01$ ), ruminasyon ( $r = .49, p < .001$ ), felaketleştirme ( $r = .41, p < .001$ ), bakış açısına yerleştirme ( $r = .25, p < .001$ ) ve kabul ( $r = .54, p < .001$ ) stratejileri ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Diğerlerini suçlama boyutu ile ruminasyon ( $r = .38, p < .001$ ), felaketleştirme ( $r = .62, p < .001$ ) ve kabul ( $r = .30, p < .001$ ), arasında pozitif yönde ilişki belirlenmiştir. Ruminasyon boyutu ile felaketleştirme ( $r = .33, p < .001$ ), plana yeniden odaklanma ( $r = .34, p < .001$ ), olumlu yeniden değerlendirme ( $r = .27, p < .001$ ), bakış açısına yerleştirme ( $r = .26, p < .001$ ) ve kabul ( $r = .42, p < .001$ ) boyutlarının anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Felaketleştirme ile kabul ( $r = .33, p < .001$ ) arasında da pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Olumlu yeniden odaklanma boyutu ile plana yeniden odaklanma ( $r = .49, p < .001$ ), olumlu yeniden değerlendirme ( $r = .64, p < .001$ ), bakış açısına yerleştirme ( $r = .58, p < .001$ ) ve kabul ( $r = .23, p < .001$ ) boyutlarının pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Plana yeniden odaklanma boyutu ile olumlu yeniden değerlendirme ( $r = .72, p < .001$ ), bakış açısına yerleştirme ( $r = .51, p < .001$ ) pozitif yönde anlamlı olduğu saptanmıştır. Olumlu yeniden değerlendirme ile bakış açısına yerleştirme ( $r = .67, p < .001$ ) arasında pozitif, bakış açısına yerleştirme ile kabul ( $r = .29, p < .001$ ) arasında da pozitif ilişki saptanmıştır.

**Tablo 3a.** Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.	1								
2.	.53***	1							
3.	.63***	.70***	1						
4.	.60***	.63***	.69***	1					
5.	.34***	.28**	.36***	.34***	1				
6.	.44***	.51***	.56***	.48***	.46***	1			
7.	.13	.32**	.17	.12	.17**	.36***	1		
8.	.21*	.26**	.15	.18	.22**	.31***	.48***	1	
9.	.20*	.33**	.08	.12	.07	.30***	.73***	.32***	1
10.	-.02	-.21*	-.13	-.02	-.31***	-.16*	-.25***	.17**	-.19**
11.	.22*	.18	.24*	.12	.08	.23***	.27***	.32***	.23***
12.	.24*	.20*	.19*	.22*	.18**	.31***	.35***	.46***	.31***
13.	.10	.18	.09	.16	.02	.28***	.28***	.37***	.20**
14.	.46***	.32**	.40***	.36***	.39***	.44***	.38***	.47***	.27***
15.	-.10	-.15	-.14	-.18	-.37***	-.08	.03	-.05	.10
16.	-.14	-.22*	-.25**	-.06	-.38***	-.08	.07	.04	.19**
17.	-.12	-.19*	-.19*	-.09	-.46***	-.07	.03	-.09	.16*
18.	-.14	-.08	-.08	-.01	-.28***	.08	.20**	.03	.24***
19.	.17	-.98	.08	.08	.14*	.24***	.16*	.33***	.12

Not 1: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ; Not 2: 1. Panik Özellikleri, 2. Agorafobi-Yeti Yitimi, 3. Beklenti Kaygısı, 4. Sağlık Kaygısı, 5. Yetersiz Özyeterlilik, 6. Stres Algısı, 7. Sürekli Öfke, 8. Öfke-İçe, 9. Öfke-Dışa, 10. Öfke-Kontrol, 11. Kendini Suçlama, 12. Diğerlerini Suçlama, 13. Ruminasyon, 14. Felaketleştirme, 15. Olumlu Yeniden Odaklanma, 16. Plana Yeniden Odaklanma, 17. Olumlu Yeniden Gözden Geçirme, 18. Bakış Açısına Yerleştirme, 19. Kabul

**Tablo 3b.** Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları  
(devam)

	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.	1									
11.	.10	1								
12.	.07	.20**	1							
13.	.24***	.49***	.38***	1						
14.	-.03	.41***	.62***	.33***	1					
15.	.30***	.08	.09	.10	-.15*	1				
16.	.36***	.19**	.07	.34***	-.01	.49***	1			
17.	.33***	.18**	.01	.27***	-.16*	.64***	.72***	1		
18.	.15*	.25***	.10	.26***	.02	.58***	.51***	.67***	1	
19.	.22**	.54***	.30***	.42***	.33***	.23***	.18**	.17**	.29***	1

Not 1: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ; Not 2: 1.Panik Özellikleri, 2. Agorafobi-Yeti Yitimi, 3. Beklenti Kaygısı, 4. Sağlık Kaygısı, 5. Yetersiz Özyeterlilik, 6. Stres Algısı, 7. Sürekli Öfke, 8. Öfke-İç, 9.Öfke-Dış, 10.Öfke-Kontrol, 11.Kendini Suçlama, 12. Diğerlerini Suçlama, 13. Ruminasyon, 14. Felaketleştirme, 15. Olumlu Yeniden Odaklanma, 16. Plana Yeniden Odaklanma, 17. Olumlu Yeniden Gözden Geçirme, 18. Bakış Açısına Yerleştirme, 19. Kabul

### 3.3. Algılanan Stres Düzeyi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplara Bağlı Farklılıklarının İncelenmesi

Algılanan stres düzeyinin, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının ve kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin gruplar (klinik ve kontrol grupları) arasında anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır.

#### 3.3.1. Algılanan Stres Düzeyinin Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Algılanan Stres Ölçeği'nin (ASÖ) alt boyutlarının (algılanan stres ve yetersiz özyeterlik) klinik ( $n = 109$ ) ve kontrol ( $n = 217$ ) grubunda anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları, dahil olunan grubun algılanan stres düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermiştir [ Wilks'  $\lambda = .98$ ; Multivariate  $F(2,233) = 1.84, p > .05, \eta^2 = .02$  ].

**Tablo 4.** Algılanan Stres Düzeyinin Gruplar Açısından Karşılaştırılması

Kaynak	Multivariate			Univariate			
	Wilks' $\lambda$	F	sd	$\eta^2$	F	sd	$\eta^2$
GRUP	.98	1.84	2,233	.02	-	-	-
ASÖ- Algılanan Stres	-	-	-	-	2.98	1,234	.01
ASÖ- Yetersiz Özyeterlik	-	-	-	-	2.32	1,234	.01

Not: ASÖ: Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği

#### 3.3.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların dahil oldukları gruba (klinik, kontrol) göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları alt boyutlarının (sürekli öfke, öfke-içe, öfke-dışa ve öfke-kontrol) farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları, dahil olunan grubun sürekli öfke ve öfke ifade tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir [ Wilks'  $\lambda = .95$ ; Multivariate  $F(4,231) = 2.91, p < .05, \eta^2 = .05$  ].

Buna göre bir sonraki adımda, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarından hangilerinin gruplara göre farklılaştığını incelemek için Bonferroni düzeltmesiyle tek değişkenli (univariate) analizlere bakılmıştır. Bonferroni düzeltmesine göre, tek değişkenli analizler için .01'in (alpha değerinin ölçek alt boyu sayısına bölünmesi ile bulunmuştur, yani  $.05/4 = .01$ ) altındaki alpha değerleri dikkate alınmıştır. Düzeltmeden sonraki analiz sonuçlarına göre; sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarından yalnızca öfke-içe alt boyutunun klinik ya da kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur [  $F(1,234) = 7.05, p < .01, \eta^2 = .03$  ]. Buna göre, klinik gruptaki ( $Ort = 17.99$ ) katılımcıların kontrol grubundaki ( $Ort = 16.41$ ) katılımcılara göre daha fazla öfke-içe tarzını kullandıkları görülmüştür.

**Tablo 5.** Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Gruplar Açısından Karşılaştırılması

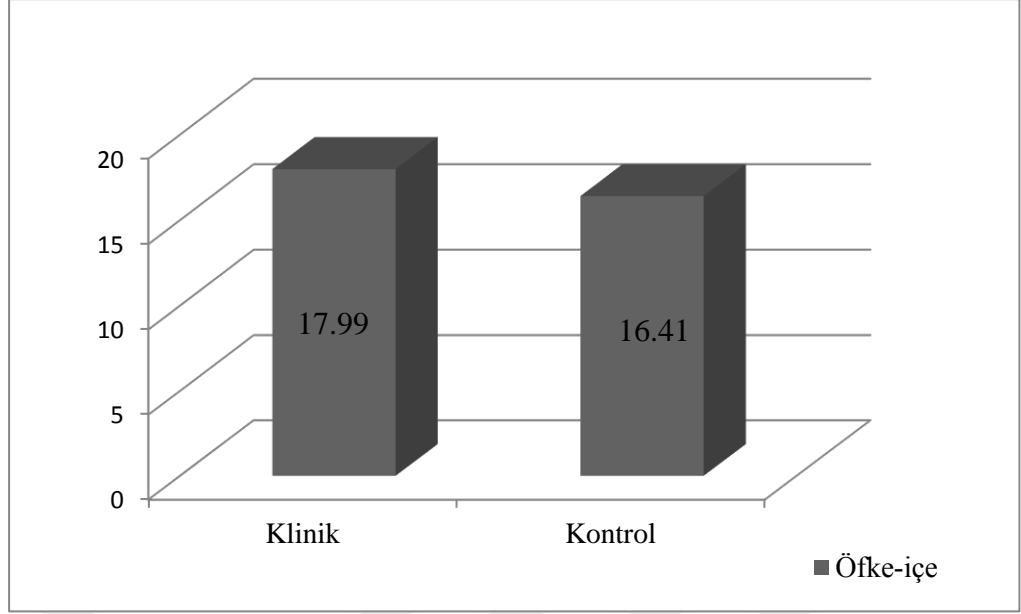
Kaynak	Multivariate				Univariate		
	Wilks's $\lambda$	F	sd	$\eta^2$	F	sd	$\eta^2$
GRUP	.95	2.91*	4.231	.05	-	-	-
SÖÖTÖ- Sürekli Öfke	-	-	-	-	1.80	1,234	.00
SÖÖTÖ- Öfke-İçe	-	-	-	-	7.05**	1,234	.03
SÖÖTÖ- Öfke-Dışa	-	-	-	-	0.25	1,234	.00
SÖÖTÖ- Öfke- Kontrol	-	-	-	-	.00	1,234	.00

Not 1: SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği; Not 2: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ,

**Tablo 6.** Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Gruplara Göre Ortalamaları

	Klinik	Kontrol
SÖÖTÖ- Sürekli Öfke	21.81 <sub>a</sub>	20.83 <sub>a</sub>
SÖÖTÖ- Öfke-İçe	17.99 <sub>a</sub>	16.41 <sub>b</sub>
SÖÖTÖ- Öfke-Dışa	15.37 <sub>a</sub>	15.65 <sub>a</sub>
SÖÖTÖ- Öfke- Kontrol	21.49 <sub>a</sub>	21.50 <sub>a</sub>

Not 1: SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği; Not 2: Her alt boyut için aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbiri ile anlamlı olarak farklılaşmaktadır.



