



T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRI

ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUK, SOSYAL FOBİ VE YAYGIN ANKSİYETE
BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA BEDEN DUYUMLARINI
ABARTMA, BELİRTİ YORUMLAMA, OTOMATİK
DÜŞÜNCELER VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Oğuzhan ARAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN- 2022



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRI
ANABİLİM DALI

**PANİK BOZUKLUK, SOSYAL FOBİ VE YAYGIN ANKSİYETE
BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA BEDEN DUYUMLARINI
ABARTMA, BELİRTİ YORUMLAMA, OTOMATİK
DÜŞÜNCELER VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Oğuzhan ARAZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ

SAMSUN- 2022

TEŞEKKÜRLER

Araştırma görevlisi olarak çalıştığım dönem süresince desteklerini hissettiğim, mesleki bilgi birikimime ve tecrübeme büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Ömer BÖKE, Prof. Dr. Gökhan SARISOY, Doç. Dr. Aytül KARABEKİROĞLU ve Doç. Dr. Selçuk ÖZDİN'e; uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimi hazırlama sürecinde desteğini esirgemeyen, hoşgörüsüyle yaklaşan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ'e;

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan ve tanımaktan keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarım ve tüm psikiyatri kliniği ekibine,

Öğrencilik hayatım boyunca, her zaman ve her durumda yanımda olup bana destek veren, bugünlere gelmemde büyük emek ve çaba sarf eden annem ve babama;

Ve sevgili eşim Sümeyye ARAZ ile biricik kızım Bilge Nihal ARAZ'a teşekkürlerimi sunarım.

Oğuzhan ARAZ, Nisan 2022

BEYAN

“Panik bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda beden duyularını abartma, belirti yorumlama, otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişkinin araştırılması” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), panik bozukluk (PB) ve sosyal fobi (SF) tanılı hastalar ile kontrol grubunun bedensel belirtilerin yorumlanması ve abartılması, otomatik düşünceleri, ara inançları açısından karşılaştırılması ayrıca bu üç hasta grubunda belirtilerin yorumlanması ve abartılması ile otomatik düşünceler ve ara inançlar arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza DSM-5 tanı kriterlerine göre YAB tanısı almış 45, PB tanısı almış 45 ve SF tanısı almış 45'er hasta ile 45 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 180 kişi katılmıştır. Katılımcıların tamamıyla görüşme yapıp Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HAÖ), sosyodemografik veri formu, belirti yorumlama ölçeği (BYÖ), beden duyularını abartma ölçeği (BDAÖ), otomatik düşünceler ölçeği (ODÖ), fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği kısaltılmış Türkçe formu (FOTÖ-Tr) uygulanmıştır. Tüm gruplar sosyodemografik veriler ve ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca YAB, PB ve SF tanılı hastaların ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: YAB, PB ve SF tanılı hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre beden duyularını daha çok ruhsallaştırdıkları, bedenselleştirdikleri ve abarttıkları görüldü. Üç hasta grubunun otomatik düşünce ve ara inançları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha fazlaydı. Bunun yanında YAB, PB ve SF tanılı hastalarda otomatik düşünce ve ara inançlar ile bedensel belirtilerin yorumlanması ve abartılması arasında anlamlı ilişki vardı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre; YAB, PB ve SF tanılı hastalarda otomatik düşünce ve ara inançların, bedensel belirtilerin ruhsallaştırılması, bedenselleştirilmesi ve abartılması üzerinde pozitif yönlü etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, bedensel belirti, otomatik düşünce, fonksiyonel olmayan tutum

ABSTRACT

Objective: In our study, it is aimed to compare the patients with generalized anxiety disorder (GAD), panic disorder (PD) and social phobia (SF) and the control group in terms of interpretation and exaggeration of somatic symptoms, automatic thoughts, dysfunctional attitudes and also it is aimed to examine whether there is a relationship between the interpretation and exaggeration of symptoms and automatic thoughts and dysfunctional attitudes in these three patient groups.

Materials and Methods: According to DSM-5 diagnostic criteria; a total of 180 people, 45 of whom are diagnosed with GAD, 45 patients with PD, 45 patients with SF and 45 healthy controls participated in our study. All participants were interviewed, Hamilton anxiety rating scale (HAS), sociodemographic data form, symptom interpretation questionnaire (SIQ), Somatosensory Amplification Scale (SSAS), automatic thoughts questionnaire (ATQ) and the abbreviated Turkish version of the dysfunctional attitudes scale (DASR-Tr) were applied. All groups were compared in terms of sociodemographic data and scale scores. In addition, the relationship between the scale scores of patients diagnosed with GAD, PD and SF has been examined.

Results; Compared to the healthy control group, it was observed that patients with a diagnosis of GAD, PD and SF spiritualized, somatized and exaggerated their body sensations more. Automatic thoughts and dysfunctional attitudes were higher in the three patient groups compared to the healthy control group. Additionally, there was a significant relationship between automatic thoughts and dysfunctional attitudes and the interpretation and exaggeration of somatic symptoms in patients with a diagnosis of GAD, PD and SF.

Conclusion: According to the results of our study; It was concluded that automatic thoughts and dysfunctional attitudes have a positive effect on the spiritualization, somatization and exaggeration of somatic symptoms in patients with a diagnosis of GAD, PD and SF.

Keywords: Generalized anxiety disorder, panic disorder, social phobia, somatic symptom, automatic thought, dysfunctional attitude

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLOLAR VE ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
GİRİŞ:	1
2. GENEL BİLGİLER :	3
2.1. ANKSİYETE:.....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe:.....	3
2.1.2. Anksiyete Bozuklukları:	4
2.2. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (YAB):	5
2.2.1. Tarihçe:.....	5
2.2.2. Tanı:.....	5
2.2.3. Epidemiyoloji:.....	6
2.3. PANİK BOZUKLUK (PB):	7
2.3.1. Tarihçe:.....	7
2.3.2. Tanı:.....	7
2.3.3. Epidemiyoloji:	9
2.4. SOSYAL FOBİ (SF):.....	9
2.4.1. Tarihçe:.....	9
2.4.2. Tanı:.....	10
2.4.3. Epidemiyoloji:.....	11
2.5. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE BEDENSEL BELİRTİLER:	12
2.6. BİLİŞSEL KURAM:.....	15
2.6.1. Tarihçe:.....	15
2.6.2. Temel Kavramlar:	18
2.6.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Bilişsel Kuram:.....	19
2.6.4. Panik Bozukluk ve Bilişsel Kuram:	20
2.6.5. Sosyal Fobi ve Bilişsel Kuram:	21
3. YÖNTEM:	23
3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar:	23

3.1.1.Çalışma Grubunun Oluşturulması	23
3.1.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması.....	23
3.1.3. Çalışma Deseni	24
3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	24
3.2.1. Çalışma Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:	24
3.2.2. Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	24
3.3. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri :	25
3.3.1. Çalışma Grubunun Dışlama Kriterleri:.....	25
3.3.2. Kontrol Grubunun Dışlama Kriterleri	25
3.4. Çalışmada Kullanılan Form Ve Ölçekler	25
3.4.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu:	25
3.4.2. Belirti yorumlama ölçeği (BYÖ) :	26
3.4.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ):	26
3.4.4. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)	27
3.4.5. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği kısaltılmış Türkçe formu (FOTÖ-R-TR)	28
3.4.6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)	28
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi:	29
4.BULGULAR:	30
4.1. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması:	30
4.2. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve kontrol grubunun belirti yorumlama ve bedensel duyumları abartma ölçeği puanları açısından karşılaştırılması: .	32
4.3. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve kontrol grubunun ODÖ ve FOTÖ puanları açısından karşılaştırılması:	33
4.4. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi:	35
4.5. Panik bozukluk tanılı hastalarda BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi:.....	36
4.6.Sosyal Fobi tanılı hastalarda BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi:.....	38
5. TARTIŞMA:	40
5.1. Grupların BYÖ, BDAÖ ve HAÖ puanları açısından karşılaştırılması:.....	40
5.2. Grupların ODÖ ve FOTÖ puanları açısından karşılaştırılması:.....	42
5.3. YAB grubunun BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişki:....	44
5.4. PB grubunun BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişki:	46
5.5. SF grubunun BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişki:	48
5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları:.....	50

6. SONUÇ:	51
7.KAYNAKÇA:	52
8.EKLER:	62

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDAÖ: Bedensel duyuları abartma ölçeği

BYÖ: Belirti yorumlama ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Mental of Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

FOTÖ: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği

FOTÖ-MB: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği-mükemmeliyetçi bilişler alt boyutu

FOTÖ-OİB: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği -onaylanma ihtiyacı/bağımlılık alt boyutu

FOTÖ-TOP: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği-toplam puanı

HAÖ: Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği

ODÖ: Otomatik düşünceler ölçeği

ODÖ-KYND: Otomatik düşünceler ölçeği- kendine yönelik negatif düşünceler alt boyutu

ODÖ-KUD: Otomatik düşünceler ölçeği-Kişisel uyumsuzluk ve değişim isteği alt boyutu

ODÖ-ŞKF: Otomatik düşünceler ölçeği- şaşkınlık ve kaçma fantezileri alt boyutu

ODÖ-ÜM: Otomatik düşünceler ölçeği-Ümitsizlik alt boyutu

ODÖ-Yİ: Otomatik düşünceler ölçeği-Yalnızlık ve izolasyon alt boyutu

ODÖ-TOP: Otomatik düşünceler ölçeği- toplam puanı

PB: Panik Bozukluk

SF: Sosyal fobi

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

Tablo 1. Tüm grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	31
Tablo 2. Tüm grupların BYÖ, BDAÖ ve HAÖ puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 3. Tüm grupların ODÖ ve FOTÖ puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 4. YAB grubunda ölçekler arası korelasyon tablosu	35
Tablo 5. YAB grubunda ölçekler arası regresyon tablosu	36
Tablo 6. PB grubunda ölçekler arası korelasyon tablosu	36
Tablo 7. PB grubunda ölçekler arası regresyon tablosu	37
Tablo 8. SF grubunda ölçekler arası korelasyon tablosu	38
Tablo 9. SF grubunda ölçekler arası regresyon tablosu	39

GİRİŞ:

Anksiyete bozuklukları bireylerin hayat kalitesinin azalmasına, sağlık merkezlerine sık başvurulara, zaman ve iş gücü kaybına neden olan ruhsal hastalıklardandır. Yıllık prevalansının %18.8-28.8 arasında değiştiği bildirilmiştir [1]. Fazla miktarda somatik uğraşılara, birçok farklı tıbbi yardım arama davranışları ile gereksiz yapılan tıbbi tetkik ve girişimlere neden olmaktadır. Anksiyete bozukluklarının iş gücü kaybı ve tedavilerinin ülkelere yıllık 46.6 milyar dolar maliyeti olduğu bilinmektedir [2]. Çalışmamızı yaptığımız COVID-19 pandemisi sürecinde de anksiyete, depresyon, stres, korku ve uyku sorunları gibi belirtiler daha da sıklaşmıştır [3].

Anksiyete bozukluklarında hızlı şekilde kaçma ya da savaşıma şeklinde otonom sinir sisteminin aktif olduğu; çarpıntı, kaslarda gerginlik, huzursuzluk, kan basıncının yükselmesi, ağızda kuruma gibi birçok somatik belirti bulunabilir.

Bedensel belirtiler anksiyete bozukluklarında anahtar rol oynar. Anksiyete sempatik sinir sisteminin aktivasyonu sonrası bedensel belirtiler oluştururken, bu bedensel belirtilerin yorumlanması da kişinin bilişsel çarpıtmalarına bağlıdır. Bedensel belirtiler ile ilgili olan bu bilişsel çarpıtmalar anksiyetenin daha da artmasına sebep olur. Gerçek bedensel durum ile hem bilişsel beklentiler hem de bedensel semptomların yorumlanması arasında şiddetli bir uyumsuzluk panik bozuklukları, sosyal anksiyete bozukluğu, sağlık kaygısı ve ilgili klinik durumlarda akut anksiyeteyi tetikleyebilir ve yoğunlaştırabilir [4]. Kırk yıllık bir izlem çalışmasında anksiyete bozukluğu tanımlı hastalarda özellikle ilerleyen dönemlerde somatik yakınmaların belirgin olarak arttığı, 50 yaşın üzerinde somatik yakınmaların anksiyetenin önüne geçtiği gösterilmiştir [5].

Anksiyetenin bilişsel modeline göre bireyler belirgin risk algıladıklarında ve tehditle baş etme becerilerini düşük olarak değerlendirdiklerinde kaygılı hissederler. Her günkü olağan uyaranların tehdit olarak algılanışı, şiddetli bir fizyolojik tepkinin ortaya çıkması ile karakterizedir. Anksiyete bozukluklarında mükemmeliyetçi bilişler ile negatif otomatik düşüncelerin artışının kaygı duyarlılığını artırdığı gösterilmiştir [6]. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise olumsuz otomatik düşüncelerin hem anksiyeteyi hem somatizasyonu pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı belirtilmektedir [7].

Bilişsel tedavideki yaklaşım genellikle hastaların riski daha gerçekçi olarak değerlendirmeleri için gerekli becerileri öğrenmelerini, kaynaklarını daha gerçekçi değerlendirmelerini ve tehditle baş etmek için içsel ve dışsal kaynaklarını artırmalarını içerir.

Anksiyete bozukluklarında somatik semptomların yorumlanması ve var olan düşük şiddetteki semptomların abartılması sırasında etkin olan bilişsel süreçler, otomatik düşünceler ve ara inançlar ortaya konulursa özellikle terapi sürecinde bu bilişsel yapının daha çok çalışılması, bilişsel yöntemlerle yeniden yapılandırılması bireylerin bu semptomları daha gerçekçi değerlendirmesine böylece hem yaşam kalitelerinin artırılması hem de sağlık sisteminin var olan yükünün azaltılması sağlanabilir.

Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi tanılı hastaların bedensel belirtilerini yorumlamaları, beden duyularını abartmaları, otomatik düşünceleri ve ara inançlarının ortaya konulması ayrıca bu üç hasta grubunda bedensel belirtilerin yorumlanması ve abartılması ile otomatik düşünceler ve ara inançlar arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda araştırmamız;

1) Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi tanılı hastalar sağlıklı bireylere göre bedensel belirtilerini daha çok ruhsallaştırır, bedenselleştirir ve abartırlar.

2) Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi tanılı hastalarda otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar fazladır.

3) Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi tanılı hastaların bedensel duyularını abartma ve belirtilerini yorumlamaları ile otomatik düşünce ve fonksiyonel olmayan tutumları arasında ilişki vardır şeklinde üç hipotezden oluşmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER :

2.1. ANKSİYETE:

2.1.1. Tanım ve Tarihçe:

Anksiyete kelimesi kökenini Hint-Germen kökenli “anqh” sözcüğünden alır. “Anqh” kelimesi “Sıkıca bastırmak, boğazını sıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelmektedir [8]. Kraepelin, 1896 yılında psikiyatrik bozuklukları 13 ayrı kategoride sınıflandırmış ve anksiyete bozuklukları “psikojenik nevroz” adıyla sınıflandırmadaki yerini almıştır. Freud, anksiyeteyi içsel bir tehdide karşı gelişen duygu olarak tanımlarken, korkuyu dışsal bir tehdide karşı gelişen duygu olarak tanımlamıştır. Freud bununla birlikte 1894’de anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini birleştirip, nevrasteni kapsamından çıkarıp “anksiyete nevrozu”nu tanımlamıştır [9]. Freud’a göre insanın yaşamını sürdürebilmesi uyum sağlaması ile mümkündür. İnsanın yaptığı davranışlarının tamamı uyum sağlama yeteneğini artırmaya yöneliktir. “Psikanaliz’e Giriş” adlı kitabında Freud, kaygı, korku ve dehşet kavramlarının ayrımını yapar. Kaygının nesnesi yoktur, korkuda ise nesne nettir [10]. Kaygı bilinçli durumdayken kabul edilemeyecek bir dürtünün yansıması olarak kabul edilir.