Şekil 2: Gruplara Göre Öfke-içe Boyutu Ortalamaları

### 3.3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Grup Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların dahil oldukları gruba göre (klinik, kontrol) Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin (BDDÖ) alt boyutlarının (Diğerlerini Suçlama, Ruminasyon, Felaketleştirme, Olumlu Yeniden Odaklanma, Plana Yeniden Odaklanma, Olumlu Yeniden Gözden Geçirme, Bakış Açısına Yerleştirme ve Kabul) farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için Tek Yönlü MANOVA yapılmıştır. Analiz sonuçları, dahil olunan grubun kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir [ Wilks'  $\lambda = .86$ ; Multivariate  $F(9,225) = 4.10$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .14$  ].

Buna göre bir sonraki adımda, kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden hangilerinin gruplara göre farklılaştığını incelemek için Bonferroni düzeltmesiyle tek değişkenli (univariate) analizlere bakılmıştır. Bonferroni düzeltmesine göre, tek değişkenli analizler için .005'in (alpha değerinin ölçek alt boyu sayısına bölünmesi ile bulunmuştur, yani  $.05/9 = .005$ ) altındaki alpha değerleri dikkate alınmıştır. Düzeltmeden sonraki analiz sonuçlarına göre; bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden yalnızca felaketleştirme boyutunun klinik ya da kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur [  $F(1, 233) = 18.95$ ,  $p <$

.001,  $\eta^2 = .08$ ]. Buna göre, klinik gruptaki ( $Ort= 10.43$ ) katılımcıların kontrol grubundaki ( $Ort= 8.29$ ) katılımcılara göre daha fazla felaketleştirme stratejisini kullandıkları gözlenmiştir.

**Tablo7.** Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplar Açısından Karşılaştırılması

Kaynak	Multivariate				Univariate		
	Wilks' $\lambda$	F	sd	$\eta^2$	F	sd	$\eta^2$
GRUP	.86	4.10*	9,225	.14	-	-	-
BBDÖ-Kendini Suçlama	-	-	-	-	2.00	1,233	.01
BBDÖ-Diğerlerini Suçlama	-	-	-	-	4.80	1,233	.02
BBDÖ-Ruminasyon	-	-	-	-	0.02	1,233	.00
BBDÖ-Felaketleştirme	-	-	-	-	18.95*	1,233	.08
BBDÖ-Olumlu Yeniden Odaklanma	-	-	-	-	.12	1,233	.00
BBDÖ-Plana Yeniden Odaklanma	-	-	-	-	1.99	1,233	.01
BBDÖ-Olumlu Yeniden Gözden Geçirme	-	-	-	-	4.48	1,233	.02
BBDÖ-Bakış Açısına Yerleştirme	-	-	-	-	2.15	1,233	.01
BBDÖ-Kabul	-	-	-	-	0.19	1,233	.00

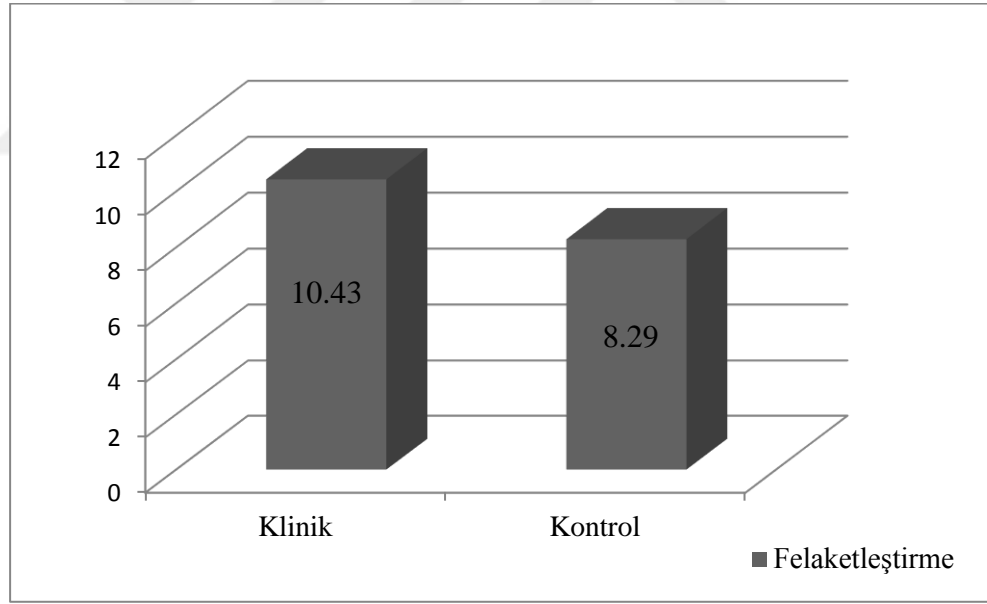
Not 1: BBDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri; Not 2: \* $p < .001$



**Tablo 8.** Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplara Göre Ortalamaları

	Klinik	Kontrol
BBDÖ-Kendini Suçlama	10.46 <sub>a</sub>	9.90 <sub>a</sub>
BBDÖ-Diğerlerini Suçlama	10.32 <sub>a</sub>	9.33 <sub>a</sub>
BBDÖ-Ruminasyon	12.66 <sub>a</sub>	12.59 <sub>a</sub>
BBDÖ-Felaketleştirme	10.43 <sub>a</sub>	8.29 <sub>b</sub>
BBDÖ-Olumlu Yeniden Odaklanma	10.47 <sub>a</sub>	10.61 <sub>a</sub>
BBDÖ-Plana Yeniden Odaklanma	12.80 <sub>a</sub>	13.50 <sub>a</sub>
BBDÖ-Olumlu Yeniden Gözden Geçirme	11.46 <sub>a</sub>	12.53 <sub>a</sub>
BBDÖ-Bakış Açısına Yerleştirme	11.86 <sub>a</sub>	11.20 <sub>a</sub>
BBDÖ-Kabul	10.77 <sub>a</sub>	10.59 <sub>a</sub>

Not 1: BBDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri; Not 2: Her alt boyut için aynı harfi paylaşmayan ortalamalar birbiri ile anlamlı olarak farklılaşmaktadır.



*Şekil 3:* Gruplara Göre Felaketleştirme Boyutu Ortalamaları

### 3.4. Panik Bozukluk Şiddetini Yordayan Faktörler

Panik bozukluk tanılı kişilerde ( $n = 109$ ) panik bozukluk şiddetini yordayan faktörleri incelemek için hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde panik

bozukluk şiddetini gösteren Panik Agorafobi Ölçeği'nin toplam puanı bağımlı değişkendir. Bağımsız değişkenler, regresyon denklemine 4 basamakta girilmiştir. İlk basamakta olası etkilerini kontrol edebilmek için cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durum regresyon denklemine aşamalı yöntem kullanılarak alınmıştır. Demografik değişkenlerin olası etkileri kontrol edildikten sonra; ikinci basamakta Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği'ne (SÖÖTÖ) ait alt boyutlar; sürekli öfke, öfke-içe, öfke-dışa ve öfke-kontrol regresyon denklemine aşamalı yöntem olarak girilmiştir. Üçüncü basamakta Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'ne (BDDÖ) ait alt boyutlar; diğerlerini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, olumlu yeniden odaklanma, plana yeniden odaklanma, olumlu yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme ve kabul regresyon denklemine aşamalı yöntemle girilmiştir. Son olarak dördüncü basamakta Algılanan Stres Ölçeği'ne (ASÖ) ait alt boyutlar algılanan stres ile yetersiz özyeterlik algısı ile toplam stres puanı regresyon denklemine yine aşamalı yöntemle alınmıştır.

Analiz sonucuna göre demografik değişkenlerden hiçbirinin panik bozukluk ile anlamlı olarak ilişkili olmadığı görülmüştür. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarından öfke-içe boyutu [ $\beta = .24, t(103) = 2.52, p < .05, pr = .24$ ] regresyon denklemine girmiştir ve tek başına varyansın % 6'sını açıklamıştır,  $F_{değişimi}(1,103) = 6.33, p < .05$ . İkinci olarak, öfke-kontrol boyutu [ $\beta = -.23, t(102) = -2.36, p < .05, pr = .23$ ] regresyon denklemine girmiş ve açıklanan varyansı % 11'e yükseltmiştir,  $F_{değişimi}(1,102) = 5.57, p < .05$ . Üçüncü olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden felaketleştirme alt boyutu [ $\beta = .35, t(101) = 3.23, p < .01, pr = .31$ ] regresyon denklemine girerek açıklanan varyansı % 19'a yükseltmiştir,  $F_{değişimi}(1,101) = 10.41, p < .05$ . Dördüncü olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden plana yeniden odaklanma boyutu [ $\beta = -.19, t(100) = -2.02, p < .05, pr = .20$ ] regresyon denklemine girerek açıklanan varyansı %22'ye yükseltmiştir,  $F_{değişimi}(1,100) = 4.06, p < .05$ . Son olarak algılanan stres alt boyutu [ $\beta = .44, t(99) = 4.81, p < .05, pr = .44$ ] regresyon denklemine girerek açıklanan varyansı %37'ye yükseltmiştir,  $F_{değişimi}(1,99) = 23.11, p < .001$ .