Anksiyete temel olarak bireylerin korku duygusuna benzettiği, sürekli olarak bir şey olacakmış tedirginliği yaşadığı durumdur. Anksiyete organizmayı tehlike veya uyarana karşı harekete geçirme görevi görür. Eğer anksiyete objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sübjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise "anormal anksiyete"den söz edilir [11]. Bilişsel yaklaşım ise anksiyetenin kaynağında maladaptif düşünce biçimlerinin var olduğunu savunur. Bilişsel teori bireylerin yaşantılarını algılama ve yorumlamalarına odaklanır. Bazı durumlara normalden daha fazla kaygılı tepkiler gösteren bireyler; yaşantılarını normalden daha fazla tehdit edici bir durum olarak yorumlamakta ve yaşadıkları bu durumun meydana gelme ihtimalini gerçekte olduğundan daha fazla abartmakta, yaşantılarını felaketleştirmekte ve sonuçta korktukları bu senaryoyu yaşamamak için kendileri açısından önlemler geliştirmektedirler [12].

Anksiyeteden limbik sistem yapıları sorumludur. Özellikle de amigdala korku ve anksiyete oluşumunda temel role sahiptir. Amigdala ve amigdala ile iletişim kuran; lokus sereleus (LC), pedinkülopontinnükleus (PPN), nükleus ambigius, nükleus

retikülaris, lateral hipotalamus, parabrakialnükleus, ventral tegmental alan (VTA), vagusun dorsomedial nükleusu ile hipotalamusun paraventriküler nükleusu anksiyete oluşumunda etkili olan nöroanatomik yapılardır [13].

2.1.2. Anksiyete Bozuklukları:

Anksiyete bozukluklarının farklı birer hastalık olarak ayrı başlıklarda sınıflandırılmaları 1980 yılında DSM-III ile olmuştur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının dördüncü gözden geçirilmiş baskısında (DSM-IV) ise Anksiyete Bozuklukları kategorisinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Fobik Bozukluklar (Özgül Fobiler), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi), Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Reaksiyonu yer almıştır [14]. DSM-5 ile birlikte Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu anksiyete bozukluklarında çıkarılıp ayrı bölümlerde ele alınmışlardır. Ayrıca panik bozukluk ile agorafobi farklı tanılar olarak ele alınmıştır [15].

Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)' e göre Anksiyete Bozuklukları şu şekildedir;

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Özgül Fobi
- Agorafobi
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
- Panik Bozukluğu
- Maddenin veya İlacın Sebep Olduğu Kaygı Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumunun Sebep Olduğu Kaygı Bozukluğu

□ Tanımlanmış Başka Bir Kaygı Bozukluğu

□ Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu [16]

2.2. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (YAB):

2.2.1. Tarihçe:

1950'lerin başlarında yayınlanan DSM-I, anksiyeteyi anksiyöz reaksiyon ve fobik reaksiyon olarak iki gruba ayırmış, büyük oranda Freud'un görüşlerinden etkilenmiştir [8]. DSM II'de nevroz kavramında birkaç değişiklik yapılsa da genel anlamda psikanalitik görüşlerin etkisinde kalmaya devam etmiştir. Anksiyete bozukluklarının 1980 yılında klinik olarak birbirinden ayrıştırılması ile yaygın anksiyete bozukluğu ilk defa DSM III'te ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır [17].

Yaygın anksiyete bozukluğu DSM III'de "Anksiyete nevrozu"nun daha ileri bir değerlendirilmesi olarak serbest dalgalanan anksiyete ve otonom düzensizlik ile epizodik anksiyete ataklarını içeriyordu. DSM III'de depresif bozukluk ve diğer anksiyete bozuklukları olmadığında rezidüel endişenin bir karşılığı halindeydi. Tanı koymak için kas gerginliği, endişeli beklenti, otonomik belirtiler ve hipervijilansın en az 1 ay devam etmesi gerekiyordu. DSM III-R'de ise en az 6 aylık bir sürede en az iki alanda psikolojik bir kaygının bulunması ayrıca 18 somatik belirtiden en az 6 tanesinin olması gerekiyordu. DSM IV'de YAB ölçütleri tekrar gözden geçirildi. Sınırlı sayıdaki bedensel belirtiyile birlikte hipervijilans ve kas gerginliğini içeren 6 belirtiden en az üçünün olması bekleniyordu [18]. DSM 5'te ise DSM IV'e büyük oranda benzer bırakılmıştır.

2.2.2. Tanı:

Anksiyete organizmanın uyarıcı ve tehditlere uyumunu sağlamakla görevli iken; YAB süreğen korku ve kaygı ile kendini gösterir. Normal anksiyete, organizmayı tehdit eden bir olay olduğunda savaşıma ya da kaçma tepkisi vermek üzere ortaya çıkarken, anksiyete tehdit oluşturacak bir neden yokken ortaya çıkıyorsa, süreklilik arz edip sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyete olarak değerlendirilir [19]. Kaygı yaygın anksiyete bozukluğunda temel belirti olsa da, diğer anksiyete bozuklukları ile depresif bozukluklarda da görülebilir, ancak YAB'da tanımlayıcı özellik gösterir. Kaygının çok daha yoğun yaşanması, sürekliliği ve kontrol edilemez şiddette olması diğer anksiyete

bozukluklarından ayıran temel yanıdır [20]. YAB'da kaygının patolojik tarafı içeriğinden ziyade; aşırı ve kontrol edilemez özellik göstermesidir [21].

YAB tanılı hastalar; diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak daha fazla sürede ve küçük sorunlarda dahi aşırı kaygı deneyimlediklerini belirtirler [22]. Bu bireyler küçük sorunlara dahi çok üzülen, sürekli olarak korku içinde, geleceğe yönelik beklentilerinde sürekli olarak en kötüsünü yaşayacaklarını düşünen, devamlı kaygı içinde olan kişilerdir[23].

YAB etiyojisinde genetik etkenler de belirleyicidir. Hastalar ile sağlıklı kontrollerinde 1.dereceden akrabalarını karşılaştıran bir çalışmada ; YAB tanılı hastaların 1. dereceden yakınlarında YAB'nun beş kat daha fazla olduğu görülmüştür [24]. YAB etiyojisinde psikososyal ve biyolojik faktörler beraber rol oynarlar; bu nedenle ikisini birlikte ele almak gerekmektedir [25].

2.2.3. Epidemiyoloji:

ABD'de yapılan tanı için DSM-III-R ölçütlerinin kullanıldığı Ulusal Eşitlik Çalışması (National Comorbidity Survey)'nda YAB insidansı %1,6 saptanmış, bir yıllık dönemdeki yaygınlığı %3,1 ve yaşam boyu yaygınlığı %5,1 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada YAB'nun işsizlerde, dullarda, boşananlarda ve 24 yaşın üstündekilerde daha sık, kadınlarda ise erkeklere oranla 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür [26]. Başka bir çalışmada ise ; YAB yaşam boyu yaygınlığının %11 olduğu, bu hastaların % 24,6'sının 50 yaşından sonra tanı aldığı, sadece %36,3'ünün tedavi gördüğü bildirilmiştir [27]. DSM-5 tanı kitabında ise ABD'de 12 aylık yaygınlığın ergenlerde %0,9 erişkinlerde %2,9 olarak bildirmekte, diğer ülkelerde ise bu prevalansın %0,4-3,6 arasında değiştiği belirtilmektedir.

YAB'nun 12 aylık süre içinde yaygınlığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında kadınlarda % 0,8, erkeklerde % 0,5 olarak bulunmuştur [28]. YAB'nda ek ruhsal hastalık komorbiditesi sıklıkla görülür, ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise herhangi bir depresif bozukluk veya diğer anksiyete bozukluğu ek tanısının 12 aylık dönemde eşlik etme oranı %90,8 olarak bulunmuştur [29]. YAB, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülür. Kadın cinsiyet, tedaviye uyumsuzluk, erken başlangıç kötü prognozu gösterir [30]. Hastaların birçoğu 20'li yaşlarda bedensel yakınmalar ile hastaneye başvururlar [25]. Bunun yanında YAB yaşlılarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur [31].

2.3. PANİK BOZUKLUK (PB):

2.3.1. Tarihçe:

Yunan tanrısı Pan'dan köken alan panik (panikos) kelimesi; eski kaynaklarda *“bireyi veya topluluğu, belirli bir neden olmadan saran dehşet ve bunun yol açtığı büyük kargaşa, karışıklık ve şaşkınlık”* anlamıyla yer alır.

“Panik” sözcüğü ilk kez Henry Maudsley tarafından 1879'da kullanılmıştır [32]. Bunun yanında Klein “farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine cevap veren panik atakları, cevap vermeyen yaygın anksiyeteden ayırıp, panik bozukluğu ayrı bir anksiyete bozukluğu başlığı olarak tanımlamıştır [33].

DSM-III 1980 yılında yayımlandığında anksiyete nevrozu tanımı terkedilip panik bozukluk terimi kullanılmıştır. Ayrıca bu sınıflamada agorafobiye de anksiyete bozuklukları içinde tek başına veya panik bozuklukla birlikte olabilir şeklinde yer verilmiştir [17]. DSM-III'de panik atağı için tanımlanan 12 belirtiden 9'u 1894'te Freud'un tanımladığı “anksiyete nevrozu”nda yer almaktadır [8]. DSM-III-R'de agorafobi, panik bozukluğun altında incelenmeye başlanmış ayrıca agorafobi olmaksızın panik bozukluk sınıflaması da eklenmiştir. DSM-IV'de ise agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk tanıları yer almıştı. DSM-5'de agorafobi panik bozukluktan ayrı bir tanı olarak ele alınıp, panik bozukluk için bir belirleyici olmaktan çıkarılmıştır. Bu yaklaşımın da önceki psikiyatrik öykü, hastalığın seyri, eştanı örüntüleri, ailesel genetik veriler, tedaviye yanıt ve güvenilirlik değerlendirmeleri açısından desteklendiği belirtilmektedir [15].

2.3.2. Tanı:

Panik bozuklukta en temel özellik tekrarlayıcı, önceden kestirilemeyen "beklenmedik" panik atakların görülmesidir. Tanı konulabilmesi için beklenmedik panik atakların en azından hastalığın başından beri görülmesi gerekir [8].

Psikanalitik yaklaşıma göre, panik bozukluk gelişiminin temelinde bastırma savunma düzeneğinin olduğunu düşünülür. Bilinç tarafından kabul edilmeyen cinsel düşünceler, duygular ya da dürtülerin bastırma düzeneği kullanılarak bilince erişmeleri önlenir. Bu kabul edilmeyen düşünce ve dürtüler, bastırma mekanizması ile baskılanamadığında bilince çıkar ve bireyde anksiyete ve panik ataklara neden olur [34].

Panik bozukluğun bilişsel açıklamasında bedensel belirtilere yönelik tehdit algılaması önemli yer tutar. Bu hastalar bedensel belirtilerini felaket veya şiddetli bir tehdit olarak algılar, bu yanlış algılama da belirtilerin şiddetlenmesine yol açar. Git gide artarak hızla bir panik nöbeti şiddetine varır. En sık görülen örneklerden biri hastanın kalp çarpıntısı ve atımın hızlanmasını kalp krizi olarak yorumlaması, bunun sonucunda yoğun bunaltı yaşaması, artan bunaltının çarpıntıyı artırması, göğüste sıkışıklık hissi eklenmesi fizyolojik belirtilerin arttıkça da panik atağa yol açması şeklinde görülür. Belirtilerin şiddetlenmesi ilk yorumun doğrulanmasına yol açar ve belirtiler giderek tırmanır. Hastanın geçirilen panik nöbetlerinin beklenen felaketle sonlanmadığını görmesine karşın, panik nöbetlerinin sürmesini biliş ile davranış arasındaki bağ ile açıklamaktadır. Örneğin bayılmaktan korkan hasta belirtiler ortaya çıkınca oturur ya da kalp krizi geçirmekten korkuyorsa, belirtiler o sırada yaptığı hareketi bırakmasına, dinlenmesine yol açar. Böylece hasta kendisini felaketten koruduğuna inanır. Başka bir deyişle her panik nöbeti, felaketle bağlantısının olmadığı görüşü yerine ‘neredeysse olacağı’ inancının yerleşmesine neden olur [35].

Panik bozukluk tanılı hastaların psikosomatik yakınmalarının daha fazla olduğu, daha fazla sağlık kurumu başvurusu olduğu ve daha fazla yardım arayışında olduğu gösterilmiştir [36]. Ayrıca panik bozukluk tanılı hastaların diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha fazla somatik semptom bildirdiği görülmüştür [37]. Yapılan başka çalışmada panik bozukluk tanılı hastaların %89'unun başlangıçta bir veya iki bedensel yakınma ile başvurduğu ve organik bir sebep bulunamadan genellikle aylar veya yıllar boyunca takip edildiği, başvuru sırasında en yaygın üç somatik semptomun kardiyak semptomlar (göğüs ağrısı, taşikardi, düzensiz kalp atışı), gastrointestinal semptomlar (özellikle epigastrik sıkıntı) ve nörolojik semptomlar (baş ağrısı, baş dönmesi/vertigo, senkop veya parestezi) olduğu gözlemlenmiştir [38].

Panik bozukluk; panik ataklarla başlar sonrasında da fobik kaçınma ile beklenti anksiyetesi eklenir. Panik bozukluk diğer anksiyete bozukluklarına sıklıkla eşlik eder. Ayrıca hastaların %70'i ilk panik atağından önce, kişisel sağlık sorunları, önemli kişilerden ayrılma, kişiler arası çatışmalar gibi stres verici yaşam olayları tanımlamaktadırlar [39].

2.3.3: Epidemiyoloji:

Panik bozukluk sıklığı ile ilgili bilgi veren önemli iki çalışma olan “Epidemiyolojik Alan Çalışması” (Epidemiologic Catchment Area) ve “Ulusal Eşitlik Çalışması” (National Comorbidity Survey) çalışmalarında panik ataklarının yaşam boyu yaygınlığının %7 ve %9 arasında olduğu, agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının % 1,5 ve % 3,8 arasında değiştiği, sınırlı belirtili panik atağı geçirmenin yaşam boyu yaygınlığının ise % 4,8 ve % 8,5 arasında olduğu gösterilmiştir [40, 41]. Başka bir çalışmada yaşam boyu sıklıkları agorafobisiz panik bozukluğunda %3.7 ve agorafobili panik bozukluğunda %1.1 olarak saptanmıştır [42]. 1993 yılında Dünya Sağlık Örgütünün yayımladığı çalışmada Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde panik atağı yaygınlığı %3,4 panik bozukluğu yaygınlığı ise %0.2 olarak verilmiştir [43].