Bu sonuçlara göre katılımcılarda, içe dönük öfke ifade tarzı, algılanan stres düzeyi ve felaketleştirme stratejisinin kullanımını arttıkça panik bozukluğun şiddetinin

de arttığı; buna karşılık, öfke kontrolü ve plana yeniden odaklanma stratejisinin kullanımıyla panik şiddetinin azaldığı belirlenmiştir.

**Tablo 9.** Panik Bozukluk Şiddetinin Yordayıcıları

	<i>F</i> değışımi	<i>sd</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>pr</i>	$R^2$
	<i>(grup içi)</i>					
<b>1. Basamak: Demografik</b>						
<b>Değişkenler</b>						
<b>II. Basamak: Sürekli Öfke ve</b>						
<b>Öfke İfade Tarzları</b>						
1) Öfke-içe	6.33*	1,103	.24	2.52*	.24	.06
2) Öfke-kontrol	5.57*	1,102	-.23	-2.36*	.23	.11
<b>III. Basamak: Bilişsel Duygu</b>						
<b>Düzenleme Stratejileri</b>						
3) Felaketleştirme	10.41**	1,101	.35	3.23**	.31	.19
4) Plana Yeniden Odaklanma	4.06*	1,100	-.19	-2.02*	.20	.22
<b>IV. Basamak: Algılanan Stres</b>						
5) Algılanan Stres	23.11***	1,99	.44	4.81***	.44	.37

Not: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ,

## IV. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmanın ilk amacı, panik bozukluk tanılı kişilerde algılanan stres düzeyinin, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin panik bozukluk tanısı almayan kişilere göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemektir. Çalışmada ayrıca yalnızca panik bozukluk tanılı kişiler ele alınarak algılanan stres düzeyi, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin panik bozukluk şiddetini yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Yapılan araştırma bulguları mevcut alanyazın ışığında tartışılmıştır.

#### **4.1. Araştırmanın Değişkenleri Arasında Korelasyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Çalışmada araştırma değişkenlerinden panik bozukluk belirtileri (panik özellikleri, agorafobi/yeti yitimi, beklenti kaygısı ve sağlık kaygısı), sürekli öfke ve öfke ifade tarzları (sürekli öfke, öfke-içe, öfke-dışa ve öfke-kontrol) ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, olumlu yeniden odaklanma, plana yeniden odaklanma, olumlu yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme ve kabul) arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiştir.

Panik bozukluk belirtilerinden panik özellikleri alt boyutu ile yetersiz özyeterlik, stres algısı, içe yöneltilen öfke, dışa yöneltilen öfke, kendini suçlama, diğerlerini suçlama ve felaketleştirme stratejileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bulgular, alanyazında dikkat çeken stres artışı ile panik bozukluğun arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Kim, Song ve Lee, 2017; Lteif ve Mavisakalian, 1995; Pereira-Morales vd., 2017). Algılanan stresin, panik şiddetinin yanı sıra panik özellikleri ile de pozitif yönde ilişkili olması önemli ve alanyazını destekleyen bir bulgudur. Buna göre, stresin panik belirtilerini arttırması mümkün olduğu kadar; panik belirtilerinin varlığı da kişilerde stres algısının artmasına neden olabilmektedir. Kaygı bozukluklarında içe yöneltilen öfke bedensel belirtilerin

şiddetlenmesinde etkili olabilmektedir (Bridewell ve Change, 1997; Koh, Kim, Kim, Park ve Han, 2008). Kaygı bağlamında, panik özelliklerinin şiddeti ele alınarak düşünüldüğünde, panik özelliklerinin öfke ifade tarzları ile arasında ilişki olması alanyazınla tutarlıdır. Öfke düzeyi ve ifade tarzı panik bozukluğun özelliklerinin belirlenmesinde önemli olabilir. Öfke tarzları incelenirken panik bozukluk ile ilişkisinin kapsamlı olarak değerlendirilmesinin panik bozukluğun anlaşılmasında ve çalışılmasında önemli bilgiler sağlayabileceği düşünülmektedir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri bağlamında bakıldığında panik bozuklukta uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin daha fazla olduğu farklı çalışmalarda öne çıkmaktadır (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014; Galang vd., 2015). Panik özellikleri boyutu üzerinden düşünüldüğünde uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin panik özellikleri alt boyutu ile ilişkili çıkması bu bilgiyi desteklemektedir. Çalışma sonucu, kişinin kendini ya da diğerlerini suçlayıcı şekilde yaklaşmasının ve öfke düzeyinin panik özellikleri ile pozitif yönde ilişkisini ortaya koymuştur.

Panik bozuklukta agorafobi-yeti yitimi alt boyutunun sürekli öfke, içe yöneltilen öfke, dışa yöneltilen öfke ve felaketleştirme stratejisi arasında pozitif yönde; öfke-kontrol ve plana yeniden odaklanma stratejisi ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Panik bozukluk tanılı kişilerde öfke düzeyi diğer kişilere oranla daha yüksektir (Cassiollo-Robbins vd., 2015). Agorafobi/yeti yitimi alt boyutu panik bozuklukta günlük yaşamı oldukça olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda günlük yaşamın kısıtlanması ile öfke duygusunun artması arasındaki ilişki dikkat çekicidir. Agorafobinin tanısal özellikleri dikkate alındığında felaketleştirme stratejisinin daha fazla kullanımının çevreyi tehlikeli olarak algılamayla ilişki olduğu düşünülebilir. Bulunulan ortamdaki durumun ve sonucunun daha felaketleştirilerek yorumlanması ile agorafobi arasında ilişki bulunmaktadır.

Panik bozukluk özelliklerinden beklenti kaygısı ve sağlık kaygısı alt boyutları ile yetersiz özyeterlik, stres algısı ve felaketleştirme stratejisi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Bunun dışında beklenti kaygısı alt boyutu ile kendini suçlama stratejisi arasında pozitif; plana yeniden odaklanma stratejisi ile negatif yönde bir ilişki de bulunmuştur. Sağlık kaygısı alt boyutu ise diğerlerini suçlama stratejisi ile pozitif yönde ilişkilidir. Algılanan stres düzeyi arttıkça kaygının da arttığı birçok çalışmada belirtilmektedir (Pereira-Morales vd., 2017; Wahed ve Hassan, 2017). Aynı zamanda kaygı şiddetinin artması ile uyumsuz duygu

düzenleme stratejileri; azalması ile uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri ilişkilidir. Örneğin felaketleştirme ve ruminasyon kaygı düzeyini olumlu olarak yordamaktadır (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014). Panik bozukluk özelinde de panik şiddetinin artması ile algılanan stres düzeyinin artması arasında bir ilişki bulunmaktadır (Moitra vd., 2011). Ayrıca, panik bozukluk tanılı kişiler duygularını düzenlemekte daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (Galang vd., 2015). Bu bilgilerden hareketle panik şiddetinin alt boyutları olan panik atağın yeniden yaşanılacağına ve beden sağlığına ilişkin kaygı artması ile algılanan stres düzeyinin birbirini karşılıklı olarak tetiklediği söylenebilir. Bu sırada uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin daha fazla kullanılması bu kaygının daha da şiddetlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Örneğin kendini ya da başkalarını suçlayıcı şekilde yaklaşmanın kişi üzerinde gerginliği arttıracığı ve kişilerarası ilişkiyi etkileyebileceği göz önünde bulundurulursa; bu durumların yaşanan kaygı ile ilişkili olması beklenebilir. Panik bozuklukta bilişsel duygu düzenlemenin çalışılması panik bozukluğun şiddeti açısından etkili sonuçlar doğurabilir. Bireylerin felaketleştirmeyi daha az kullanarak stres düzeyini azaltmaları, kendini ve başkasını suçlamak yerine; çözüm odaklı baş etme stratejilerini kullanmaları panik tedavisinde etkili bir rol oynayabilir.

Çalışmada algılanan stres ölçeğinin alt boyutları olan yetersiz özyeterlik ve stres algısının içe yöneltilen öfke ve felaketleştirme stratejisi ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Stres algısı ayrıca sürekli öfke, dışa yöneltilen öfke, kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve kabul stratejileri ile pozitif yönde ilişkilidir. Yetersiz özyeterlik ise öfkenin kontrol edilmesi, olumlu yeniden odaklanma, plana yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve bakış açısına yerleştirme stratejileri ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Algılanan stres düzeyi ile öfke ifadesi arasındaki ilişki dikkat çekicidir. Alanyazında da öfkenin bastırılması ile stresin daha yüksek algılanması arasında bir ilişki ortaya konmuştur (Yamaguchi, Kim, Akutsu ve Oshio, 2015). Bununla birlikte bastırılan öfkenin mi stres algısını, yoksa stres algısının mı öfkenin bastırılmasını tetiklediğine yönelik açıklamalar hala netlik kazanmamıştır. Stres karşısında kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri, durumun şiddetini arttırabilir ya da azaltabilir (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014). Çalışma bulgularındaki bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin algılanan stres ile ilişkisi bu bilgileri desteklemektedir. Kısaca, öfke

düzeyi ve nasıl ifade edildiği ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin stresin anlaşılmasında önemli olduğu görülmektedir.

Çalışmada öfke ifade tarzlarından sürekli öfke, öfkenin içe ve dışa yöneltilmesi ile kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme stratejileri arasında ile pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Buna ek olarak öfkenin içe yöneltilmesi alt boyutu ile kabul stratejisinin; öfkenin dışa yöneltilmesi alt boyutu ile bakış açısına yerleştirme stratejisinin de pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Sürekli öfke alt boyutu ise bakış açısına yerleştirme stratejisi ile pozitif yönde; öfkenin kontrol edilmesi ile negatif yönde ilişkilidir. Martin ve Dahlen (2005), bilişsel duygu düzenleme stratejilerinde öfke, kaygı ve stresin rolünü inceledikleri araştırmada; bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden felaketleştirme boyutunun, öfkenin daha fazla dışa vurulması üzerinde etkili olduğu ve diğerlerini suçlama, ruminasyon, kabul ile olumlu yeniden değerlendirme boyutlarının ise öfkenin daha fazla içe atılmasında etkili olduğunu belirtmektedir. Öfke ile yapılacak çalışmalarda öfkenin uyumsuz duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisine dikkat edilmesi, öfkenin kontrol ve doğru ifadesini pekiştirici yollar ortaya koyabilir.