Panik bozukluğu kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir [44]. Kadın-erkek oranı yaklaşık 2:1’dir. Ayrıca hastalığın seyri de cinsiyete göre farklılık gösterir. Hastalığın erken döneminde kadın hastalarda daha fazla belirti görülürken, bu durumda aynı zamanda daha fazla yeti yitimine ve prognozun erkeklere göre daha kötü olmasına neden olur [45]. Anksiyete bozukluklarının başlangıç yaşı ile ilgili yapılan bir metaanalizde ; 7443 anksiyete bozukluğu hastasında başlangıç yaşı 21,3 bulunmuş, ayrıca panik bozukluğunun da yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi genç erişkinlik çağında başladığı görülmüştür. Kadınlarda daha sık görüldüğü bu çalışmada da ortaya konulmakla birlikte, hastalığın başlangıç yaşının her iki cinste de aynı olduğu saptanmıştır [46]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre ise genel toplumda panik bozukluk yaygınlığı kadınlarda %0,5 erkeklerde %0,2’dir [28].

2.4. SOSYAL FOBİ (SF):

2.4.1. Tarihçe:

Sosyal Fobi, bireyin başkaları tarafından yargılanabileceği, toplumsal ortamlarda rezil olacağı düşüncesi ile belirgin olarak sürekli kaygı yaşadığı ve bu ortamlardan olabildiğince kaçındığı anksiyete bozukluğudur [47]. İlk kez 1903’te Janet piyano çalarken, konuşurken ya da yazarken başkalarının izlenme korkusu yaşayan hastaları tanımlamak amacıyla sosyal fobi kavramını kullanmıştır. İlk kez 1966 yılında Marks ve Gelder sosyal fobiyi açıklamış,1970’te Marks sosyal fobiyi diğer kaygı bozukluklarından ayırarak “Sadece kişiler arası durumlarda etkili olan ve diğer kişiler arasında küçük düşme

temeline dayanan yoğun korkular'' olarak tanımlamıştır [48]. Psikiyatrik bozukluklar sınıflanmasına dahil olması ise 1980'de DSM-III ile gerçekleşmiştir.

DSM-II'de tüm fobik bozukluklar fobik nörozlar başlığı altında toplanmışken DSM-III'de agorafobi (panik ataklı veya panik ataksız), sosyal fobi ve basit fobi gibi alt gruplar tanımlanmıştır. DSM-III-R'de ise sosyal fobi başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku duyma ve bu durumdan kaçınma olarak tanımlanmıştır [49].

DSM-IV'e göre sosyal fobide, utanç duyulabilecek toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan belirgin ve sürekli korku duyulur (A ölçütü). Korkulan, toplumsal ya da eylemin gerçekleştirilmesi gereken durumla karşılaşma bir anksiyete belirtisi doğurur (B tanı ölçütü). Bu bozukluğu olan ergenler ve erişkinler korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilirler (C tanı ölçütü) ve çoğu zaman korkulan toplumsal ya da eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılsa da bazen korkuya katlanılır (D tanı ölçütü) [50].

DSM-5 ile DSM-IV arasında bazı önemli farklılıklar olmuştur. Bunlar DSM-IV'te "Agorafobi", "Özgül Fobi" ve "Sosyal Fobi" deki "18 yaş altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır" şeklindeki öncül DSM-5'de "her yaş için 6 ay" olacak şekilde değiştirilmiştir, DSM-IV'deki "kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir" maddesi DSM-5' de tamamen kaldırılmıştır, ayrıca DSM-IV' deki "yaygın" belirleyicisi DSM-5' te kaldırılmış yerine "yalnızca eylemi gerçekleştirme sırasında" ibaresi eklenmiştir.

Sosyal fobi; sosyal yetersizliğe, akademik alanda başarısızlığa, aile ve akran ilişkilerinde bozulmaya, erişkinlikte ekonomik bağımlılığa ve iş verimliliğinde azalmaya yol açtığından ekonomik maliyeti yüksek olan ve yaşam kalitesini etkileyen bir bozukluktur [51]. Sosyal fobinin ciddi ve yaygın bir problem olmasına karşın 1990'lı yıllardan önce hem toplum hem de psikoloji ve psikiyatri tarafından yeterince önemsenmemiş olduğu dikkati çekmektedir [52].

2.4.2. Tanı:

Sosyal fobi bozukluğunun altında yatan sorun sosyal fobik kişilerin sosyal durumlar ile ilgili düşündükleri olumsuz beklentilerdir. Tipik olarak bu korkular olumsuz performans korkuları "başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğim" , "sıkıcı biri olduğumu düşünecekler", "gene her şeyi berbat edeceğim" şeklindedir ve bu olumsuz düşüncelerin

sonucunda anksiyetede artış meydana gelmektedir [49]. Genellikle 13-19 yaşlarında özellikle çocukluk çağında utangaçlık öyküsü alınan kişilerde görülen sosyal fobi, yavaş yavaş başlayabileceği gibi stresli ve küçük düşürücü bir olaydan sonra da başlayabilir. Kişinin yaşamındaki stres kaynaklarına ve gereksinimlerine göre işlevsellikteki bozulmanın derecesi dalgalanmalar gösterebilir. Örneğin karşı cinsle iletişim konusunda sıkıntıları olan kişinin sosyal fobisi evlendikten sonra azalabilir veya eşini kaybettikten sonra yeniden ortaya çıkabilir [50]. Sosyal fobi tanımlı bireylerin geçmişteki olumsuz sosyal yaşantıları ve olumsuz kendilik algıları nedeniyle; sosyal ortamlara girmeden önce olumsuz beklentileri meydana gelir. Bu olumsuz yargılamalar genelde bireyin kendisine olan dikkatini artırdığı gibi dışardan gelen bilgilerin de tarafsız olarak değerlendirilememesine yol açar. Bu süreçte sosyal ortamlar tehdit olarak algılanır ve kaçınma ile güvenlik sağlayıcı davranışlar gözlenmeye başlar. Örneğin alkol kullanmak gibi güvenlik sağlayıcı davranışlar veya sosyal ortamlara girmeme gibi kaçınma davranışları olabilir. Özellikle kaçınma davranışları psikososyal gelişim fırsatlarını azaltır ve sosyal becerilerde yetersizliğe yol açar. Sosyal becerilerdeki yetersizlik önceki korkularını pekiştirir. Bu nedenle sosyal etkileşim öncesinde ve sonrasında bilişsel yanlılıklar anksiyeteyi tetikler ve sosyal performansı etkiler [50].

Sosyal fobide sosyal iletişim sırasında kızarma, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi birçok somatik semptom görülebilir. Bireyler genellikle bu tarz semptomları kendilerine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin de etkisi ile “yapamadığımı anladılar” “daha da rezil oldum” şeklinde yorumlarlar.

2.4.3. Epidemiyoloji:

Sosyal fobi yaygınlığı üzerine birçok farklı araştırma yapılmıştır. Bir derleme çalışmasında toplumda yaygınlığın ülkeler arasında belirgin farklılık gösterdiği, yaşam boyu yaygınlığın %0,4 ile %13,7 arasında, 12 aylık yaygınlığı ise %1,3 ile %7,9 arasında saptandığı, 18 yaş ve üstünde %0,4-%17 arasında olduğu görülmüş. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu, kültürler arasında ise sosyal fobinin sıklığında belirgin farklılık gösterdiği görülmüştür [53]. Örneğin ülkemizde yapılan sosyal fobide cinsiyet farklılıklarını araştıran bir araştırmada sosyal fobi tanısı alan hastaların üçte ikisinin erkek üçte birinin kadın olduğu görülmüştür [54]. Sosyal fobi iş verimliliğinde azalmaya, akademik başarısızlığa, ekonomik bağımlılığa, sosyal yetersizliğe ve yaşam kalitesinde düşmeye yol açıp ekonomik

maliyeti yüksek olan bir bozukluk olmasının yanında günlük yaşamda aile ve akran ilişkilerini de etkilemektedir [55]. Farklı psikiyatrik tanılara yatkınlığı artıran sosyal fobinin; özellikle depresyon ve alkol bağımlılığı gibi bozukluklarla komorbidite olasılığı yüksektir [56]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 3 aylık bir süreçte psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların %42,1'sinde ruhsal bir hastalıkla birlikte sosyal fobi tespit edildiği, bu oranın depresif bozukluklarda %35,3 psikotik bozuklukta %11, OKB'de %11, yaygın anksiyete bozukluğunda %8,5 olduğu gösterilmiştir [57]. ABD'deki Ulusal Komorbidite Araştırmasında (National Comorbidity Survey) ise sosyal fobinin yaygınlığı %13,3 olarak bulunmuştur [58]. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından Fransa'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada sosyal fobinin %14,4'lük yaşam boyu yaygınlık oranı ile en sık görülen üçüncü ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür [59]. Amerika'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise sosyal fobi bir yıllık %7,9 ve yaşam boyu %13,3'lük yaygınlık oranı ile ABD'de en sık görülen ikinci ruhsal hastalık olduğu belirtilmiştir [60].

Ülkemizdeki alan çalışmalarında ise üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaşam boyu görülme oranı %17, 12 aylık yaygınlığı ise %14,4 olarak bulunmuştur [61]. Yine ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı % 9,6, son bir yıllık yaygınlığı % 7,9 görülmüş bunun yanında düşük ekonomik duruma sahip kişilerde, 21-24 yaş grubunda , köyde doğanlarda ve son 15 yıldır köyde yaşayanlarda , ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan grupta sosyal fobi yaygınlığının daha sık olduğu tespit edilmiştir [62]. Bunun yanında başka bir çalışmada ise sosyal fobinin kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, işsiz, düşük gelir ve eğitim düzeyinde daha sık görüldüğü, kadınlarda daha sık (erkeklerin 2 katı) olmakla birlikte tedaviye başvuranların daha çok erkekler olduğu görülmüştür [63].

2.5. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE BEDENSEL BELİRTİLER:

Anksiyete temelde bireylerin sağlıkları ve normal bedensel durumları ile ilgili olumsuz değerlendirmelere neden olur. Belirtiler felaketleştirilip normalde olduğundan daha tehlikeli ve daha dikkate değer olduğu düşünülür. Nedeni belirlenemeyen belirsiz semptomlar dikkat çeker ve ciddi fiziksel hastalıklar nedeniyle oluştuğu var sayılır. Bunun yanında anksiyete bireyin bedenine olan dikkatini ve ilgilenmesini artırarak düşük düzeyde var olan belirtilerin abartılmasına ayrıca eskiden

farkında olunmayan somatik belirtilerin bilinç düzeyine gelerek işlevselliğin azalmasına yol açar [64]. Anksiyetenin ağrı eşiğini düşürdüğü ayrıca bu belirtilere olan toleransı azalttığı gösterilmiştir [65]. Anksiyete bozukluğu tanımlı hastaların bedensel duyumları abarttığı ve bu nedenle somatik yakınmaların hastalığın seyrinde önemli rol aldığı ortaya konulmuştur [66].

Yaygın anksiyete bozukluğu ruhsal yakınmalarının yanında birçok farklı yakınma ile de seyredir. Hastaların birçoğu hafıza kaybı ve unutkanlık tariflese de bu şikayetin temelinde büyük oranda anksiyetenin yarattığı gerginlik durumu ve odaklanamama yatar. Hastalar gündelik yaşamlarında fiziksel semptomlarına da oldukça odaklanırlar. Anksiyete otonom duyarlılık ve buna sekonder olarak kaslarda gerginlik, titreme, sırt ve omuz kaslarında ağrı, gerilim tipi baş ağrısına neden olur. Otonom duyarlılık ise gerginlik hissi, çarpıntı, nefes almada güçlük, göğüs ağrısı, irritabl barsak sendromu, çabuk yorulma gibi fiziksel semptomlara neden olur ve hastalar bu tarz yakınmalar ile psikiyatri dışı bölümlere birçok başvuruda bulunurlar. Bu nedenle de hastalara yapılan efor EKG, ekokardiyogram, endoskopi, EMG, beyin görüntüleme, koroner anjiogram gibi birçok gereksiz tetkik sağlık sisteminin yükünü artırır. Hastaların psikiyatri dışı hekimlere başvurma oranının psikiyatristlere başvurularının 2 katı olduğu gözlemlenmiştir [67]. Başka bir çalışmada; yaygın anksiyete bozukluğu tanımlı hastaların %86,4'ünün anksiyete bozukluğu için ilaç kullandığı, %40,9'unun son altı ay içerisinde herhangi bir sebeple acil servise başvurduğu, ortalama başvuru sayısının 3.1 ± 3.7 olduğu gözlemlenmiştir. Bu acil başvurularının %51,9'unda kan tahlili, radyolojik inceleme, EKG ve USG gibi tetkiklerin yapıldığı, %48,5'inde ise konsültasyon için başka bir uzmandan görüş istendiği belirtilmiştir [68]. Bununla birlikte anksiyetenin nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, tiroid hastalıkları, alkol veya madde yoksunluğu ile entoksikasyonları ve ilaç entoksikasyonlarında da görülebileceği unutulmamalıdır.

Panik bozukluk tanımlı hastalarda felaketleştirici bedensel kaygılar ve çok hızlı şekilde gelişen belirtilerin ciddi bir fiziksel hastalığın belirtisi olduğu düşüncesi ağırlıktadır. Bu nedenle panik bozukluk tanımlı hastalarda bedenselleştirme ile farklı hipokondriak uğraşlar sık görülür. Birçok hasta ataklar sırasında gelişen bu semptomları ciddi sağlık sorunları ile ilişkilendirir [69]. Panik bozuklukta sağlık kaygısı çok sık yaşanır, bedensel duyumların yanlış yorumlanması sonrasında gelişen bedensel sağlık endişesi şeklinde kendini gösterir [70]. Panik ataklar sırasında baş

dönmesi, kalp çarpıntısı, aşırı terleme, boğulacakmış hissi, göğüste ağrı, nefes alıp vermede güçlük, mide bulantısı gibi birçok fiziksel semptom görülebilir. Bunlara delirme aklını kaybetme korkusu, öleceğim endişesi, kalp krizi geçiriyorum korkusu büyük oranda eşlik eder. Bu tarz belirtiler panik atakların şiddetine ve sayısına göre değişir [71]. Panik bozukluk tanılı hastaların en çok dile getirdikleri şikayetleri çarpıntıdır. İsveç'te yapılan bir çalışmada panik bozukluk tanılı hastaların %87 oranında çarpıntı tariflediği ve en yaygın görülen semptomun bu olduğu belirtilmiştir [72]. Bunun dışında psikiyatri dışı branşlara çarpıntı şikayeti ile başvuruda bulunan hastalarla yapılan bir çalışmada; hastaların %27,6 sının yaşam boyu, %18,6 sının ise son bir aylık periyotta panik bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı ayrıca panik bozukluk tanılı hastaların bedensel belirtilerini daha abarttığı, somatizasyon ve hipokondriazis puanlamalarından da daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir [73]. Bu nedenle tıbben açıklanamayan belirtileri olan hastalarda ayrıntılı ruhsal öykü alınması kritik önem taşır.