Öfke ifade tarzlarından öfkenin kontrol edilmesi ile ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plana yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve kabul stratejileri arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgularla tutarlı olarak uyumlu duygu düzenleme stratejileri öfke kontrolünde etkili olabileceği bildirilmektedir (Szasz vd., 2011) Örneğin olumlu yeniden odaklanmanın öfke kontrolünün artmasında etkili olduğu ortaya konmuştur (Martin ve Dahlen, 2005). Öfkenin kontrol edilmesinin stresli durumlarda çözüm odaklı yaklaşımları kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. bu nedenle öfke kontrolü üzerine yapılacak çalışmalarda uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerin kullanımının artırılmasının etkili olması beklenmektedir.

#### **4.2. Algılanan Stres Düzeyi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Gruplara Bağlı Farklılıklarının Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada, algılanan stresin, öfkenin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, panik bozukluk tanısına sahip kişiler ve kontrol grubu arasındaki farklılıkları incelenmiştir.

Araştırmada ilk olarak panik bozukluk tanılı kişilerden oluşan klinik grup ile panik bozukluk tanısı almayan kişilerden oluşan kontrol grubu, algılanan stres düzeyi açısından karşılaştırılmıştır; fakat anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alanyazında panik bozukluk gelişiminde stresin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Özellikle panik bozukluğun gelişiminden önceki yakın zamanlarda yaşanan stres verici olaylar ile panik bozukluk arasında önemli bir ilişki vardır (Etik vd., 2007; Kim vd., 2017; Klauke vd., 2010). Bunun yanı sıra panik bozukluk tanılı kişiler ile panik bozukluk tanısı almayan kişilerin karşılaştırıldığı araştırmalarda panik bozukluk tanılı kişilerin yaşamındaki stres verici olayların daha fazla olduğu da görülmektedir (Lteif ve Mayısakalian, 1995; Moitra vd., 2011). Alanyazının aksine bu çalışmada panik bozukluk ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamaması, stres türlerinin kontrol edilmemesi ile ilgili olabilir. Katılımcıların ne tür durumları stres olarak algıladıkları ölçülmemiştir. Bunun dışında stres verici olayları ne kadar stresli olarak algıladıkları önemlidir. Ayrıca panik bozukluk örnekleminin büyük bir kısmı tedavi sürecindedir. Tedavinin süresi ve gidişatı, algılanan stresin azalmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmada ikinci olarak, sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade tarzları klinik ve kontrol gruplarında karşılaştırılmıştır. Panik bozukluk tanılı kişilerin panik bozukluk tanısı almayan kişilere göre öfkelerini daha fazla içe attıkları görülmüştür. Bu bulgu alanyazın ile tutarlıdır. Öfkenin içe atılması, öfke ifadesini zorlaştırmakta ve daha fazla kaygı belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (Erdur vd., 2009). Panik bozuklukta, panik belirtileri ile beraber öfke düzeyinin de arttığı bilinmektedir (Cassiello-Robbins vd., 2015; Sugaya vd., 2015). Ayrıca panik bozukluk tanısı alan kişiler, panik bozukluk tanısı almayan kişilere göre öfke ifadesinde daha fazla zorlanmakta ve bu ifadeyi daha fazla bastırma eğilimindedir (Baker vd., 2004). Bu ilişkinin açıklanması için ifade edilmeyip bastırılan ve içe yönlendirilen öfkenin



bedensel belirtilere neden olabileceği; bu bedensel belirtilerin de panik belirtilerine dönüşebileceğini öne sürmek mümkündür.

Sürekli öfke düzeyi, öfkenin dışa vurumu ve kontrol edilmesinde ise iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Farklı örneklerde yapılan çalışmalarda panik bozukluk tanılı kişilerin dışa yönelik öfke ifadesini diğer kişilere göre daha fazla uyguladığı görülebilmektedir (Cassello-Robins vd., 2015; Sugaya vd., 2015). Ancak bazı araştırmalarda da bu çalışmadaki bulgularla tutarlı olarak panik bozukluk ile sürekli öfke düzeyi, öfkenin dışa vurumu ve kontrol edilmesi arasında ilişki bulunamadığı belirtilmektedir. Örneğin Hawkins ve Cogle (2011) yaptıkları çalışmada panik bozukluk ile öfke deneyimi arasında anlamlı bir ilişki belirtmemiştir. Panik bozukluk ile sürekli öfke düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir. Ayrıca, klinik gruptaki katılımcıların çoğunluğu şu anda psikiyatrik ya da psikolojik destek aldıklarını belirtmiştir. Bu desteğin öfke düzeyi üzerinde bir etkisinin olmuş olma olasılığı düşünülmektedir.

Çalışmada son olarak klinik ve kontrol grubu, bilişsel duygu düzenleme stratejileri açısından karşılaştırılmış; sonuçlar yalnızca felaketleştirme stratejisinde anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir. Panik bozukluk tanılı kişiler, felaketleştirme stratejisini daha fazla kullanmaktadır. Farklı bir deyişle hissedilen duygunun felaketleştirilerek yorumlanması, panik bozuklukta daha fazla görülmektedir. Kaygı bozuklukları ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde felaketleştirme stratejisinin, psikiyatrik bozukluklarda herhangi bir psikiyatrik geçmişi olmayanlara göre daha fazla kullanıldığı ve kaygı düzeyi üzerinde yordayıcı olduğu görülmektedir (Garnefski vd., 2002; Kraaij vd., 2010). Panik bozukluğun bilişsel modelinde de kaygıyı tetikleyen bir tehdit algısı olduğunda bedensel belirtiler ortaya çıkmakta ve bu bedensel belirtilerin felaketleştirilerek yorumlanması yine kaygıyı şiddetlendirmektedir (Clark, 1986). Bu bilişsel model incelendiğinde olayların ve bedensel belirtilerin felaketleştirilerek yorumlanması gibi hissedilen duyguların da felaketleştirilmesi aynı bağlamda ele alınabilir.

Klinik grup ile kontrol grubu arasında uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin kullanımında bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu alanyazın ile kısmen tutarlıdır. Uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin kaygı bozuklukları ile daha az ilişkili

olduğu bilinmektedir (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2010). Panik bozukluk özelinde düşünüldüğünde panik bozukluğun doğasında bedensel belirtilerin felaketleştirilerek yorumlandığı görülmektedir (Clark, 1986). Bununla birlikte alanyazında panik bozukta bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin rolünü araştıran oldukça kısıtlı çalışmaya ulaşılmıştır. Bu sebeple buradaki bulgular bu konuda ileride daha kapsamlı modellerin test edilmesinin önemli olabileceğini göstermektedir.

#### **4.3. Panik Bozukluk Şiddetini Yordayan Faktörlerin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada yalnızca panik bozukluğa sahip kişilerde panik bozukluk şiddetini yordayan faktörler öfke, bilişsel duygu düzenleme ve algılanan stres bağlamında incelenmiştir.

Çalışmada ilk olarak, öfke ifade tarzlarından içe dönük ifade tarzı arttıkça panik bozukluk belirtilerinin şiddetinin de arttığı bulunmuştur. Bu sonuç alanyazında içe atılan öfkenin, psikiyatrik bozuklukların şiddetinin artmasında etkili olduğu bilgisiyle tutarlıdır (Erdem vd., 2008; Deschenes vd., 2012; Kitamura ve Hasui, 2006; Koh vd., 2008). İçe atılarak bastırılan öfkenin kişinin yalnızca kendisi için değil, çevresi için de zararlı olma tehlikesi ortaya konmuştur (Soykan, 2003). Panik bozukluğun da bir kaygı bozukluğu olarak içe atılan öfkeyle bu anlamda ilişkili olduğu görülmektedir. İfade edilemeyen öfkenin, kişi üzerindeki gerginlik ve huzursuzluğu arttırarak hissedilen panik belirti şiddetini arttırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmadaki sonuç, öfkenin düzeyinden çok, öfkenin nasıl ifade edildiğinin panik bozukluk şiddeti üzerindeki önemini göstermektedir.

Çalışmada ayrıca öfke kontrolü azaldıkça panik bozukluk belirtilerinin arttığı da saptanmıştır. Alanyazında da öfke kontrolünün azaldıkça kaygı şiddetinin arttığı görülmektedir (Kitamura ve Hasui, 2006). Panik bozuklukta da öfkenin kontrol edilememesine bağlı olarak öfke atakları yaşanabileceği belirtilmektedir (Gould vd., 1996). Öfkenin kontrol edilememesi bedensel belirtilerin kontrol edilememesi ile ilişkili olabilir. Böylece öfke kontrolünün azalması panik belirtilerinin şiddetlenmesine katkı sağlayabilir. Bu bağlamda panik bozukluğun tedavisinde öfke kontrolünün arttırılmasına yönelik çalışmaların faydası öne çıkmaktadır.

Çalışmada ikinci olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden felaketleştirme stratejisinin daha fazla kullanılması panik belirtilerinin şiddetinin

artmasında etkili olduğu saptanmıştır. Alanyazın incelendiğinde de uyumsuz duygu dzenleme stratejilerinin, özellikle felaketleştirme stratejisinin, psikiyatrik bozuklukların belirtilerinde yordayıcı olduğu gürlmektedir (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2012; Conklin vd., 2015; Kraaij vd., 2010). Panik belirtilerinin felaketleştirilerek yorumlanması panik atak yaşamayı tetiklemektedir (Hinton vd., 2003). Panik bozukluğun bilişsel modelinde de (Clark, 1986) gürldüğu gibi bedensel belirtiler hissedildiğinde yaşanan yoğun korku ve kaygının felaketleştirilerek yorumlanması, panik belirtilerinin şiddetlenmesinde etkilidir. Bu bilgilerden yola çıkılarak, yalnızca beden duyuları değil yaşanan olaylar da değerlendirilirken kullanılan felaketleştirme stratejisinin, panik belirtilerinin artmasına neden olabileceği dűřünülebilir.