Sosyal fobide; bireyler özellikle sosyal iletişime geçecekleri durumlarda olumsuz bilişleri aktifleşir, etrafında onu izleyen insanların küçük göreceği, rezil olacağı endişesi taşır. Bu düşünceler bazı otomatik düşünceleri uyarır bu da otonom semptomların ortaya çıkmasına neden olur. Sosyal fobinin terleme, çarpıntı, ellerde terleme ve titreme, sesin kısılması ve titremesi ,kaslarda gerginlik, nefes almada güçlük, çarpıntı, göz temasından kaçınma, yüzde kızarma gibi fizyolojik belirtilerinin yanında, sosyal ortamlardan kaçınma ya da sessiz kalma, performanstan kaçınmak, yeni insanlarla tanışmaktan kaçınmak gibi davranışsal tarafı da vardır [74]. Ancak sosyal fobi tanılı hastalar bu bedensel belirtileri yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluk tanılı hastalarda olduğu gibi bir felaket senaryosunun başlangıcı olarak görmekten ziyade etrafındaki kişilerin bunu farketmediği, daha da rezil olduğu, hiçbir zaman yeterli standartları yakalayamayacağı şeklinde yorumlar. Semptomların artışı ile de olumsuz düşüncelerine dair kanıt bulmuş olur bu da bireylerin sosyal iletişimini daha da olumsuz etkiler. Bu şekilde kısır döngüye girilir.

Anksiyete bozuklukları ve depresyon tanılı hastaların somatik semptom varlığı açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada; YAB, PB ve SF tanılı hastaların hepsinde somatik yakınmaların kontrol grubuna kıyasla belirgin olarak daha fazla olduğu, bu yakınmalarda sıklığın sırasıyla kas iskelet sistemi, kardiyopulmoner

sistem, yaygın semptomlar (baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma, sersemlik hissi vb.) ve gastrointestinal semptomlar şeklinde olduğu gösterilmiştir [75].

2.6. BİLİŞSEL KURAM:

2.6.1. Tarihçe:

Gözlem ve deney temelindeki bilimsel yöntem, psikolojiye ilk defa 20. yüzyılın başlarında, davranışçı kuramla girmiş olsa da, ortaya çıkışından sonraki yaklaşık 40 yıl boyunca psikanalizin gölgesinde kalmış, 1950'li yıllarda etkisini artırarak psikanalizin tahtını sarsmıştır. Aslında davranışçılığın başlangıcı 19. Yüzyıla kadar geri gitmekteydi. Özellikle Rus fizyolog Ivan Petroviç Pavlov (1849-1936)'un "klasik koşullanma" kavramını ortaya koyduğu deneyi davranışçı kuramın temel taşlarından biriydi. Pavlov aslında köpeklerin sindirim sistemi üzerinde çalışırken, köpeklerin salyalarının bazen yiyecek olmadan da örneğin zil sesini duyduklarında da aktığını fark etti. Tekrarlayıcı deneyler sonucunda gözlemi: (nötr bir uyarıcı), tek başına salya akmasına sebep olabilecek başka bir uyarıcı olan "etten" (koşulsuz uyarıcı) hemen önce verildiğinde, bir süre sonra köpeğin et verilmeden sadece zil çalındığında da salya akma tepkisi vermesi şeklindeydi. Böylece "koşullanma" veya "öğrenme" gerçekleşmiş oluyordu [76].

Davranışçı ekolün en önemli isimlerinden biri de John Broadus Watson (1878–1958) idi. 1913'de yayınlanan yazısında psikolojinin doğal bilimler gibi saf deneysel bir bilim dalı olması gerektiği, içe bakış veya zihinsel fenomenler gibi deneysel olmayan gözlenemeyen olaylara içermemesi gerektiğini savundu. Pavlovyen klasik koşullanmanın insan öğrenmelerine de uyarlanması 1920 yılında Watson tarafından ortaya konuldu. Küçük Albert deneyiyle insanlarda fobik tepkilerin klasik koşullanmayla açıklanabileceğini deneysel olarak gösterdi [77].

Şüphesiz davranışçılığın insan davranışlarının tamamını açıklayabilecek kadar genişlemesi, bütüncül bir kuram olarak sistematize edilmesi Skinner (1904 –1990) ile oldu. Watson'un açıkladığı klasik koşullanma görüşü bütünüyle insan davranışlarını anlama açısından yeterli bir açıklama getiremezken Skinner'ın "edimsel koşullanma ve pekiştirme" kuramı, davranışçı kuramın neredeyse bütün insan davranışlarını davranışçı ilkelerle açıklayabilmesini sağladı. Temel olarak edimsel koşullanma organizmanın bir davranışı artırması veya azaltmasını davranışın sonucuna göre

düzenlediğini belirtir. Klasik koşullanmada ortaya çıkan davranışsal tepki daha çok refleks bir tepki iken (zil-salya akması), edimsel koşullanmada kompleks bir davranış ortaya çıkar [78].

Davranışçı yaklaşımın pekiştirme olmaksızın öğrenme olası değildir paradigmasına uymayan bazı bulguların gözlenebilir deneyler yapıldıkça gözlemlenmesi bilişsel modelin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Davranışçı ekol psikoloji dünyasında 1960'lara kadar popüleritesini korurken, 70'li yıllarda egemenliği sarsılmış ve bilişsel kuram kendisini göstermeye başlamıştır.

Bireylerin olayları algılama, anlamlandırma ve bilişlerinin, davranışları ve özellikle duyguları belirlediği görüşünden yola çıkan bilişsel kuramın temelleri Milattan sonra 100 yılı civarında yaşamış olan Epiktetos'a dayanmaktadır. Epiktetos'a göre; bireyin mutluluğu ve özgürlüğü, yaşamımızdaki olayları kontrol edebileceğimiz ya da edemeyeceğimiz olarak ayırt edebilmemize bağlıdır. Temel olarak dış olayların bize zarar verme olasılığı olmadığını savunur. Bireye, dış nesnelere karşı kişinin kendi oluşturduğu davranış veya inançları ancak zarar verebilir. İnsanların duygularını belirleyen şeyler durumlara, kişilere ya da olaylara verdikleri anlamlarda saklıdır [79].

Bilişsel kuramın gelişmesinde kuramı oluşturan Aaron Beck ve Albert Ellis dışında birçok farklı araştırmacının katkısı olmuştur. Bunlardan biri George Kelly (1905–1967)'nin geliştirdiği “kişisel yapılar kuramı”dır. Kelly, her bir insanın bir bilim adamı gibi, insan ilişkilerinin nasıl devam ettiğine ilişkin kuramlar ve modeller geliştirdiğini ve bunlar vasıtasıyla tahminlerde bulunduğunu söylüyordu. Bu süreç bebeklikten itibaren başlar: örneğin bebek ağladığında annesinin geldiğini fark edince bununla ilgili bir kuram kurar; “demek ki ağlarsam annem gelir”. Giderek yaş büyüdükçe kuramların sayısı artar ve çeşitlenir. Kendi kuramlarımızı diğer insanlara uygulayarak kontrol etmeye ve onların davranışları hakkında öngörülerde bulunmaya çalışırız [77]. Bunun dışında Martin Seligman'ın ortaya attığı “öğrenilmiş çaresizlik” kuramı da davranışçı ekolü sarsan bulgular sunuyordu. Seligman'ın köpeklerle yaptığı deneyin ilk kısmında köpekler atlasalar da, havlasalar da, koşsalarda yaptıkları şeyin sonucu etkilemeyeceklerini öğrenmişlerdi. Eğer köpekler yaptıkları çabaların işe yaramadığı, boş olduğu gibi bir sonuca varabiliyorlarsa insanlardaki çaresizlik de bu modelle açıklanabilirdi [80].

Bilişsel kuramın iki büyük öncüsü Aaron Beck ve Albert Ellis psikodinamik yönelimli terapi eğitimi almış, davranışçı terapist veya davranışçı psikolog olmayan kişilerdi. Ancak oluşturdukları bilişsel kuramın kliniklerde en önemli psikoterapi türü haline gelmesinde davranışçı ekolü destekleyen terapistlerin neredeyse tamamının daha sonra bu akımı takip etmesi önemli rol oynamıştır. İki klinisyen de eğitimini alıp hastalarına uyguladıkları psikanalizin hastalarda belirgin içgörü geliştirdiğini ancak hastaların günlük hayatlarında ve işlevselliklerinde belirgin bir iyileşme sağlamadıklarını gördü. Psikanalitik kuramda bireyin erken yaşantılarının etkisinin örneğin ebeveyninin kızması veya onay vermemesi gibi durumların; ilerleyen dönemlerdeki yaşam olaylarına koşullanmasına ve farkına varmadan aynı davranışları tekrarlamasına neden olduğu varsayılır. Bireylere artık bu durumlardan korkmasının anlamlı olmadığı söylenirse bireyin bu koşullanması yani nevrozunun ortadan kalkacağı düşünülür. Ancak psikodinamik terapi uygulamalarında belirgin sonuç alınamıyordu. Çünkü insan davranışları Pavlov'un köpeklerinden çok daha komplekti; insanlar deneyimleri üzerine yorum yapıyor ve düşünme üzerine düşünme özelliğiyle hayvanlardan ayrılıyordu [77]. Ellis bu düşüncelerden yol çıkarak psikoterapilerin aslında yönelmesi gereken şeylerin bireyin düşünceleri ve inançları olması gerektiği söylüyordu [81]. Beck ise psikanalitik kuramın deneysel olarak açıklanabileceğine inanmaktaydı. Bu amaçla depresyon ve bilinç dışının ürünü olarak da rüyaları kullanmak istemişti. Depresyonun psikanalitik açıklamasındaki bireyin kendine yönelttiği saldırganlığı depresyon hastalarında çalışmaya başladı [82]. Bu öfkenin gerçekten kişinin kendisine yöneltmesi olarak açıklasa da bireyin acı çekme isteğine dair veri elde edemedi. Sonraki çalışmalarında hastaların kendilerini hastalıklı, kusurlu ve yalnız görerek acı çektiğini gösterdi ve böylece depresyonu düşünce bozukluğundan kaynaklanan bir bozukluk olarak tanımladı. Bu şekilde kişilerin düşüncelerine odaklanarak düzeltilmesinin tedavide etkin olduğunu belirtti [76]. Yaptığı çalışmalarda veriler depresif bozukluk tanılı hastaların kendilerine acı veren rüyalar görmekle birlikte, görünen rüyanın içeriğinde acı çekme arzusuyla ilişkili bir işarete yoktu. Elde edilen veriler depresif bozukluk tanılı hastaların kendilerini kusurlu, hastalıklı ve yalnız görerek acı çektiğini göstermişti. Psikodinamik formülasyonun temel elemanları ise (acı çekme arzusu gibi) klinikte doğrudan gösterilemez olduğundan bilimsel olarak sınanmaları da olanaksızdı [77].

2.6.2. Temel Kavramlar:

Bilişsel kuram bireylerin bilişlerini temelde 2 ana başlık altında toplar. Bunlar otomatik düşünceler ve şemalar olarak ikiye ayrılır. Şema kavramı da genel olarak ara inançlar ve temel inançlar şeklinde iki alt gruba ayrılır. Bu 3 gruptan otomatik düşünceler en yüzeyde yer alan bilişlerdir, bunun altında ara inançlar yer alır en çekirdek ve derinde ise temel inançlar bulunur [12].

Otomatik düşüncelere “otomatik” denilmesinin nedeni bir anda zihinde belirmeleri, kendileri fark edilmese de bu düşüncelerin meydana getirdiği duyguların belirgin olarak hissedilmesidir [79]. Otomatik düşünceler düşünmeden, plan yapmadan, çabuk ve aniden ortaya çıkar, temelde yer alan şemaları yansıtır ve hasta tarafından hemen doğru olarak kabul edilirler. Hastalar çoğu zaman bu düşüncelerin farkında olmaz. Sözcükler veya imajlar şeklinde olabilir. Çok hızlı ve örtük olarak ortaya çıkarlar. Bireyler bu düşüncelerin belirgin olarak farkında olmasalar da hissettikleri duyguları net olarak tanımlayabilirler. Terapi süresince bu düşüncelerin farkına varabilmeleri için eğitim verilir. Bilişsel kuram temel olarak bu düşünceleri ele alır, hastaların sıkıntı hissettikleri anlarda akıllarında beliren düşüncelerle ilgilenir.

Ara inançlar; içiçe geçmiş kümeler olarak düşünülürse otomatik düşüncelerin hemen altında yer alırlar. Bu nedenle ara inançları ortaya çıkarmak otomatik düşüncelerden nispeten daha zordur. Tekrarlayan otomatik düşüncelerden derine inme veya ölçekler vasıtasıyla ara inançlara ulaşılabilir. Ara inançlar bireylerin olumsuz temel inançlarından korunmak için kullandıkları ara geçiş kısmıdır ve kuralları, varsayımları, beklenti ile tutumları içinde barındırır. İnsanlar genellikle ara inançlarını anlatmasalar da bunlar davranışların soyut belirleyicileridir. Ara inançlar temel inançtan köken alır otomatik düşünceleri belirlerler. (Örneğin; “Eğer başarısız olursam beni sevmezler” “her zaman başarılı biri olmalıyım” gibi)

Temel inançlar; çocukluk dönemi de dahil geçmiş yaşantılardaki deneyimlerden köken alarak şekillenir. Bireylerin kendisi, çevresindeki diğer insanlar ve dünya hakkındaki varsayımlarını içerir. Olaya bağlı olmayıp genel yargılar tariflemesi ile otomatik düşüncelerden, şartlı olmayıp kesin yargılar içermesi ile de ara inançlardan farklıdır.[79] Beck temel inançları 3 gruba ayırmıştır. Bunlar çaresizlik, sevilme ve değersizlik alt gruplarıdır [83]. Çaresizlik temel inancında “beceriksizim, dayanıksızım, yetersizim” gibi inançlar yer alırken, sevilme temel inancında

“sıkıcıyım, sevilmiyorum, çirkinim” gibi inançlar, değersizlik temel inancında ise “değersizim, yaşamayı hak etmiyorum” gibi inançlar yer alır [79].

Bireylerin ilk değerlendirme aşamasında yapılan olgu formülasyonunda bireyin normal hayat sürecinde karşılaştığı bir durumu kendi bilişsel yapısı yani şemaları ile nasıl çarpıttığı ortaya konur. Bireyin şemaları ile olayları çarpıtması sonrasında oluşan düşünceler otomatik düşünce olarak adlandırılır. Bireyin bunların yönetiminde yaptığı davranışlar genellikle şemaların devamına yol açar. Şemaların “seviliyorum-sevilmiyorum” gibi iki zıt anlam içerecek şekilde var olduğu düşünülür. Ruhsal bozukluklarda ise genellikle olumsuz kalıpların daha aktif olduğu var sayılır. Burada şemalar daha kısa ve kesin bir şekilde “değersizim, sevilmiyorum” şeklinde var olurken, otomatik düşünceler “beni sevmiyor, beni önemsemediği için bana bakmadı” gibi bilişsel çarpıtmaların oluşturduğu şekliyle var olur. Birçok farklı bilişsel çarpıtma (zihin okuma, katastrofik görme, ya hep ya hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkartma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, meli malı ifadeleri ve olumluyu küçük görme gibi) tariflenmiştir.

2.6.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Bilişsel Kuram:

Kaygı, sağlıklı bireylerde yaşam boyu var olan, bireylerin gelişiminde etkisini gösteren, tehditlere karşı koruyucu ve çevresine uyum sağlamasında etkin bir histir. Aşırı endişelilik, çeşitli somatik yakınmalar ile kendini gösteren yaygın anksiyete bozukluğunun ise özellikle kişilerin tehdit algısındaki çarpıtmalar nedeniyle normal uyarınları yanlış algılaması sonucu ortaya çıktığı düşünülür.

Yaygın anksiyete bozukluğunda birey çevresinden ve bedeninde gelen uyarınları tehdit olarak algılar, bu tehditleri abartarak hayatının tamamına genelleştirir. Kendi başına anksiyete ile baş edemeyeceğini düşünür, baş etme güçlerini küçümser. Temel olarak aktifleşen şemalar tehdit ve tehlikedir. Bu şemalar bireyin erken çocukluk yaşamından, aile ve toplumsal kültürden kaynaklanır. Birey sürekli olarak tehdit altında hissettiğinden, uyum sağlamak ve zarar göreceği ihtimalinden kaçınmak için kaçma ya da savaşıma cevabı geliştirir. Bu da beraberinde çarpıntı, kas gerginliği, huzursuzluk ve otonom sistemin harekete geçmesine neden olur. Sürekli olarak tehdit altında hissettiği için çevresindeki uyarınlara olan ilgisi artar ve sürekli tehlike potansiyeli olabilecek uyarınlara bakar. Bireyin kontrolü dışında gelişen bu olaylar

sonrasında güven sağlayıcı davranışlar ile kaçınmalar gelişir. Aynı zamanda fizyolojik belirtilerde de belirgin artış olur, bu artış kişiyi tekrar güven sağlayıcı davranışları yapmaya zorlar. Bireyin artan fizyolojik semptomları aynı yol ile negatif düşünceleri uyarır ve kısır döngüye girilmiş olur. Yaygın anksiyete bozukluğunda bu süreçlerde sorumlu olan en belirgin çarpıtmalar; felaketleştirme, seçici soyutlama, ya hep ya hiç tarzı düşünme, aşırı genelleştirme, kişiselleştirme ve keyfi sonuç çıkarmadır [84].

Bilişsel terapi sürecinde de, bireylere bilişsel bozuklukların yarattığı kaygıyı daha gerçekçi olarak değerlendirmesi öğretilmekte ve böylece daha rasyonel düşünmesi sağlanarak anksiyeteyi kontrol etmenin yolları anlatılmaktadır. Hastalar bunun yanında “endişe için endişelenmenin” anksiyeteyi daha da artırdığını, ertelemenin ve gözardı etmenin yani kaçınma ve güven sağlayıcı davranışların problemleri çözmek için işe yarar yollar olmadığını da anlarlar [85].

2.6.4. Panik Bozukluk ve Bilişsel Kuram:

Panik ataklar sırasında kalp çarpıntısı, mide bulantısı, nefes almada güçlük, terleme, uyuşma hissi, vücutta karıncalanma gibi birçok somatik semptom görülebilirken atakların ilerleyen dakikalarında çıldırma, kontrolünü kaybetme veya ölüm korkusu eklenebilir. Bu semptomlar genellikle dakikalar içerisinde artarak devam eder. Bu belirtilere bazen derealizasyon veya depersonalizasyon da eklenebilir. En sık semptomlar ise çarpıntı, titreme, ağız kuruluğu, nefes darlığı ve ölüm korkusu belirtileridir.

Panik bozukluğun bilişsel modelinde bireylerin anksiyete veya normal bedensel durum ile alakalı olabilecek zararı olmayan bedensel duyumları katastrofik şekilde yorumladığı var sayılır. Kişinin panik ataklarla ilişkili olabilecek beden duyumlarını, yaklaşan bir zihinsel, fiziksel veya davranışsal felaketin işareti olarak yorumlaması merkezdedir [86]. Panik bozukluk için yatkınlığı olan bireyler; bedensel uyarılara daha fazla dikkat etmektedir, fizyolojik değişimlere karşı olumsuz tehdit şemaları otomatik olarak aktif hale gelmektedir [87]. Bu şemaların da etkisi ile birey bedenindeki bir uyarıyı felaketleştirir, sonrasında tehlike algısı oluşur bu algı fiziksel belirtilerin daha da güçlenmesine yol açar. Bu fiziksel semptomların artışını da katastrofik yorumlamasının gerçek olduğuna dair kanıt olarak görür. Örneğin; “kalp krizi geçireceğim” gibi otomatik ortaya çıkan düşünce çarpıntısının artmasına neden

olur. Bu bir kısır döngüdür ve bireylerin duyularına daha dikkatli yaklaşmasına sürekli tetikte olmasına neden olur. Tetikte olma durumu beklenti anksiyetesine neden olurken bu duyuları artırabilecek eylemlerde bulunmama da kaçınmaların oluşmasına temel olur. Kaçınma davranışları da sorunun süregelenleşmesini sağlar [88, 89]. Beklenti anksiyetesi panik atakların tekrarlaması ile ilgili endişeyi yansıtır ve kaygı ve panik bozukluğun kalıcılığında etkin rol oynar. Güvenlik sağlayıcı davranışlar (örn: yanında sürekli ilaç taşıma gibi) ile kaçınma davranışları kalp krizi geçirme ya da kontrolü kaybetme gibi felaket senaryolarından kaçınma (örn: panikle ilgili fiziksel duyulara yol açabilecek etkinlikleri yapmama) için ortaya çıkar, kısa süreli rahatlık sağlar ama sürdürücü etkisi belirgindir [87].

Panik bozuklukta en sık görülen bilişsel çarpıtmalar felakitleştirme, genelleştirme ve tehdiye yönelik abartılı tahminlerde bulunma şeklindeki bilişsel hatalardır. Bedensel duyulara karşı gelişen tehlike algısını azaltmaya ve normalleştirmeye, özellikle kaygılıyken gerçekleşen bedensel semptomlardaki değişikliklerin normal fizyolojik tepkiler olduğu, uyum sağlama yeteneğine yönelik olarak ortaya çıktığı anlatılıp bu belirtilerle ilgili felakitleştirici algıların düzeltilmesine çabalanır.

2.6.5. Sosyal Fobi ve Bilişsel Kuram:

Başka bireyler tarafından bakışlarla izlenmesi kaygısı yalnızca insanlarda değil hayvanlarda da görülebilen bir durumdur. Başkası tarafından gelen tehditkar bakışlar, sürekli takip eden gözler insanlara ait tüm kültürler ile gelişmiş hayvanlarda endişe ve huzursuzluk doğurur [90]. Sosyal anksiyete evrimsel olarak düşünüldüğünde yabancı anksiyetesi olarak ifade edilebilir ve türün devamlılığı için gerekli bir duygudur, genetik olarak belirlenir ve biyolojik temelleri vardır [91]. Yüz ifadeleri korku, mutluluk gibi duyguları net şekilde ifade etse de, sürekli olarak etrafını inceleyen insanlar çok zayıf uyaranlardan örneğin yüz mimiklerindeki zayıf değişiklikler veya birkaç saniyelik görüşmelerden bile güvenilir temel yargılar oluştururlar [92].

Sosyal fobinin bilişsel davranışçı modelinde; bireylerin sosyal ortamlarda kaygılı olmasında etrafındaki kişilerin kendisini küçük ve yetersiz göreceği, yeterli standartları yakalayamayacağına dair düşünceleri ve karşısındaki bireylerin kendisi hakkındaki olumsuz olarak varsaydığı düşüncelere belirgin şekilde inanması yer alır. Bu yolda ilerleyerek bireylerde; kendileri hakkında birçok farklı olumsuz düşünceye

kapılma, sosyal ilişkilerde sürekli olarak olumsuz taraflara odaklanma, sürekli olarak başkalarının birey hakkında ne düşündüğünü merak etme, bütün sosyal ilişkilerinde kendisinin yetersiz olduğunu düşünme, bireyin sürekli olarak izlendiğini düşünmesi ve kendisini kontrol altında tutma girişimleri oluşmaktadır [93]. Beck'in "değerlendirilme anksiyetesi" olarak tanımladığı modele göre; diğer insanlardan gelen kabul ve sosyal onay ile alakalı tepkilere karşı duyarlılık, başarısızlık, yetersizlik korkusu ve bunun doğurduğu otonom uyarılma hali olarak tariflenmiştir. Sosyal iletişimlerde meydana gelen kaygı bireyin kendisine karşı olan olumsuz şemalarını güçlendirir ve böylece sosyal iletişimlerde daha fazla problem oluşturup bireyin kişiler arası ilişkilerini etkiler [94]. Sosyal fobi tanılı hastaların kendilerine yönelik tutumları genel olarak olumsuz olduğu, bu durumun anksiyetelerini artırdığı ayrıca sosyal yetenek ve performanslarının sağlık bireylerle karşılaştırıldığında daha düşük olduğu saptanmıştır [95]. Sosyal anksiyete modelinde birey sosyal iletişim sırasında etrafındaki kişilerin kendisinden çok yüksek standartta performans göstermesini beklediğini ve hiçbir zaman bu beklentilerini karşılayamayacağına inanır. Bu nedenle kendisini izleyenlerin bireyi nasıl gördüklerini ve değerlendirdiğini önemser, izleyicilerin mimiklerine, bireye yönelik işaretlerine ve oradan gelecek olumsuz tavırlara odaklanır. Bu odaklanma ile olumsuz düşündükleri sonucuna ulaşır ve sosyal anksiyetenin somatik yakınmaları (sesinde kısılma, kızarma, çarpıntı vb.) şiddetlenir. Bu belirtilerin artması bireyin kaygısını daha da artırır, kısır döngü kendisini sürekli tekrarlar. Temel sorunlardan biri de sosyal fobik bireyler konuşmalarının tamamen akıcı ve kusursuz olması gerektiğini düşünür, bu olumsuz şemalarının etkisi ile de her zaman zeki ve kusursuz görünmek zorunda olduklarını düşünürler. Bilişsel kuram; sosyal fobik bireylerin kaçınmalarına neden olan bilişsel çarpıtmaları ile anksiyetenin kökeninde yer alan bilişsel süreçleri tanımlamayı, değerlendirmeyi ve yeniden yapılandırmayı amaç edinir. Bilişsel yeniden yapılandırma ile olumsuz şemaların olumluya dönüştürülmesi hedeflenir [96].

3. YÖNTEM:

3.1. Çalışmanın Deseni ve Katılımcılar:

Çalışma kesitsel araştırma modeline göre tasarlandı. Araştırmadaki örneklem OMÜ Tıp fakültesi Psikiyatri bölümüne başvuran hem poliklinik hastaları hem de serviste yatarak tedavi gören DSM-5'e göre Panik bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan 45 panik bozukluk, 45 yaygın anksiyete bozukluğu, 45 sosyal fobi tanılı hastadan oluşan çalışma grubu ile herhangi bir DSM-5 psikiyatrik tanısı konulmayan gruptan oluşan 45 sağlıklı gönüllüden oluşturuldu. Araştırmacı tarafından yapılan görüşme ile hastaların tanıları DSM-5'e göre doğrulandı.

3.1.1.Çalışma Grubunun Oluşturulması

OMÜ Tıp Fakültesi hastanesi Psikiyatri bölümüne ayaktan başvuran poliklinik hastaları ile yatarak tedavi gören 16-65 yaş aralığındaki yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk veya sosyal fobi tanılı hastalara araştırmacı tarafından öncelikle Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği uygulandı ardından hastalarla yapılan görüşmede araştırmacı tarafından sosyodemografik veri formu dolduruldu. Dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan olgular çalışmaya dahil edildi, ardından belirti yorumlama ölçeği, bedensel duyuları abartma ölçeği, otomatik düşünceler ölçeği, fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği kısaltılmış Türkçe formu doldurmaları istendi.

3.1.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması

DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 16-65 yaş aralığındaki sağlıklı kontrollere araştırmacı tarafından öncelikle Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği ardından gönüllülerle yapılan görüşmede araştırmacı tarafından sosyodemografik ve klinik veri formu dolduruldu. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeğinden 7'nin altında puan alanlar kontrol grubuna dahil edildi. Dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan olgular çalışmaya alındıktan sonra belirti yorumlama ölçeği, beden duyularını abartma ölçeği, otomatik düşünceler ölçeği, fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği kısaltılmış Türkçe formu doldurmaları istendi.

3.1.3. Çalışma Deseni

Çalışma grupları ve kontrol grubu ölçek puanları açısından karşılaştırıldı, otomatik düşünceler , fonksiyonel olmayan tutumlar , belirti yorumlama, bedensel duyuları abartma düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi.

Araştırma için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2020/583 karar numarası ile onam alınmıştır. Araştırmanın verileri Ekim 2020-Ekim 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Yapılan güç analizine göre her gruptan en az 45'er katılımcı gerektiği görülmüş, yeterli kişi sayısına ulaşıldığında çalışma sonlandırılmıştır.

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

3.2.1. Çalışma Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 16-65 yaş aralığında olmak
2. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi tanılı olmak
3. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
4. Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak
5. Okuma yazma biliyor olmak
6. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeğinden 7 ve üzeri puan almak

3.2.2. Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 16-65 yaş aralığında olmak
2. Okuma-yazma biliyor olmak
3. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeğinden 7'nin altında puan almak

3.3. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri :

3.3.1. Çalışma Grubunun Dışlama Kriterleri:

1. Ağır kronik komorbid hastalığı olanlar (kronik nörolojik hastalık, kanser gibi)
2. Onam yeterliliği olmayan veya doğru bilgi veremeyecek ek hastalığı olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)
3. Ek psikiyatrik hastalık Bipolar afektif bozukluk, şizoafektif bozukluk, şizofreni, sanrısız bozukluk, depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk tanıları olanlar
4. Somatik semptomları açıklayacak organik hastalığı bulunanlar

3.3.2. Kontrol Grubunun Dışlama Kriterleri

1. DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak.
2. Ağır kronik komorbid hastalığı olanlar (kronik nörolojik hastalık, kanser gibi)
3. Onam yeterliliği olmayan veya doğru bilgi veremeyecek ek hastalığı olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)

3.4. Çalışmada Kullanılan Form Ve Ölçekler

3.4.1. Sosyodemografik ve klinik bilgi formu:

Örnekleme ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik bilgilerini belirlemek için tarafımızca oluşturulan bir formdur. Hastalarla yapılan görüşmede araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Formda ad soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim süresi, yaşam şekli, çalışma durumu, daha öncesinde psikiyatri başvurusu olup olmadığı, halen psikiyatrik bir ilaç tedavisi alıp almadığı, ne zamandır psikiyatrik bir ilaç tedavisi aldığı, hastalığı başlangıç yaşı, ne zamandır hastalığının olduğu, ailede ruhsal hastalık öyküsünün var olup olmadığı, intihar girişiminin olup olmadığı , psikiyatri servisinde yatarak tedavi görüp görmediği ile ilgili veriler bulunmaktadır.