Bilişsel duygu dzenleme stratejilerinden plana yeniden odaklanmanın kullanımının artmasının panik belirtilerinin şiddetinin azalmasında etkili olduğu bulunmuştur. Alanyazında da plana yeniden odaklanma gibi uyumlu bilişsel duygu dzenleme stratejilerinin kaygı belirtilerinin azalması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2012; Conklin vd., 2015). Plana yeniden odaklanma stratejisi yaşanan olayın adım adım ele alınmasını ifade etmektedir (Garnefski vd., 2001). Bۆylece özellikle stresle ilişkili yaşam olaylarında çözüm odaklı baş etme yöntemleri, panik belirtilerinin azalmasında etkili olabilir.

Bu çalışmada alanyazının aksine kullanılan diğer bilişsel duygu dzenleme stratejileri ile panik bozukluğun şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Conklin vd., 2015; Galang vd., 2015). Ancak alanyazında bilişsel duygu dzenleme stratejileri ile kaygı bozukluklarının gelişimi ve şiddeti arasındaki ilişki araştırılırken panik bozukluk özelinde ele alan çalışmalar çok sınırlıdır. Bu doğrultuda bu çalışmanın, ileride yapılacak araştırmalarda panik bozukluk ve bilişsel duygu dzenleme stratejileri üzerinde kapsamlı bir çalışma yapılması adına yön gösterici olacağı dűřünülmektedir.

Çalışmada son olarak stres algısının artmasının panik bozukluk belirtilerinin şiddetinin artmasında yordayıcı bir faktör olduğu saptanmıştır. Moitra ve arkadaşları (2011), yaptıkları çalışmada aile içi çatışma, ayrılık gibi ilişkisel; işsizlik gibi maddi stres verici olaylar yaşandığında stres düzeyinin artmasıyla beraber panik bozukluk şiddetinin de arttığını belirtmektedir. Alanyazın incelendiğinde, genel olarak

algılanan stres düzeyi arttıkça panik belirtilerinin de şiddetlendiği görülmektedir (Girit Çetinkaya vd., 2011; Pereira-Morales vd., 2017). Stres aynı zamanda kalp hızının artması, mide sorunları gibi bedensel birtakım etkilere de sebep olmaktadır (Selye, 1950). Stresin bedende yarattığı etkiler göz önüne alındığında yüksek düzeydeki stresin panik belirtilerinin artmasında yordayıcı olabileceği düşünülebilir. Özetle algılanan stres düzeyi arttıkça kişi üzerindeki gerginliğin de arttığı söylenebilir. Buradan hareketle panik bozukluk hastalarında yapılan klinik çalışmalarda stres yönetimi, stres veren yaşam olaylarının azaltılması ve stres algısının bilişsel yeniden yapılanmasının sağlanması panik belirtilerinin kontrol altına alınmasında önemli rol oynayacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak öfkesini içe yönelten kişilerde stres düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir (Yamaguchi vd., 2015). Bu çalışmada, korelasyon analizinde görülen stres algısı ile öfke düzeyi ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki birlikte düşünüldüğünde; panik bozuklukta stres algısı ele alınırken öfke duygusuna da değinilmesi panik bozukluk ve stres ilişkisini daha iyi anlamaya yardımcı olabilir. Benzer şekilde uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının artması da stres düzeyinin azalmasında, stresle baş etme becerilerinin gelişmesinde etkili olabilir. Dolayısıyla panik bozuklukta panik belirtilerinin kontrol altına alınmasında; öfke ifadesinin ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, algılanan stres bağlamında daha etkili olması beklenebilir.

#### **4.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları**

Bu çalışma, panik bozukluğun bilişsel açıklamalarına duygunun rolünü eklemesi ile önemlidir. Alanyazında panik bozukluk ve algılanan stres düzeyinin çalışıldığı araştırmaların duygu bağlamında incelenmediği dikkat çekmektedir (Klauke vd., 2010; Moitra vd., 2011). Bunun dışında panik bozukluk ve bilişsel duygu düzenlemenin incelendiği çalışmalar da stres bağlamında ele alınmamıştır (Conklin vd., 2015; Tull ve Roemer, 2007). Panik bozukluğun algılanan stres düzeyinde spesifik bir duygu üzerinden incelenmesi, bu bağlamda yeni bir bilgi katarak alanyazına katkı sağlamaktadır. Ayrıca panik bozukluk ve öfke ifade tarzlarını içeren çalışmaya yurt dışında çok az rastlanırken yurt içinde rastlanmamıştır. Stresin tek başına değil öfke duygusu ile birlikte ele alınması, panik bozuklukta stres düzeyinin daha kapsamlı anlaşılmasına katkı sağlamaktadır. Panik bozuklukta kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kapsamlı çalışıldığı bir

araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, bu alanda da alanyazına katkıda bulunmaktadır. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri panik bozukluğun tedavisinde etkili olabilir. Panik bozukluk ile yapılacak klinik çalışmalarda da stres, öfke ve duygu düzenleme ilişkilerinin panik bozukluk tedavisinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Panik bozukluğun geniş bir örnekleme çalışılması araştırmanın bir diğer güçlü yönüdür. Örneğin panik bozukluk ve bilişsel duygu düzenlemenin çalışıldığı araştırmalarda daha az örneklem ile çalışıldığı görülmüştür (Galang vd., 2015; Tull ve Roemer, 2007; Wang vd., 2016). Bu araştırmadaki geniş örneklem, güvenilirliği arttırarak araştırma bulgularını güçlendirmektedir. Ayrıca bu araştırmada spesifik olarak panik bozukluk ele alınarak hem kontrol grubuyla hem de kendi içinde incelenmiştir. Böylece bu çalışma, panik bozukluğun daha iyi anlaşılması adına yeni bilgiler sunmaktadır.

Bununla birlikte bu çalışmada bazı kısıtlılıklar da söz konusudur. Öncelikli olarak verilerin büyük bir çoğunluğu İstanbul ilinden toplanmıştır. İleri çalışmalarda farklı şehirlerden veriler toplanarak temsil edicilik arttırılabilir. Bu araştırmada genel olarak stres algısı ele alınmış, katılımcıların ne tür durumları stres olarak algıladıkları değerlendirilmemiştir. İleriki çalışmalarda ilişkisel, finansal, hastalık gibi farklı türlerdeki stresin panik belirtileri ile ilişkisi detaylı olarak incelenebilir.

Çalışmaya katılan panik bozukluk tanılı kişilerden oluşan klinik grupta hastalık süresi ve tedavi seyri dikkate alınmamıştır. Hastalığın seyrinin uzun sürmesi, algılanan stres düzeyinde yordayıcı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca klinik grubun devam ettiği tedavi türünün, araştırma değişkenlerinde bir farklılığa neden olup olmadığı da değerlendirilmemiştir. Bunun dışında kağıt-kalem yoluyla toplanan verilerde panik bozukluk tanısı psikiytr hekimler tarafından kontrol edilirken internet üzerinden toplanan verilerde bu kontrol sağlanamamıştır. Psikiyatrik tanının kontrolünü sağlamak amacıyla internet üzerinden toplanan verilerde ölçeklerin başına “yalnızca doktor tarafından panik bozukluk tanısı koyulan kişiler” tarafından doldurulması gerektiği uyarısı yapılmıştır.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı, çalışma verilerinin öz bildirime dayalı ölçekler ile elde edilmesidir. Çalışmaya katılan kişilerin örneğin öfke ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerine ilişkin soruları yanlı yanıtlama olasılıkları bulunabilir.

#### 4.5. Sonuç ve Öneriler

Algılanan stres düzeyinde panik bozukluk tanılı kişiler ile panik bozukluk tanısı olmayan kişiler arasında anlamlı bir fark olmaması alanyazının aksine yeni bir bulgudur. Bu bulgunun gözden geçirilerek yeniden çalışılması bulguların tutarlılığını sınamak adına sonraki araştırmalara önerilmektedir. Ayrıca yapılacak çalışmalarda örneklemin ne kadar süredir panik bozukluk tanılı olduğu kontrol edilerek bu sürenin stres düzeyi ile bağlantısı olup olmadığı incelenebilir.

Panik bozuklukta duyguların önemli bir yeri olduğu söylenebilir. Bu duyguların nasıl düzenlendiği de panik şiddetinde etkili olabilmektedir. Bu çalışmada, hissedilen duyguların felaketleştirilmesi ile panik şiddetinin arttığı; plana yeniden odaklanılarak adım adım ele alınması ile de panik şiddetinin azaldığı görülmüştür. Bu ilişkilerin yanı sıra diğer bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin de panik bozukluk ile ilişkisinin farklı çalışmalarda sınanması alana yeni bilgiler katabilir. Ayrıca öfke duygusunun kontrol edilmesi ve öfkenin içe yönlendirilmesi yerine ifade edilmesi de panik belirtilerinin hafiflemesinde önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte, ileriki çalışmalarda diğer duyguların (örneğin utanç, suçluluk) panik belirtileri ile ilişkisinin incelenmesinin, bu hastalığın duygusal boyutuna dair daha kapsamlı bilgi sunabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın panik bozukluk ile yapılan klinik çalışmalara da katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Özellikle öfke ifade tarzlarının fark edilmesi ve öfke kontrolünün artırılması üzerine bilişsel ve davranışsal çalışmaların yapılması panik bozukluğun klinik tedavisinde önemli bir yol olabilir. Bu çalışmalar yapılırken öfkenin düzenlenmesi bağlamında bilişsel duygu düzenleme stratejileri ele alınabilir. Panik bozukluğun klinik çalışmalarında oluşturulan bilişsel vaka formülasyonuna, beden duygularının felaketleştirilmesi eklenirken bu felaketleştirmenin beden dışında yaşanan olaylara karşı yapılması da eklenebilir. Felaketleştirme, bilişsel çarpıtma olarak ele alınabilir. Bu bilişsel çarpıtma, bilişsel yeniden yapılandırılma ile çalışılıp panik belirtilerinin azalması sağlanabilir. Benzer şekilde, kaygı getiren durumda kişinin, kaçmak yerine çözüm odaklı yaklaşımlara yönelmesi üzerine de bilişsel ve davranışsal çalışmalar planlanabilir. Aynı zamanda panik bozuklukta stres düzeyinin azaltılmasına yönelik çalışılabilir. Bu hususta öfke bilişsel duygu düzenlemenin stres düzeyi ile ilişkisi göz önünde bulundurularak bahsedilen önerilere ek olarak stresle

başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, stres yönetiminin sağlanması gibi çalışmalar, panik bozukluğun tedavisinde önemli bir rol oynayabilir.