3.4.2. Belirti yorumlama ölçeği (BYÖ) :

Robbins ve Kirmayer [97] tarafından bedensel belirtilerin yorumlanması sürecini değerlendirmek amacıyla 1991 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 2004 yılında Duman ve arkadaşları [98] tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal hali 13 maddelik “Bedensel Atıf”, “Ruhsal Atıf” ve “Normalleştirilen Atıf” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlara göre bireylerin bedensel belirtilerine şekilde (bedensel atıf, ruhsal atıf ve normalleştirilen atıf) tanımladığını belirlemeyi sağlar. Bedensel atıftan daha yüksek puan alan bireyler yaşadıkları belirtilerin altında fiziksel bir hastalık veya rahatsızlık olduğunu varsayar. Ruhsal atıfta ruhsal nedenlerden (örneğin yaşanan duygulardan) meydana geldiğini düşünür. Normalleştirilen atıfta ise ön planda çevresel uyaranların sebep olduğuna atfetmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçekte iki önemli değişiklik yapılmıştır. Orijinal halinde yanıt seçenekleri dört dereceli Likert iken geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Türkçe ölçek çalışmalarında daha yaygın kullanılan bir biçim olan beşli Likert derecelendirmesine uygulanmıştır. Beşli Likert biçiminde dördümlü Likert’ten farklı olarak katılımcılara 1 "hiç" ve 5 "pek çok" arasında 3 "orta" seçeneğini seçme olanağı verilmektedir. Uyarılama çalışmasında ölçekte yapılan bir diğer önemli değişiklik ise 14. sorunun ölçeğe eklenmesi ile "göğüste sıkışıklık hissi" olarak tarif edilen bedensel belirtinin de sorgulanan belirtiler arasına eklenmesidir. Bu soruya uygun olabilecek normalleştirilen, ruhsal ve bedensel atıflar belirlenmiş ve 14. sorunun yanıt seçenekleri şeklinde ölçeğe yerleştirilmiştir. Normalleştirilen atıf alt ölçeği için $\alpha=0.86$; ruhsal atıf ölçeği için $\alpha=0.87$, ;bedenselleştirilen atıf ölçeği için $\alpha=0.87$ bulunmuştur. Her üç alt ölçeğin iç tutarlılık katsayıları 0.85’in üzerindedir ve bu değerler oldukça güvenilir kabul edilmektedir.

3.4.3. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ):

Barsky ve arkadaşları [99] tarafından bireylerin bedensel duyumları yorumlarken kullandıkları abartmanın düzeyini ölçmek geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Başlangıçta 5 madde bulunan ölçeğin en son hali 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan bu 10 madde kişilerin bedensel belirtilerini ne düzeyde yaşadıklarını ve bedenselleştirmeye olan yatkınlıklarını değerlendirmektedir. Her maddenin karşısında ‘tamamen uygun’ ve ‘hiç uygun değil’ ifadelerine karşılık gelen 1’den 5’ e doğru artan puanlamaları alır. Bu maddeler çoğunlukla rahatsızlık verici

bedensel duyumları içerir. Bu maddelerin karşısında işaretlenen puanlara göre toplam puanlama oluşur ve toplam puan abartma puanı olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları [100] tarafından yapılmıştır. BDAÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.76, test-tekrar test güvenirligi 0.73 düzeyinde orta derecede korelasyon göstererek tutarlı olduğu belirlenmiştir

3.4.4. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)

Hollon ve Kendall [101] tarafından geliştirilmiş, beşli Likert tipi , 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Maddelerin puanlaması 1'den (Hiçbir zaman) 5'e (Her zaman) kadar belirtilmiştir. Ölçekten elde edilen toplam skorun hesaplanması her maddeye verilen nicel puanların toplanmasıyla oluşur. Alınabilecek toplam skorlar 30 ile 150 arasında değişmektedir. Yüksek skor alan kişilerin kendileri hakkında otomatik negatif düşüncelere daha sık başvurduğu değerlendirilir. Türkiye'de Aydın ve Aydın [102] ile Şahin ve Şahin [103] tarafından yapılan çalışmalarda da ODÖ'nün geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur. Aydın ve Aydın tarafından yapılan çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .95, her bir ölçek maddesinin toplam madde korelasyonu .37 ile .85 arasında olduğu, test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = .77$ olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin ölçüt geçerliliği için kullanılan Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu $r = .70$ olarak bulunmuştur [102]. Şahin ve Şahin tarafından yapılan yarıya bölme güvenilirlik çalışmasında ölçeğin .91, Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısının ise $r = .93$ düzeyinde korelasyon değerine sahip olduğu ve .35 ile .69 arasında değişen madde toplam korelasyon düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. ODÖ'nün Beck Depresyon Envanteri ile olan korelasyon düzeyinin .75, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile olan korelasyon düzeyinin ise .27 olduğu bulunmuştur [103]. ODÖ'nün Türkçeye uyarlanması sırasında yapılan faktör analize göre, Kendine Yönelik Negatif Düşünceler, Şaşkınlık/Kaçma Fantazileri, Kişisel Uyumsuzluk ve Değişim İstekleri, Yalnızlık/İzolasyon ve Ümitsizlik olmak üzere beş faktör belirlenmiştir. Bu faktörler, Hollon ve Kendall'ın [101] çalışmasındaki faktörler ile paraleldir. Kendine Yönelik Negatif Düşünceler alt boyutu "Hiçbir işe yaramıyorum.", "Kendimden nefret ediyorum." gibi, Şaşkınlık/Kaçma Fantazileri alt boyutu "Neyim var benim?", "Hayatım karmakarışık.", "Keşke birden yok olabilseydim." gibi , Kişisel Uyumsuzluk ve Değişim İstekleri alt boyutu "Hayatım istediğim gibi

gitmiyor.”, “Bir şeylerin değişmesi gerek.” “Hiçbir şey için uğraşmaya değmez.” Gibi, Yalnızlık/İzolasyon alt boyutu “Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.” “Beni hiçkimse anlamıyor” gibi, Ümitsizlik alt boyutu ise “Devam edebileceğimi sanmıyorum.”, “Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.”, “Artık dayanamayacağım.”, “Kendimi çok çaresiz hissediyorum.” gibi otomatik düşünceleri içermektedir.

3.4.5. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği kısaltılmış Türkçe formu (FOTÖ-R-TR)

Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği ara inançların ortaya konması için kullanılır. Weissman ve Beck [104] tarafından oluşturulmuştur ve her biri 40’ar maddeden oluşan A ve B formları vardır. Ölçeklerin kısaltılmış formlarının hem uygulayıcılar hem de ölçeği dolduranlar açısından daha kullanılabilir olması açısından kısaltılmış formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Batmaz ve Özdel [105] tarafından yapılmıştır. FOTÖ-R, “mükemmeliyetçilik/başarı” ve “onaylanma ihtiyacı/bağımlılık” şeklinde iki faktörden oluşmaktadır. “Mükemmeliyetçilik/başarı” olarak adlandırılan faktör, ölçeğin ilk 8 maddesinden, “onaylanma ihtiyacı/bağımlılık” faktörü ise ölçeğin son 5 maddesinden oluşmakla birlikte toplamda 13 maddesi vardır. Likert tipi bir ölçektir, maddeler her biri 1 ile 7 arasında puanlanır. Belirli bir kesme puanı bulunmaz ve alınan toplam puanlar yüksekse bireylerin işlevsel olmayan tutumlara daha fazla sahip olduğunu gösterir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı “mükemmeliyetçilik/başarı” alt ölçeği için .84, “onaylanma ihtiyacı/bağımlılık” alt ölçeği için .75 ve toplam ölçek için .84 olarak bulunmuştur [105].

3.4.6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)

Hamilton tarafından geliştirilen [106] ölçek, bireylerde anksiyete düzeyini ve bedensel belirtilerin dağılımını belirlemek hazırlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır [107]. Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşmaktadır. 8 maddenin toplamı somatik alt skoru, 6 maddenin toplamı ise psişik alt skoru oluşturmaktadır. Toplam skoru ise bu iki alt skorun toplam puanı vermektedir. Değerlendirmede toplam skora göre 17 puan ve altı hafif, 18-24 arası orta, 25 puan ve üzeri ise şiddetli olarak derecelendirilmektedir.

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi:

Katılımcılardan elde edilen verinin analizi SPSS v.22 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; ortalama (\pm) standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulacaktır, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro- WilkTestleri) kullanılarak incelenmiştir. Gruplar arasındaki değişkenler normal dağılıma uyuyorsa tek yönlü varyans analizi-ANOVA, uymuyorsa Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmıştır , her iki grubun kendi arasında karşılaştırılması için de normal dağılıma uyuyorsa student t testi ,uymuyorsa Mann Whitney-U testi kullanılmış, Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Her bir grubun farklı ölçek puanları arasındaki ilişki normal dağılıma uyuyorsa Pearson, uymuyorsa Spearman korelasyon testi ile ortaya konulmuştur. Korelasyon katsayıları (r) için etki büyüklüklerinin yorumlanmasında; etki büyüklüğü değeri; .00 – .30 arası çok düşük, .30 – .50 arası düşük, .50 – .70 arası orta, .70–.90 arası yüksek, .90–1.00 arası ise çok yüksek olarak yorumlanmıştır [108]. Araştırmadaki değişkenlerin sonuç üzerindeki etki gücünü incelemek için Regresyon Analizinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR:

4.1. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması:

YAB tanılı hastaların yaşı ortalama $34,2\pm 12,37$ yıl, PB tanılı hastaların $29,11\pm 7,51$ yıl, SF tanılı hastaların $26,4\pm 7,46$ yıl, kontrol grubunun ise $32,8\pm 9,42$ yıldır. Tüm grupların karşılaştırıldığı değişkenlerden yaş, medeni durum ve eğitim süresinde gruplar arasında anlamlı farklılık vardı, diğer değişkenlerde yoktu. Sağlıklı kontrol grubunun daha öncesinde psikiyatri başvurusu veya psikiyatrik tedavisi olmadığı için hastalık süreci ve tedavi ile ilişkili değişkenlerde karşılaştırmaya dahil edilmemiş, üç hasta grubu karşılaştırılmıştır. YAB, PB ve SF grupları arasında yalnızca hastalığın başlangıç yaşı ile halen devam eden psikiyatrik tedavi değişkeninde anlamlı farklılık vardı, diğerlerindeki fark anlamsızdı. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve kontrol grubunun Sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması:

	YAB	PB	SF	KONTROL
Yaş	34,2 ±12,37 (yıl)	29,11 ±7,51 (yıl)	26,4 ±7,46 (yıl)	32,8 ±9,42 (yıl)
Cinsiyet				
Erkek	12 (%26,7)	20 (%44,4)	24 (%53,3)	21 (%46,7)
Kadın	33 (%73,3)	25 (%55,6)	21 (%46,7)	24 (%53,3)
Medeni durum				
Bekar	24 (%53,3)	27 (%60)	39 (%86,7)	19 (%42,2)
Evli	21 (%46,7)	18 (%40)	6 (%13,3)	26 (%57,8)
Eğitim süresi	10,95 ±3,68 (yıl)	12,62 ±3,37 (yıl)	14,2 ±3,6 (yıl)	14,55 ±4,37 (yıl)
Yaşam şekli				
Yalnız	3 (%6,7)	5 (%11,1)	9 (%20)	7 (%15,6)
Biriyle birlikte	42(%93,3)	40 (%88,9)	36 (%80)	38 (%84,4)
Daha öncesinde psikiyatri başvurusu				
Yok	2 (%4,4)	5 (%11,1)	7 (%15,6)	-
Var	43 (%95,6)	40 (%88,9)	38 (%84,4)	
Halen devam eden psikofarmakolojik tedavi				
Yok	5 (%11,1)	4 (%8,9)	13 (%28,9)	-
Var	40 (%88,9)	41 (%91,1)	32 (%71,1)	
Psikiyatrik tedavi süresi	18,75 ± 37,04(ay)	17,28 ± 28,06(ay)	9,2 ± 17,59 (ay)	-
Hastalığın başlangıç yaşı	30,28 ± 11,61(yıl)	25,11 ± 8,89 (yıl)	20,24 ± 6,36 (yıl)	-
Hastalık süresi	4,17 ± 5,07 (yıl)	3,26 ± 3,86 (yıl)	5,33 ± 6,04 (yıl)	-
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü				
Yok	33 (%73,3)	31 (%68,9)	31 (%68,9)	-
Var	12 (%26,7)	14 (%31,1)	14 (%31,1)	
İntihar girişimi öyküsü				
Yok	41 (%91,1)	40 (%88,9)	43 (%95,6)	-
Var	4 (%8,9)	5 (%11,1)	2 (%4,4)	
Psikiyatri servisinde yatış öyküsü				
Yok	42 (%93,3)	45 (%100)	42 (%93,3)	-
Var	3 (%6,7)	0 (%0)	3 (%6,7)	

4.2. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve kontrol grubunun belirti yorumlama ve bedensel duyuları abartma ölçeği puanları açısından karşılaştırılması:

Tablo 2. Tüm grupların belirti yorumlama ve bedensel duyuları abartma ölçeği puanları açısından karşılaştırılması:

	YAB (1)	PB (2)	SF (3)	Kontrol (4)	KW/f	P	Post hoc
BYÖ- ruhsal	46,84 ± 9,95	46,57 ± 11,64	46,24 ± 11,69	25,4 ± 9,46	68,422	<0,001*	1=2=3>4
BYÖ- beden	41,8 ± 13,97	44,17 ± 12,90	31,66 ± 9,10	21,6 ± 5,75	77,378	<0,001*	1,2,3>4 1>3 2>3
BYÖ- normal	34,35 ± 9,45	36,82 ± 9,58	41,75 ± 9,58	39,6 ± 11,88	4,526	<0,01**	3>1
BDAÖ	32,11 ± 7,87	32,22 ± 7,41	31,6 ± 7,38	19,53 ± 5,21	68,210	<0,001*	1=2=3>4
HAÖ	17,35 ± 4,83	17,33 ± 3,89	14,28 ± 4,42	2,66 ± 1,26	108,873	<0,001*	1=2>3>4

(BYÖ: belirti yorumlama ölçeği, BDAÖ: bedensel duyuları abartma ölçeği, Haö: Hamilton anksiyete ölçeği *:kruskal Wallis, **: tek yönlü varyans analizi-ANOVA, **p<0,05**)

BYÖ-ruhsal atıf puanlarının gruplar arasındaki farklılıkları ayrı ayrı karşılaştırıldığında; YAB, PB ve SF arasında anlamlı fark yokken, tüm grupların kontrol grubuna kıyasla daha çok ruhsallaştırdıkları görüldü (YAB ile kontrol grubu: Z:-6,85 p<0,001, PB ile kontrol grubu Z:-6,65 p<0,001, SF ile kontrol grubu Z:-6,69 p<0,001). (Tablo 2.)

BYÖ-bedensel atıf puanlarının gruplar arasındaki farklılıkları ayrı ayrı karşılaştırıldığında; YAB ve PB grupları arasında anlamlı fark yokken, YAB ile SF grupları arasında anlamlı fark vardı. (Z:-3,36 p=0,001) PB ile SF arasındaki fark da anlamlıydı. (Z:-4,56 p<0,001) Her üç grubun kontrol grubuna kıyasla daha fazla bedenselleştirdikleri aynı zamanda YAB ve PB tanıli hastaların SF'ye kıyasla daha çok puan aldıkları görüldü (YAB ile kontrol grubu: Z:-6,71 p<0,001, PB ile kontrol grubu Z:-7,04 p<0,001, SF ile kontrol grubu Z:-5,49 p<0,001). (Tablo 2.)

BYÖ-normalleştiren atıf puanlarının gruplar arasındaki farklılıkları ayrı ayrı karşılaştırıldığında; YAB ve SF tanıli hastalar arasında anlamlı fark varken (p=0,002) diğer gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildi. (Tablo 2.)

BDAÖ puanlarının gruplar arasındaki farklılıkları ayrı ayrı karşılaştırıldığında; YAB, PB ve SF tanıli hastalar arasında anlamlı fark yokken, her üç grubun kontrol grubuna kıyasla bedensel duyuları daha çok abarttıkları görüldü. (YAB ile kontrol grubu: Z:-6,67 p<0,001, PB ile kontrol grubu Z:-6,73 p<0,001, SF ile kontrol grubu Z:-6,76 p<0,001) (Tablo 2.)

HAÖ puanlarının gruplar arasındaki farklılıkları ayrı ayrı karşılaştırıldığında ise YAB ve PB grubunun SF'ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı görüldü.

4.3. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi ve kontrol grubunun ODÖ ve FOTÖ puanları açısından karşılaştırılması:

Tablo 3. Tüm grupların ODÖ ve FOTÖ puanlarının karşılaştırılması:

	YAB (1)	PB (2)	SF (3)	Kontrol (4)	KW	p	Post hoc
ODÖ-KYND	26,2 ± 10,68	24,22 ± 9,08	29,88 ± 10,58	12,8 ± 3,63	72,940	<0,001	1,2,3>4 3>2
ODÖ-ŞKF	18,73 ± 6,65	17,88 ± 6,66	19,17 ± 6,47	8,57 ± 2,92	70,284	<0,001	1=2=3>4
ODÖ-KUD	10,37 ± 3,51	9,4 ± 3,01	10,66 ± 2,72	5,24 ± 2,22	64,889	<0,001	1=2=3>4
ODÖ-Yİ	12,17 ± 4,21	12,02 ± 4,2	13,06 ± 3,63	6,02 ± 1,95	71,510	<0,001	1=2=3>4
ODÖ-ÜM	12,77 ± 5,39	11,3 ± 4,27	11,84 ± 5,06	5,13 ± 1,51	69,881	<0,001	1=2=3>4
ODÖ-TOP	87,22 ± 31,13	82,33 ± 26,93	93,48 ± 28,69	42,2 ± 10,87	79,010	<0,001	1=2=3>4
FOTÖ-MB	23,88 ± 11,15	20,22 ± 9,12	30,04 ± 12,49	12,97 ± 5,34	53,290	<0,001	1,2,3>4 3>2
FOTÖ-OİB	13,82 ± 7,30	13,64 ± 7,34	18,44 ± 8,83	6,55 ± 2,98	60,048	<0,001	1,2,3>4 3>2
FOTÖ-TOP	37,71 ± 17,10	33,86 ± 15,44	48,71 ± 20,73	19,53 ± 7,49	61,872	<0,001	1,2,3>4 3>2

(Kısaltmalar: **ODÖ**: otomatik düşünceler ölçeği, **ÖDO-KYND**: kendine yönelik negatif düşünceler alt ölçeği, **ÖDO-ŞKF**: şaşkınlık ve kaçma fantazileri alt ölçeği, **ODÖ-KUD**:kişisel uyumsuzluk ve değişim İstekleri alt ölçeği, **ODÖ-Yİ**: yalnızlık ve izolasyon alt ölçeği, **ODÖ-ÜM**: ümitsizlik alt ölçeği, **ODÖ-TOP**: otomatik düşünceler ölçeği toplam puanı , **FOTÖ**: Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği kısaltılmış Türkçe formu, **FOTÖ-MB**: Mükemmeliyetçi bilişler alt ölçeği, **FOTÖ-OİB**: Onaylanma ihtiyacı/ bağımlılık alt ölçeği, **FOTÖ-TOP**: toplam puan, p<0,05)

ODÖ-KYND puanları açısından karşılaştırıldığında; YAB ile PB grubu arasında ve YAB ile SF grubu arasında anlamlı fark yoktu. PB ile SF grubu arasında anlamlı fark vardı, her üç grubun da kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan aldığı SF grubunun ise en yüksek puan alan grup olduğu ortaya konuldu (YAB ile kontrol grubu: $Z:-6,51$ $p<0,001$, PB ile kontrol grubu $Z:-6,52$ $p<0,001$, SF ile kontrol grubu $Z:-7,24$ $p<0,001$) (Tablo 3.)

ODÖ-ŞKF, ODÖ-KUD, ODÖ-Yİ, ODÖ-ÜM, ODÖ-TOP puanları açısından karşılaştırıldığında YAB, PB ve SF grupları arasında anlamlı fark yokken, her üç grubun da kontrol grubu ile arasında anlamlı fark mevcuttu. (Tablo 3.)

FÖTO-MB puanları açısından karşılaştırıldığında YAB ile PB tanılı hastalar ve YAB ile SF tanılı hastalar arasındaki fark anlamlı değildi. PB ve SF tanılı hastalar arasında ise anlamlı fark vardı. ($Z:-3,76$ $p<0,001$) Ayrıca her üç grubun da kontrol grubu ile arasında anlamlı fark mevcuttu. (YAB ile kontrol grubu: $Z:-5,23$ $p<0,001$, PB ile kontrol grubu $Z:-4,09$ $p<0,001$, SF ile kontrol grubu $Z:-6,45$ $p<0,001$) (Tablo 3.)

FÖTO-OİB puanları açısından karşılaştırıldığında YAB ile PB tanılı hastalar ve YAB ile SF tanılı hastalar arasında anlamlı fark yoktu. PB ile SF tanılı hastalar arasındaki fark ise anlamlıydı. ($Z:-2,62$ $p=0,009$) Bunun yanında her üç grubun da kontrol grubu ile arasında anlamlı fark mevcuttu. (YAB ile kontrol grubu: $Z:-5,66$ $p<0,001$, PB ile kontrol grubu $Z:-5,28$ $p<0,001$, SF ile kontrol grubu $Z:-7,10$ $p<0,001$) (Tablo 3.)

FÖTO-TOP puanları açısından karşılaştırıldığında YAB ile PB tanılı hastalar ve YAB ile SF grupları arasında anlamlı fark mevcut değildi. PB ve SF grubu arasındaki fark ise anlamlıydı. ($Z:-3,33$ $p=0,01$) Bunun yanında her üç grubun da kontrol grubu ile arasında anlamlı fark mevcuttu. (YAB ile kontrol grubu: $Z:-5,87$ $p<0,001$, PB ile kontrol grubu $Z:-4,95$ $p<0,001$, SF ile kontrol grubu $Z:-6,87$ $p<0,001$) (Tablo 3.)

4.4. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Tablo 4. YAB grubunda ölçekler arası korelasyon tablosu:

	ODÖ-TOP	FOTÖ -TOP	HAÖ
BYÖ- ruhsal atıf	R:0,434** P=0,003	R:0,459* P:0,002	R:0,218 P:0,151
BYÖ- bedensel atıf	R:0,275 P=0,067	R:0,283 P:0,060	R:0,177 P:0,244
BYÖ- normal atıf	R:0,491** P=0,001	R:0,398* P:0,007	R:0,333* P:0,025
BDAÖ	R:0,550** P<0,001	R:0,640* P<0,001	R:0,489* P:0,001
HAÖ	R:0,461* P:0,001	R:0,505* P:0,001	R:1,000 P:0,000

(*: spearman korelasyon analizi **: pearson korelasyon analizi)

Tablo 4.'de YAB tanılı hastalarda ölçekler arasındaki korelasyon ilişkisi gösterilmiştir.

YAB tanılı hastaların BYÖ ruhsal ve normalleştirilen atıf puanının; ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanı ile düşük derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu bulunmuştur. (Tablo.4)

BYÖ bedensel atıf puanının; ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanı ile anlamlı korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gösterilmiştir. (Tablo.4)

BDAÖ puanının ise ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanı ile orta derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu gösterilmiştir. (Tablo.4)

HAÖ puanının da; BYÖ-normal atıf, BDAÖ ve ODÖ-TOP puanı ile düşük derecede, FOTÖ-TOP puanı ile orta derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu bulunmuştur. (Tablo.4)

Tablo 5. YAB tanılı hastalarda BYÖ alt boyutları ve BDAÖ toplam puanının ODÖ toplam ve FOTÖ toplam puanlarıyla arasındaki regresyon sonuçları:

	<i>BYÖ ruhsal atf</i>			<i>BYÖ bedensel atf</i>			<i>BYÖ normal atf</i>			<i>BDAÖ</i>		
	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	R^2	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	R^2	$\beta(G.A)$	<i>P</i>	R^2	$\beta(G.A)$	<i>P</i>	R^2
ODÖTOP	0.14(0.05-0.23)	0.003	0,19	0.12(-0.01-0.26)	0.067	0,8	0.15(0.07-0.23)	0.001	0,24	0.14(0.07-0.21)	<0.001	0,30
FOTÖ TOP	0.24(0.08-0.41)	0.004	0,18	0.2(-0.04-0.44)	0.098	0,6	0.22(0.07-0.38)	0.005	0,17	0.31(0.2-0.41)	<0.001	0,44

(G.A: Güven Aralığı; R^2 : Belirtme Katsayısı,

Tablo 5’da YAB tanılı hastaların ODÖ-Toplam ve FOTÖ-Toplam puanlarının BYÖ-ruhsal atf, BYÖ-bedensel atf, BYÖ-normal atf ve BDAÖ puanlarına olan etkisi değerlendirilmiştir. Buna göre ODÖ-Toplam puanında bir puanlık artış BYÖ-ruhsal atf puanına 0,14 kat, BYÖ-normal atf puanına 0,15 kat, BDAÖ puanına ise 0,14 kat ile pozitif yönde anlamlı etkisi mevcutken, BYÖ-bedensel atf puanını etkilememektedir. FOTÖ Toplam puanında bir puanlık artış ise BYÖ-ruhsal atf puanına 0,24 kat, BYÖ-normal atf puanına da 0,22 kat, BDAÖ puanına ise 0,31 kat ile pozitif yönde anlamlı etkisi mevcutken, BYÖ-bedensel atf puanını anlamlı düzeyde etkilememektedir.

4.5. Panik bozukluk tanılı hastalarda BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Tablo 6. PB grubunda ölçekler arası korelasyon tablosu:

	ODÖ-TOP	FOTÖ -TOP	HAÖ
BYÖ- ruhsal atf	R:0,431** P:0,003	R:0,231 P:0,126	R:0,069 P:0,653
BYÖ- bedensel atf	R:0,170 P:0,265	R:-0,038 P:0,803	R:0,308** P:0,039
BYÖ- normal atf	R:0,203 P:0,181	R:0,291 P:0,052	R:0,047 P:0,761
BDAÖ	R:0,440** P:0,002	R:0,304* P:0,042	R:0,529** P:0,001
HAÖ	R:0,446** P:0,002	R:0,423* P:0,004	R:1,00 P:0,00

(*: spearman korelasyon analizi **: pearson korelasyon analizi)

Tablo 6’da PB tanılı hastaların BYÖ alt boyutları, BDAÖ puanları ile ODÖ alt boyutları ve FOTÖ alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisi gösterilmiştir.

PB tanılı hastaların BYÖ ruhsal atıf puanının; ODÖ-TOP puanı ile düşük derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu, FOTÖ-TOP puanları ile anlamlı korelasyon ilişkisinin bulunmadığı ortaya konulmuştur. (Tablo 6.)

BYÖ bedensel ve normalleştirilen atıf puanlarının ise ODÖ-TOP ve FÖTO-TOP puanları ile korelasyon ilişkisinin bulunmadığı gösterilmiştir. (Tablo 6.)

PB tanılı hastaların BDAÖ puanının ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanı ile düşük derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu görülmüştür. (Tablo 6.)

HAÖ puanının da; BYÖ bedensel atıf, ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanları ile düşük derecede, BDAÖ puanı ile orta derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu görülmüştür. (Tablo 6.)

Tablo 7. PB tanılı hastalarda BYÖ alt boyutları ve BDAÖ puanlarının ODÖ-Toplam ve FOTÖ-Toplam puanına göre regresyon sonuçları:

	<i>BYÖ ruhsal atıf</i>			<i>BYÖ bedensel atıf</i>			<i>BYÖ normal atıf</i>			<i>BDAÖ</i>		
	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	R^2	$\beta(G.A)$	<i>P</i>	R^2	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	R^2	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	R^2
ODÖTOP	0.19(0.07-0.31)	0.003	0,19	0.08(-0.06-0.23)	0.265	0,03	0.07(-0.04-0.18)	0.181	0,04	0.12(0.05-0.19)	0.002	0,19
FOTÖ TOP	0.17(-0.06-0.39)	0.142	0,05	0.04(-0.21-0.3)	0.737	0,03	0.19(0.01-0.37)	0.043	0,09	0.14(-0.001-0.28)	0.052	0,09

(G.A: Güven Aralığı; R²: Belirtme Katsayısı)

Tablo 7’de PB tanılı hastaların ODÖ-Toplam ve FOTÖ-Toplam puanlarının BYÖ-ruhsal atıf, BYÖ-bedensel atıf, BYÖ-normal atıf ve BDAÖ puanlarına olan etkisi değerlendirilmiştir. Buna göre ODÖ-Toplam puanında bir puanlık artış BYÖ-ruhsal atıf puanına 0,19 kat, BDAÖ 0,12 kat ile pozitif yönde anlamlı etkisi mevcutken, diğerlerine anlamlı etkisi yoktur. FOTÖ-Toplam puanında bir puanlık artış ise BYÖ-normal atıf puanına 0,19 kat ile pozitif yönde anlamlı etkisi mevcutken, diğerlerine etkisi yoktur.

4.6.Sosyal Fobi tanılı hastalarda BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi:

Tablo 8. SF grubunda ölçekler arası korelasyon tablosu:

	ODÖ-TOP	FOTÖ-TOP	HAÖ
BYÖ- ruhsal atıf	R:0,449** P:0,002	R:0,203 P:0,181	R:0,427* P:0,003
BYÖ- bedensel atıf	R:0,340** P:0,022	R:0,482* P:0,001	R:0,378* P:0,010
BYÖ- normal atıf	R:0,121 P:0,430	R:0,223 P:0,142	R:0,043 P:0,781
BDAÖ	R:0,496** P:0,001	R:0,317* P:0,034	R:0,293 P:0,051
HAÖ	R:0,349* P:0,019	R:0,262 P:0,082	R:1,000 P:0,000

(*: spearman korelasyon analizi **: pearson korelasyon analizi)

Tablo 8’de SF tanılı hastaların BYÖ alt boyutları ve BDAÖ puanı ile ODÖ ve FOTÖ alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisi ortaya konulmuştur.

SF tanılı hastaların BYÖ ruhsal atıf puanının; ODÖ-TOP puanı ile düşük derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu, FÖTO-TOP puanı ile anlamlı korelasyon ilişkisinin bulunmadığı ortaya konulmuştur. (Tablo 8.)

BYÖ bedensel atıf ve BDAÖ puanının; ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanı ile düşük derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu gösterilmiştir. (Tablo 8.)

BYÖ normalleştirilen atıf puanının ise; ODÖ veya FOTÖ puanları ile korelasyon ilişkisinin bulunmadığı ortaya konulmuştur. (Tablo 8.)

HAÖ puanının da; BYÖ ruhsal atıf, BYÖ bedensel atıf ve ODÖ-TOP puanı ile düşük derecede pozitif yönde anlamlı korele olduğu gösterilmiştir. (Tablo 8.)