## KAYNAKLAR

- Ashwin, C., Holas, P., Broadhurst, S., Kokoszka, A., Georgiou, G. A. & Fox, E. (2012). Enhanced Anger Superiority Effect in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 329–336.
- Akvardar, Y., Çalrak, E., Etaner, U., Hürol, C., Sunat, H., Tükel, R. vd. (2006). *Psikanalitik Kurama Giriş*. Ankara: Bağlam Yayınevi.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of Cognitive Emotion Regulation Strategies: A Transdiagnostic Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When Are Adaptive Atrategies Most Predictive of Psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (1), 276-281.
- Alkın, T. (2002). Birinci Basamakta Panik Bozukluğu Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 3, 22-31.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2013), Beşinci Baskı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Birliği, Arlington VA, (Çev. Ertuğrul Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ampollini, P., Marchesi, C., Signifredi, R. & Maggini, C. (1997). Temperament and Personality Features in Panic Disorder With or Without Comorbid Mood Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 420-423.



- Ataman Temizel, E., & Dağ, İ. (2014). Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri*, 17, 7-17.
- Bandelow, B., Hajak, G., Holzrichter, S., Kunert, H. J. & Rüther, E. (1995). Assessing the Efficacy of Treatments for Panic disorder and Agoraphobia. I. Methodological Problems. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 83-93.
- Bandelow, B. (1995). Assessing the Efficacy of Treatments for Panic disorder and Agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 73-81.
- Bandelow, B. Späth, C., Tichauer, G. A., Broocks, A., Hajak, G. & Rüther, E. (2002). Early Traumatic Life Events, Parental Attitudes, Family History, and Birth Risk Factors in Patients With Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (4), 269-278.
- Bal, U., Çakmak, S. & Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22 (4), 441-459.
- Barışkın, E. (2009). Panik Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi. I. Savaşır, G. Soygüt & E. Kabakçı (editörler). *Bilişsel Davranışçı Terapiler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Beck, A. (1972). Cognition, Anxiety and Psychophysiological Disorders. C. D. Spielberger (Ed.). *Anxiety, Current Trends in Theory and Research Volume 2* (343-354). New York: Academic Press.
- Berle, D., Starcevic, V., Hannan, A., Milicevic, D., Lamplugh, C. & Fenech, P. (2008). Cognitive Factors in Panic Disorder, Agoraphobic Avoidance and Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 282-291.
- Böke, Ö., Pazvantoğlu, O., Babadağı, Z., Ünverdi, E., Ay, R., Çetin, E. & Şahin, A. R. (2015). Panik Bozukluğunda Üst Bilişler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 1-6.

- Bridewell, W.B., & Change, E. C. (1997). Distinguished Between Anxiety, Depression and Hostility: Relation to Anger-In, Anger- Out and Anger Control. *Personal Individual Differences*, 22 (4), 587-590.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C. & Barlow, D. H. (2013). Positive Emotion Regulation in Emotional Disorders: A Theoretical Review. *Clinical Psychology Review* 33, 343–360.
- Carrera, M., Herrán, A., Ayuso-Mateos, J. L., Sierra-Biddle, D., Ramírez, M. L., Ayestarán vd. (2006). Quality of Life in Early Phases of Panic Disorder: Predictive Factors. *Journal of Affective Disorders*, 94, 127–134.
- Cassiello-Robbins, C., Conklin, L. R., Anakwenze, U., Gorman, J. M., Woods, S. W., Shear, M. K. vd. (2015). The Effects of Aggression on Symptom Severity and Treatment Response in a Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 1–8.
- Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (4), 461-70.
- Cohen S, Kamarck T & Mermelstein R (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., Kessler, R. C. & Underwood Gordon, L. (1997). Strategies for Measuring Stress in Studies of Psychiatric and Psysical Disorders. S. Cohen, R. C. Kessler & L. Underwood Gordon (Eds). *Measuring Stress- A Guide for Health and social Scientists* (3-28). New York: Oxford University Press.
- Conklin, I. R., Cassiello Robbins, C., Brake, C. A., Sauer Zavala, S., Farchione, T. J., Ciraulo & Barlow, D. H. (2015). Relationships Among Adaptive and Maladaptive Emotion Regulation Strategies and Psychopathology During the Treatment of Comorbid Anxiety and Alcohol Use Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 124-130.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (2011). Anormal Psikolojisi. (İ. Dağ, Çev. Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Deschenes, S. S., Dugas, M. J., Fracalanza, K. & Koerner, N. (2012). The Role of Anger in Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41 (3), 261–271.
- Desrosiers, A., Vine, V., Curtiss, J. & Klemanski, D. H. (2014). Observing Nonreactively: A Conditional Process Model Linking Mindfulness Facets, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 165, 31–37.
- DiGiuseppe, R. & Tafrate, R. C. (2007). *Understanding Anger Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Erdem, M., Çelik, C., Yetkin, S. & Özgen, F. (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 203-207.
- Erdoğan, S. (2007). Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10 (4), 3-13.
- Erdur Baker, Ö., Özgülük, S. B., Turan, N. & Demirci Danışık, N. (2009). Ergenlerde Görülen Psikolojik Belirtilerin Yordayıcıları Olarak Ruminasyon ve Öfke/Öfke İfade Tarzları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (32), 43-53.
- Erşan, E. E., Kelleci, M. & Baysal, B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16, 214,224.
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F. & Dereboy, Ç. (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. *New/Yeni Sempodium Journal*, 51 (3), 132-140.
- Etik, Ç., Taner, E., Aslan, S. & Işık, E. (2007). Panik Bozukluğu: Solunumsal Alt Tipler, Yakın ve Geçmiş Yaşam Olaylarının Rolü. *New/Yeni Symposium Journal*, 45 (3), 128-133.

- Forgays, D.G., Forgas, D.K. & Spielberger, C.D. (1997). Factor Structure of the State-Trait Anger Expression Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 69 (3), 497-507.
- Galang, J. G., Babson, K. A., Boden, M. T. & Bonn-Miller, M. O. (2015). Difficulties in Emotion Regulation are Associated With Panic Symptom Severity Following a Quit Attempt Among Cannabis Dependent Veterans. *Anxiety, Stress & Coping*, 28 (2), 192-204.
- Garnefski N, Kraaij V & Spinhoven, P. (2001). Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kommer, T. V. D., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. & Onstein, E. (2002). The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality* 16, 403–420.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships Between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: A Comparative Study of Five Specific Samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23 (3), 141–149.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J. & Kommer, T. V. D. (2004). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Differences Between Males and Females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267–276.
- Girit-Çetinkaya, Ö., Altınbaş, K., İpekçioğlu, D., Erdiman, S., & Özer, Ş. (2011). Uyku Panik Atağı: Farklı Bir Alt Tip mi? *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 189-198.

- Goldstein, A. J. & Chambless, D. L. (1978). A Reanalysis of Agoraphobia. *Behavior Therapy, 9*, 47-59.
- Gould, R. A., Ball, S., Kaspi, S. P., Otto, M. W., Pollack, M. H., Shekhar, A. vd. (1996). Prevalence and Correlates of Anger Attacks: A Two Site Study. *Journal of Affective Disorders, 39*, 31-38.
- Greene, A. L. & Eaton, N. R. (2016). Panic Disorder and Agoraphobia: A Direct Comparison of Their Multivariate Comorbidity Patterns. *Journal of Affective Disorders, 190*, 75–83.
- Hawkins, K. A. & Cougla, J. R. (2011). Anger Problems Across the Anxiety Disorders: Findings From a Population-based Study. *Depression and Anxiety, 28*, 145-152.
- Hinton, D., Hsia, C., Um, K. & Otto, M. W. (2003). Anger-Associated Panic Attacks in Cambodian Refugees With PTSD; A Multiple Baseline Examination of Clinical Data. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 647–654.
- Hisli Şahin, N., Durak Batıgün, A., & Koç V. (2011). Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi, 22* (1), 17-25.
- Karabekiroğlu, A., Karabekiroğlu, K., Cömert, G. B. & Topçuoğlu, V. (2007). Panik Bozukluğunda Beyin Görüntüleme Çalışmaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8*, 224-230.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2004) Klinik Psikiyatri (E. Abay, Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K. & Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 63*(4), 415–424.

- Kitamura, T. & Hasui, C. (2006). Anger Feelings and Anger Expression as a Mediator of the Effects of Witnessing Family Violence on Anxiety and Depression in Japanese Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (7), 843-855.
- Klauke, B., Deckert, J., Reif, A., Pauli, P. & Domschke, K. (2010). Live Events In Panic Disorder – An Update on “Candidate Stressors”. *Depression and Anxiety*, 27, 716-730.
- Klein, D. F. (1980). Anxiety Reconceptualized. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 411–427.
- Klein, D. F. & Gorman, J. M., (1987). A Model of Panic and Agoraphobic Development. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 76, 87–95.
- Konkan, R., Yalçinkaya, S., Erkıran, M. & Erkmen, H. (2003). Panik Bozukluğu ve Komorbid Tanılar. *Düşünen Adam Dergisi*, 16 (4), 219-222.
- Koole, S. L., Dillen, L. F. V. & Sheppes, G. (2010). The Self Regulation of Emotion. K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.) *Handbook of Self-Regulation, Research, Theory and Applications 2. Edition* (1001-112). New York: The Guilford Press.
- Koole, S. L. (2009). The Psychology of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Cognition and Emotion*, 23 (1), 4-41.
- Korobeynikova, L. A., Rudko, O. I., Azimova, Y. E., Fokina, N. M. & Klimov, E. A. (2012). Genetic Basis of Predisposition to Panic Disorder. *Biology Bulletin Reviews*, 2 (4), 294–305.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M. J., Weijmer, J. & Helmerhorst, F. (2010). Cognitive Coping, Goal Adjustment, and Depressive and Anxiety Symptoms in People Undergoing Infertility Treatment: a Prospective Study. *Journal of Health Psychology*, 15 (6), 876-886.

- Kring, A. M. & Jonhson, S. L. (2015) *Anormal Psikolojisi* (M. Şahin, Çev. Ed.). Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stres, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Linehan, M. M., Bohus, M. & Lynch, T. R. (2007). Dialectical Behavior Threrapy For Pervasive Emotion Dysregulation. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (581-605), New York: Guilford Press.
- Lteif, G. N. & Mavissakalian, M. R. (1995). Life Events and Panic Disorder/Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36( 2), 118-122.
- Maier, W. & Lichtermann, D. (1993). The Genetic Epidemiology of Unipolar Depression and Panic Disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 8 (1), 27-33.
- Manfro, G. G., Otto, M. W., McArdle, E. T., Worthington III, J. J., Rosenbaum, J. F. & Pollack, M. H. (1996). Relationship of Antecedent Stressful Life Events to Childhood and Family History of Anxiety and The Course of Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 41, 135-139.
- Marchesi, C., Ampollini, P., Paraggio, C., Giaracuni, G., Ossola, P., Panfilis, C. D., vd. (2014). Risk Factors for Panic Disorder in Pregnancy: A Cohort Study. *Journal of Affective Disorders*, 156, 134–138.
- Marks, I. M. (1987). Behavioral Aspects of Panic Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 1160–1165.
- Martin, R. C. & Dahlen, E., R. (2005). Cognitive Emotion Regulation In The Prediction Of Depression, Anxiety, Stress, and Anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249–1260.
- Mathews, B. L., Kerns, K. A. & Ciesla, J. A. (2014). Specificity of Emotion Regulation Difficulties Related to Anxiety In Early Adolescence. *Journal of Adolescence*, 37, 1089-1097.

- Min, J., Yu, J. J., Lee, C. & Chae, J. (2013). Cognitive Emotion Regulation Strategies Contributing to Resilience in Patients With Depression and/or Anxiety Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1190–1197.
- Moitra, E., Dyck, I., Beard, C., Bjornsson, A. S., Sibrava, N. J., Weisberg, R. B. vd. (2011). Impact of Stressful Life Events on The Course of Panic Disorder in Adults. *Journal of Affective Disorders*, 134, 373–376.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi* (M. Şahin, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Tıp Yayınevleri.
- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak* (H. B. Ayvaşık, M. Sayıl, Çev. Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Mosing, M. A., Gordon, S. D., Medland, S., Statham, D. J., Nelson, E. C., Heath, A. C. vd. (2009). Genetic and Enviromental Influences on The Co-morbidity Between Depression, Panic Disorder, Agoraphobia and Social Phobia: A Twin Study. *Depression and Anxiety*, 26, 1004-1011.
- Moscovitch, D. A., McCabe, R. R., Antony, M. M., Rocca, L. & Swinson, R. P. (2008). Anger Experience and Expression Across The Anxiety Disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 107-113.
- Mosing, M. A., Gordon, S. D., Medland, S. E. Statham, D. J., Nelson, E. C., Heath, A. C. vd. (2009). Genetic and Enviromental Influences on the Co-morbidity Between Depression, Panic Disorder, Agoraphobia and Social Phobia: A Twin Study. *Depression and Anxiety*, 26, 1004-1011.
- Newman, M. G., Shin, K. E. & Zuellig, A. R. (2016). Developmental Risk Factors in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 206, 94–102.
- Onat, O. & Otrar, M. (2010). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Gerçeklik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 31, 123-143.



- Öngider, N. & Kavak, V. (2015). Agorofobisi Olmayan Panik Bozukluk Hastalarında Eşlik Eden Sosyal Fobik Semptomların ve Sosyodemografik Değişkenlerin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 17, 63-72.
- Örsel, S., Güriz, O., Akdemir, A., & Türkçapar, H. (2003). Panik Bozukluğu Alt Tiplerinin Belirtiler Açısından Araştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 6, 204-212.
- Özen, Ş., Bez, Y., Arı, M. & Özkan, M. (2010). Öfke Kontrolünde Zorluk Yaşayan Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Öfke Tepkileri ve Psikiyatrik Tanıların Cinsiyet Açısından İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (4), 319-330.
- Özer, Ş. (1988). Panik Bozukluğunun Klinik Görünümünde Farklı Yönler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 11 (2), 46-50.
- Özer, A. K. (1994). Sürekli Öfke (SL-Öfke) Ve Öfke İfade Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9, 26-35.
- Özmen, A. (2006). Öfke: Kuramsal Yaklaşımlar ve Bireylerde Öfkenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Etmenler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39 (1), 39-56.
- Öztürk, M. O. & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt 1*. Ankara: Nobel Tıp Yayınevleri.
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A. & Forero, D. A. (2017). Perceived Stress as a Mediator of the Relationship between Neuroticism and Depression and Anxiety Symptoms. *Current Psychology*, 1-9.
- Potter, C. M., Wong, J., Heimberg, R. G., Blanco, C., Liu, S., Wang, S. vd. (2014). Situational Panic Attacks in Social Anxiety Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 167, 1-7.
- Rapee, R., Mattick, R. & Murrell, E. (1986). Cognitive Mediation in The Affective Component of Spontaneous Panic Attacks. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 17 (4), 245-253.

- Roy-Byrne, P. P., Russo, J., Dborah, S. C. & Katon, W. J. (2003). Panic Disorder in Public Sector: Primary Clinical Characteristics and Illness Severity Compared With "Mainstream" Primary Care Panic Disorder. *Depression and Anxiety*, 17, 51-57.
- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H., Üstün, B., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2000). Lifetime Panic-Depression Comorbidity in the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Sawchuk, C. N., Roy-Byrne, P., Noonan, C., Craner, J. R., Goldberg, J., Manson, S., Buchwald, D. vd. (2016). Panic Attacks and Panic Disorder in the American Indian Community. *Journal of Anxiety Disorders*, 1-7.
- Saygılı, S. & Karamustafalıoğlu, O. (2010). Panik Bozukluğu Hastalarında Sosyodemografik Özellikler Ve Komorbidite. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 32-37.
- Selye, H. (1950). Stress and The General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 17, 1383-1392.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*. 61(6), 692-699.
- Servant, D. & Paraquet, P. J. (1994). Early Life Events and Panic Disorder: Course of Illness and Comorbidity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 18 (2), 373-379.
- Sevinçok, L. & Akoğlu, A. (2001). Panik ve Depresyon: Etiyoloji, Tanı ve Eş Tanı Sorunları. *Duygudurum Dizisi*, 5, 215-227.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety As an Emotional State. C. D. Spielberger (Ed.). *Anxiety Current Trends in Theory and Research Volume 1*. New York: Academic Press.

- Speilberger, C. D., Krasner, S. S. & Solomon, E. P. (1988). The Experience, Expression, and Control of Anger. M. P. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress, and Health Psychology* (s. 89-109). Springer-Verlag: New York Inc.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., Oppen, P. V. vd. (2010). The Specificity of Childhood Adversities and Negative Life Events Across The Life Span to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126,103–112.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi, *Kriz Dergisi*, 11 (2): 19-27.
- Sugaya, N., Yoshida, E., Yasuda, S., Tochigi, M., Takei, K., Otowa, T. vd. (2015). Anger Tendency May Be Associated With Duration of Illness in Panic Disorder. *BioPsychoSocial Medicine*, 9 (6), 1-7.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A. & Hofmann, S. G. (2011). The Effect of Emotion Regulation Strategies on Anger. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 114-119.
- Tatlilioğlu, K. & Karaca, M. (2013). Öfke Duygusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *The Journal of Academic Social Science Studies* 6 (6), 1101-1123.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology Review*, 3, 269–307.
- Tilli, V., Suominen, K. & Karlsson, H. (2012). Panic Disorder in Primary Care: Comorbid Psychiatric Disorders and Their Persistence. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 247–253.
- Tull, M. T. & Roemer, L. (2007). Emotion Regulation Difficulties Associated with the Experience of Uncued Panic Attacks: Evidence of Experiential Avoidance, Emotional Nonacceptance, and Decreased Emotional Clarity. *Behavior Therapy*. 38, 378-391.
- Tunçer, Ö. (1995). Psikosomatik Açıdan Panik Bozukluk. *Kriz Dergisi*, 1 (3), 155-160.

- Tükel, R. (1997) Panik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası, 1*, 12-17.
- Tükel, R. (2009). Anksiyete Bozuklukları. I. B. Kulaksızoğlu, R. Tükel, A. Üçok, İ. Yargıç & O. Yazıcı (Eds.), *Psikiyatri* (s. 58-92). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Vatan, S., (2016). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8* (3), 190-203.
- Wahed, W. Y. A. & Hassan, S. H. (2017). Prevalence and Associated Factors of Stress, Anxiety and Depression Among Medical Fayoum University Students. *Alexandria Journal of Medicine, 53*, 77–84
- Wang, S. M., Lee, H. K., Kweon, Y. S., Lee, C. T., Chae, J. H., Kim, J. J. vd. (2016). Effect of Emotion Regulation Training in Patients with Panic Disorder: Evidenced by Heart Rate Variability Measures. *General Hospital Psychiatry, 40*, 68-73.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley & Sons.
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. A. M. Kring & D. M. Sloan (Ed.), *Emotion regulation and psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13-37). New York: The Guilford Press.
- Wheaton, M.G., Deacon, B.J., McGrath, P.B., Berman, N.C. & Abramowitz, J.S. (2012). Dimensions of Anxiety Sensitivity in the Anxiety Disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 401–408.
- White, K. S. & Barlow, D. H. (2002). Panic Disorder and Agoraphobia (D. H. Barlow, ed.). *Anxiety and Its Disorders, The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (s. 328-379). New York: The Guilford Press (2. edition).
- Wirtz, C. M., Hoffmann, S. G., Riper, H. & Berking, M. (2014). Emotion Regulation Predicts Anwiety Over a Five Year Interval: A Cross-Lagges Panel Analtsis. *Depression and Anxiety, 31*, 87-95.

- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G. & Gnel, B. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. *Dşnen Adam*, 16(1), 28-34.
- Yamaguchi, A., Kim, M., Akutsu, S., Oshio, A. (2015). Effects of Anger Regulation and Social Anxiety on Perceived Stress. *Health Psychology Open*, 2(2), 1-9.
- Zlomke, K. R. & Hahn, K. S. (2010). Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences and Associations to Worry. *Personality and Individual Differences*, 48, 408–413.
- Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., Wang, J. vd. (2016). Association of Childhood Trauma and Panic Symptom Severity in Panic Disorder: Exploring the Mediating Role of Alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 206, 133–139.

## EK A

### Gönüllü Katılım Formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı tezi kapsamında Yrd. Doç. Dr. Başak Bahtiyar danışmanlığında Özge Öz tarafından yapılmaktadır. Çalışmanın amacı, panik bozukluğunda stres ve duygu düzenlemenin rolünün incelenmesidir.

Size sunulan anketlerde geçen sorularda doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Sizi en doğru yansıtacak şekilde yanıtlayınız. Vereceğiniz yanıtlar çalışma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemli olduğu için soruları yanıtlarken kimseden yardım almayınız. Çalışmada toplanan veriler, **bireysel değil bütün olarak değerlendirilecektir. Çalışmadaki sorularda sizden kimliğinize yönelik kişisel bilgiler istenmemektedir. Verileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.** Tüm soruların yanıtlanması yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Çalışmanın güvenilirliği için soruların yanıtlanması oldukça önemlidir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, çalışmadan istediğiniz zaman vazgeçme hakkınız bulunmaktadır. Yine de anketleri tamamlamanız çalışma amaçları açısından önem arz etmektedir. Çalışmanın veya yanıtlarınızın sonuçları hakkında bilgi almak, çalışmayla ilgili herhangi bir yorum yapmak ya da soru sormak isterseniz Özge ÖZ (e-posta: [ozge.oz09@gmail.com](mailto:ozge.oz09@gmail.com)) ile iletişime geçebilirsiniz.

**Çalışmaya yaptığınız değerli katkılarınız için teşekkür ederiz. Lütfen okuduğunuza ve gönüllü katılımı kabul ettiğinize dair aşağıdaki kutucuğu imzalayınız.**

**Verilerimin gizli tutulacağını okudum ve gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.**

Tarih	İmza
..... / ..... / .....	

## EK B

### Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: (a) Kadın (b) Erkek
2. Yaşınız: \_\_\_\_
3. Eğitim Düzeyiniz:
  - (a) Okuma yazma bilmiyor
  - (b) Okuma yazma biliyor, ilkokul terk
  - (c) İlkokul mezunu
  - (d) Ortaokul mezunu
  - (e) Lise mezunu
  - (f) Üniversite öğrencisi
  - (g) Üniversite mezunu
  - (h) Yüksek Lisans ya da Doktora
4. Çalışıyor musunuz?:
  - (a) Evet
  - (b) Hayır
  - (c) Emekli
5. Mesleğiniz: \_\_\_\_\_
6. Medeni durumunuz: \_\_\_\_\_
7. Çocuğunuz var mı?:
  - (a) Evet
  - (b) Hayır
8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
  - (a) Aile
  - (b) Akraba
  - (c) Arkadaş
  - (d) Yalnız
9. Sosyo ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
  - (a) Düşük
  - (b) Orta
  - (c) Yüksek
10. Daha önce hiç psikolojik/psikiyatrik yardım aldınız mı? (a) Evet (b) Hayır
11. Evet ise şikayetiniz/ koyulan tanı ne(idi)? \_\_\_\_\_
12. Panik bozukluğu tanısı aldınız mı? (a) Evet (b) Hayır
13. Evet ise şu anda panik bozukluğu için ilaç/terapi desteği alıyor musunuz?
  - (a) Evet
  - (b) Hayır

## EK C

### Panik Agorafobi Ölçeği

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

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

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

**Panik atakları aniden başlar ve şiddeti 10 dakika içinde artar.**

#### A1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

#### A2. Geçen hafta içindeki panik ataklarınız ne şiddetteydi?

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



**A3. Panik ataklarının her biri genellikle ne kadar sürüyordu?**

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

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

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

**B1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?**

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

**B2. Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyin.**

- |                                 |  |                                       |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| 1. Uçaklar                      | 9. Parti ya da sosyal toplantılar                        | 17. Geniş salonlar                    |
| 2. Metro (yer altında)          | 10. Kalabalıklar   | 18. Sokakta yürümek                   |
| 3. Otobüs, trenler              | 11. Restoranlar  | 19. Tarlalar, geniş caddeler, avlular |
| 4. Gemiler                      | 12. Müzeler  | 20. Yüksek yerler                     |
| 5. Tiyatrolar, sinemalar        | 13. Asansörler   | 21. Köprülerden geçmek                |
| 6. Süpermarketler               | 14. Kapalı yerler (tünel gibi)                           | 22. Evden uzaklara gitmek             |
| 7. Kuyrukta beklemek            | 15. Sınıflar, konferans salonları                        | 23. Evde tek başına kalmak            |
| 8. Konser salonları, stadyumlar | 16. Otomobile binmek veya sürmek (ör; trafik sıkışıkken) |                                       |

**Diğer durumlar:**

(24).....

(25) .....

(26) .....

**B3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?**

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

**C1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?**

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

**C2. Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?**

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

**D1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinin aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?**

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

**D2. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirirkenizde kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?**

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

**D3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinizin iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?**

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

**E1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden ötürü zarar göreceğiniz (örn; kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?**

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

**E2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes alamama gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız oldu mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?**

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

## EK D

### Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıda geçtiğimiz son ay içerisindeki duygu ve düşünceleriniz hakkında çeşitli sorular yer almaktadır. Sizden her bir soruda tarif edilen duygu ve düşünceyi ne kadar sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine çok benzer gözükse de aralarında birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Bu yüzden her bir soruya ayrı ayrı düşünerek yanıt vermeniz istenmektedir. Bu amaçla her soruyu hızlı bir şekilde düşünerek yanıtlamanız uygun olacaktır. Tarif edilen duygu veya düşünceyi geçen ay boyunca kaç kere hissettiğinizi saymak yerine verilen alternatiflerden size en uygun gelen seçeneği işaretlemeniz istenmektedir.

	Hiçbir zaman	Neredeyse hiçbir zaman	Bazen	Oldukça sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
5. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
7. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
9. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

## EK E

### Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünerek ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçenek üzerine (X) işareti koyunuz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1. Çabuk parlarım.	1	2	3	4
2. Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	1	2	3	4
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	1	2	3	4
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4
7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çileden çıkartır.	1	2	3	4
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.	1	2	3	4
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1	2	3	4
11. Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4
12. Kızgınlığımı gösteririm	1	2	3	4
13. Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	1	2	3	4
15. Somurtur ya da surat asarım.	1	2	3	4
16. İnsanlardan uzak dururum.	1	2	3	4
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	1	2	3	4
18. Soğukkanlılığımı korurum	1	2	3	4
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım	1	2	3	4
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	1	2	3	4
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
22. Başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	1	2	3	4
24. Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım	1	2	3	4
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1	2	3	4
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1	2	3	4
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1	2	3	4
29. Kötü şeyler söylerim.	1	2	3	4
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	1	2	3	4
32. Sinirlerime hakim olamam.	1	2	3	4
33. Beni sinirlendirenlere, ne hissettiğimi söylerim.	1	2	3	4
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	1	2	3	4

## EK F

### Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Olaylarla nasıl başa çıkarsınız? Herkesin başından istenmeyen veya tatsız birçok olay geçmiştir veya geçmektedir ve herkes bu duruma kendi yöntemleriyle karşılık vermektedir. İSTENMEYEN VEYA TATSIZ DURUMLARLA KARŞILAŞTIĞINIZDA genellikle ne şekilde düşündüğünüzü, aşağıda yer alan sorular aracılığıyla belirtmeniz istenmektedir.

<b>1 Neredeyse Hiçbir zaman</b> <b>2 Bazen</b> <b>3 Düzenli Olarak</b> <b>4 Sık Sık</b> <b>5 (Neredeyse) Her zaman</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Düzenli olarak</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Her zaman</b>
1. Genelde kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4	5
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim	1	2	3	4	5
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Herşey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm	1	2	3	4	5
8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılırım.	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm	1	2	3	4	5
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissederim.	1	2	3	4	5
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Olayla ilgili olarak bir şeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5

1 Neredeyse Hiçbir zaman 2 Bazen 3 Düzenli Olarak 4 Sık Sık 5 (Neredeyse) Her zaman	Hiçbir zaman	Bazen	Düzenli olarak	Sık sık	Her zaman
21. Yaşadıklarımın dolayısı hissettiklerimin sebebinin anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm	1	2	3	4	5
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	1	2	3	4	5
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim.	1	2	3	4	5
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım	1	2	3	4	5
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

## ÖZGEÇMİŞ

Özge Öz, 26.02.1991 tarihinde İstanbul'da doğmuştur. Liseyi Nevzat Ayaz Anadolu Lisesi'nde bitirdikten sonra 2009 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji bölümüne girmiş ve bölümden 3.22 not ortalaması ile mezun olmuştur. 2015 yılında Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimine başlamış ve 3.28 not ortalaması ile mezun olmuştur. Lisans döneminde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Doğa Koleji Rehberlik Birimi'nde stajlar yapmış; yüksek lisans stajlarını ise Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi ile Özel Ümran Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğinde tamamlamıştır.