Tablo 9. SF tanılı hastalarda BYÖ alt boyutlarının ODÖ-Toplam ve FOTÖ-Toplam puanına göre regresyon sonuçları

	<i>BYÖ ruhsal atf</i>			<i>BYÖ bedensel atf</i>			<i>BYÖ normal atf</i>			<i>BDAÖ</i>		
	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	<i>R</i> ²	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	<i>R</i> ²	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	<i>R</i> ²	$\beta(G.A)$	<i>p</i>	<i>R</i> ²
ODÖTOP	0.18(0.07-0.29)	0.002	0,20	0.11(0.02-0.2)	0.022	0,11	0.04(-0.06-0.14)	0.430	0,02	0.13(0.06-0.19)	0.001	0,25
FOTÖ TOP	0.12(-0.05-0.28)	0.170	0,04	0.21(0.09-0.33)	0.001	0,23	0.1(-0.04-0.24)	0.148	0,05	0.13(0.03-0.24)	0.011	0,14

(G.A: Güven Aralığı; R²: Belirtme Katsayısı)

Tablo 9’de SF tanılı hastaların ODÖ-Toplam ve FOTÖ-Toplam puanlarının BYÖ-ruhsal atf, BYÖ-bedensel atf, BYÖ-normal atf ve BDAÖ puanlarına olan etkisi değerlendirilmiştir. Buna göre ODÖ-Toplam puanında bir puanlık artış BYÖ-ruhsal atf puanına 0,18 kat, BYÖ-bedensel atf puanına 0.11 kat, BDAÖ puanına ise 0,13 kat ile pozitif yönde anlamlı etkisi mevcutken, BYÖ-normal atf puanına ise etkisi bulunmamaktadır. FOTÖ-Toplam puanında bir puanlık artış da BYÖ-bedensel atf puanına 0,21 kat, BDAÖ puanına ise 0,13 kat ile pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu görüldü.

5. TARTIŞMA:

Bu çalışmada YAB, PB ve SF tanılı hastalarla kontrol grubu belirti yorumlama, bedensel duyuları abartma, otomatik düşünce ve ara inançlar açısından karşılaştırılmış, aralarındaki farklar ortaya konulmuş ayrıca YAB, PB ve SF tanılı hastaların belirti yorumlamaları ve bedensel duyuları abartmaları ile otomatik düşünceleri ve ara inançları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sosyodemografik veriler tüm gruplar arasında karşılaştırıldığında yaş ve eğitim düzeyinde gruplar arası anlamlı farklılık mevcuttu. Literatürde otomatik düşünce [109, 110] ve ara inançların yaş değişkenine göre farklılaşmadığı bilinse de, eğitim düzeyinin [111] etkili olduğu bilinmektedir. Çalışmanın sonuçları üzerinde gruplar arası eğitim süresindeki farklılıkların etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

5.1. Grupların BYÖ, BDAÖ ve HAÖ puanları açısından karşılaştırılması:

Ruhsal atıf, hastaların somatik yakınmalarını psikolojik durumlarına bağlamalarını ölçer. Bir bedensel duyumun hastalık belirtisi olarak yorumlanması veya ruhsal duruma atfedilmesi bireyin şemaları ve bilişsel yapısı tarafından yönlendirilir. Aynı duyum farklı hastalar tarafından birden fazla yorum alabilir [112]. Çalışmamızda ruhsal atıf puanları açısından YAB, PB ve SF grupları arasında anlamlı farklılık bulunmazken, bu üç grubun kontrol grubu ile arasında anlamlı farklılık mevcuttu. Her üç hasta grubunun da kontrol grubuna kıyasla bedensel belirtilerini daha çok ruhsallaştırdıkları görüldü. Bedensel belirtilere yönelik atıf şekillerinin ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu literatürde gösterilmiştir. Kessler ve arkadaşlarının [113] yaptığı BYÖ kullanılan ve 305 hastanın katıldığı bir çalışmada; ruhsal atıf puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında güçlü ilişki bulunduğu, normalleştiren atıfın ise bunun tam tersi etki göstererek negatif ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Aronson ve arkadaşlarının [114] hem BYÖ hem BDAÖ kullandığı bir izlem çalışmasında ise; BYÖ ruhsal ve bedensel atıfın olumsuz duygulanım, somatizasyon ve hastalık kaygısı ile anlamlı düzeyde korele olduğu, BDAÖ puanlarının ise hem ruhsal ve bedensel atıf hem de olumsuz duygulanım, somatizasyon ve hastalık kaygısı ile anlamlı korele olduğu belirtilmiştir. Kolk ve arkadaşlarının [112] bedensel belirtilerin yorumlanması ile bireylerin klinik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmak için yaptığı bir izlem çalışmasında; ruhsal atıfın negatif duygulanım ve anksiyete ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. SF tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada; elde terleme, kızarma, seste titreme gibi fiziksel belirtilerin SF grubunda

kontrol grubuna kıyasla daha çok ruhsallaştırıldığı, daha az normalize edildiği görülmüştür [115]. Çalışmalarda temel olarak vurgulanan düşünce anksiyete bozukluklarında hastaların şemaları ve bilişsel yapıları nedeniyle bedensel belirtiler tehdit olarak algılanabilir, bireylerin yetersizliği ve başarısızlığının göstergesi olarak kabul edilebilir, bu şekilde bedensel belirtiler normalize edilmeyip ruhsal sebeplere bağlanabilir şeklindedir. Geçmiş çalışmalardaki ruhsal atıf ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki düşünüldüğünde, çalışmamızdaki bulgular literatürle benzer niteliktedir.

Bedensel atıf; somatik yakınmaların bir hastalık belirtisi olarak yorumlanmasını ölçer. Bizim çalışmamızda YAB, PB ve SF grubunun bedensel atıf puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda YAB ve PB grubunun SF grubuna göre daha çok bedenselleştirdiği gösterilmiştir. Literatürde bedensel atıf ile somatizasyona yatkınlık [116] ve anksiyete düzeyleri [114] arasında anlamlı ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Somatizasyonun kontrol gruplarıyla kıyaslandığında anksiyete bozukluklarında belirgin olarak arttığı, özellikle YAB ve PB ile daha yakın ilişkili olduğu görülmüştür [117]. Furer ve arkadaşlarının [37] yaptığı PB ve SF tanıli hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada; PB grubunun SF'ye kıyasla daha çok somatik yakınma ve hipokondriyak uğraşı bildirdiği gösterilmiştir. Başka bir çalışmada major depresyon, SF ve PB tanıli hastalar kontrol grubuyla somatik yakınmalar açısından karşılaştırılmıştır. Hepsi kontrollere kıyasla daha çok somatik yakınma tariflerken, en yüksek oran panik bozuklukta saptanmıştır [118]. Karapıçak ve arkadaşlarının [69] yaptığı panik bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazis tanıli hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada; tüm gruplarda bedensel atıf puanları ile sağlık kaygısı ve kaçınma davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, normalleştirilen atıfın ise kaçınma davranışları ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir [69]. Bedensel atıfın anksiyete düzeyleri ve somatizasyon ile pozitif yönlü ilişkisi düşünüldüğünde, üç hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla daha çok bedenselleştirdiğini gösteren bulgularımız literatürle uyumludur. Ayrıca YAB ve PB grubunun SF'ye göre daha çok bedensel atıfta bulunması da iki hasta grubunun SF'ye kıyasla daha çok sağlık kaygısı taşımasına [70, 119], somatizasyona olan yatkınlıklarına [117] ve SF grubunun somatik yakınmalarını hastalık belirtisinden ziyade rezil olacağım düşünceleri ile ruhsallaştırmasına bağlı olabileceği düşünülebilir.

Normalleştiren atıf; somatik duyuların çevresel uyaranlara bağlandığı atıftır. Normalleştiren atıf ile anksiyete duyarlılığı, sağlık kaygısı ve somatizasyon arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bilinmektedir [69, 113]. Tüm gruplar karşılaştırıldığında yalnızca SF ve YAB tanılı hastalar arasında anlamlı fark olduğu, SF grubunun en çok puanı aldığı ortaya konulmuştur. SF'nin doğası gereği bireylerin çevresel uyaranlara karşı daha dikkatli olduğu, YAB'da ise içsel süreçlerin daha etkin olduğu bilindiğinden bulgularımız literatür ile birbirini destekler niteliktedir.

BDAÖ puanları açısından YAB, PB ve SF grupları arasında anlamlı fark yokken, her üç grubun kontrol grubuyla arasında anlamlı fark mevcuttu. Geçmiş literatürde bedensel duyularını abartma ile bedensel belirtilerin sıklığı [114], anksiyete düzeyi [120, 121], sağlık kaygısı [114], hipokondriazis [99] ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Nakao ve arkadaşlarının [122] yaptığı elli çalışmayı kapsayan bir metaanalizde bedensel duyularını abartmanın somatizasyon ve bedensel belirti sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Spinhoven ve ark. [123] yaptığı PB ve depresif bozukluk tanılı hastaları karşılaştıran bir çalışmada PB grubunun BDAÖ ve somatizasyon puanlarının belirgin olarak yüksek olduğu gösterilmiştir. Bulgularımızda anksiyete bozukluklarının sağlıklı kontrollere göre bedensel duyularını daha çok abarttıkları, bunun da literatürü destekler nitelikte olduğu ortaya konulmuştur.

HAÖ puanları anksiyete şiddetini ölçmekte kullanılmaktadır. Çalışmamızda gruplar ayrı ayrı incelendiğinde YAB ve PB grubunun SF grubuna kıyasla daha yüksek puan aldığı, bunun yanında ortalama puanların tüm gruplarda 17 puan ve altında kaldığı sonuçların hafif şiddette anksiyeteyi gösterdiği görülmüştür. Hastaların büyük kısmının psikiyatrik bir tedavi aldığı ve belirtilerinin büyük oranda gerilemiş olduğu, çalışmamızın sonuçları üzerinde hastaların anksiyete düzeylerinin düşük olmasının da etkili olabileceği düşünülmelidir.

5.2. Grupların ODÖ ve FOTÖ puanları açısından karşılaştırılması:

Otomatik düşüncelerin anksiyete bozukluklarında sık görüldüğü, bunların anksiyete duyarlılığı, hastalık süreci ve semptomatolojide direk etkili olduğu bilinmektedir, Literatürde de anksiyete bozuklukları ile otomatik düşünceler arasındaki ilişki çok kez ortaya konulmuştur [6, 124-126]. Bu çalışmalarda anksiyete bozukluklarında tehdit

algısının değişmesi, bedensel duyuların felaketleştirmesi veya bireylerin kendilerine yönelik olumsuz algıları üzerinde otomatik dūřünce ve ara inançların etkili olduğu vurgulanmaktadır. YAB, PB ve SF tanılı hastaların da sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla otomatik dūřünce ve bilişsel hataya sahip oldukları birçoğ farklı çalışmada gösterilmiştir [127-131]. Gül ve ark. [128] yaptığı çalışmada YAB ve SF tanılı hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla daha çok otomatik dūřünceye sahip olduğu, YAB ve SF arasında ise anlamlı fark bulunmadığı gösterilmiştir. Bizim alışmamızda da ODÖ-Toplam puanları açısından karşılaştırıldığında SF tanılı hastalar daha fazla puan almış olsa da YAB, PB ve SF grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak her üç grubun kontrol grubuna kıyasla belirgin olarak daha yüksek puan aldığı görüldü. Bu bulgumuz da mevcut çalışmalar ile uyumludur.

ODÖ alt boyutları göz önüne alındığında; ODÖ-KYND puanları açısından her üç grubun da kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı, ayrıca SF grubunun üç hasta grubu içerisinde de en yüksek puanı alan grup olduğu, bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Bu alt boyut, “Hiçbir iře yaramıyorum.”, “Kendimden nefret ediyorum.” gibi otomatik dūřünceleri içermektedir. SF tanılı hastalarda da düşük benlik saygısının olması [132-134] ve sürekli kendini eleştirme gibi bilişsel hataların [135, 136] sık görülmesi ODÖ-KYND puanları açısından SF grubunun en yüksek puanı almasını açıklayabilir. ODÖ-řKF, ODÖ-KUD, ODÖ-Yİ, ODÖ-ÜM alt boyutları açısından ise her üç hasta grubu arasındaki fark anlamlı değildi. Bunun yanında kontroller ile karşılaştırıldığında hepsi anlamlıydı, bulgularımız da literatürü destekler niteliktedir.

Fonksiyonel olmayan tutumlar ile anksiyete arasındaki ilişki birçoğ çalışmada gösterilmiştir, bu çalışmalarda ara inançların otomatik dūřünceler gibi anksiyete bozukluklarının çekirdek belirtileri üzerinde etkili olduğu dūřünölmektedir [137, 138]. Çalışmamızda da her üç hasta grubunun sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha fazla fonksiyonel olmayan tutuma sahip olduğu, bunun yanında SF grubunun YAB ve PB'ye göre daha fazla ara inanca sahip olduğu saptanmıştır. Mezsaros ve arkadaşlarının [139] yaptığı bir çalışmada fonksiyonel olmayan tutumların kaygı duyarlılığı üzerinde doğrudan etkili olduğu gösterilmiştir. Reiter ve arkadaşlarının [140] yaptığı çalışmada; panik bozukluğa eşlik eden sosyal fobisi olan hastaların yalnızca panik bozukluk tanısı olan hastalara kıyasla ara inanç puanlarının daha yüksek olduğu görölmüştür. Fonksiyonel olmayan tutumların sosyal fobi gelişme

riskini artırdığı [141], kaçınma ve kaygı düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir [142]. OKB, YAB, PB ve SF tanılı hastaların katıldığı bir çalışmada; SF grubunun olumlu sosyal olayları daha çok olumsuz yorumladıkları saptanmış, bunun da ara inançlarıyla ilişkili olduğu, mükemmeliyetçilik ve onaylanma ihtiyacının SF’de YAB ve PB grubuna kıyasla daha yüksek olması nedeniyle sosyal olayların daha olumsuz yorumlandığı belirtilmiştir [143]. Geçmiş çalışmalarda anksiyete bozukluklarının bilişsel özellikleri nedeniyle ara inançların sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla olduğu ayrıca ara inançların SF tanılı hastalarda daha sık olabileceği ortaya konulmuştur. Çalışmamızda literatür ile benzer sonuçlar saptanmıştır.

5.3. YAB grubunun BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişki:

Anksiyete bozukluğu tanılı hastalar birçok farklı somatik yakınma tariflerler. Bu yakınmalar ile farklı tıbbi alanlarda yardım arayışı içine girerler, sonuç olarak hem gereksiz işgücü kaybına hem de birçok farklı gereksiz tetkik yapılmasına neden olurlar [67, 68]. Anksiyete duyarlılığı, şema ve otomatik düşüncelerin gelişmesinde farklı nedenlerin etkili olduğu bilinmekle birlikte, literatürde özellikle sosyokültürel yapının anksiyete düzeyleri ve somatizasyon [144, 145] ile otomatik düşünce ve ara inançlar [146] üzerindeki etkisi vurgulanmaktadır. Literatürde somatizasyon ile bilişsel süreçler arasındaki ilişkiye dair çalışmalar bulunsa da var olan somatik yakınmalara yönelik atıflar ile bilişsel yapı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Çalışmamızda YAB tanılı hastaların kontrol grubuna kıyasla bedensel belirtilerini daha çok ruhsallaştırdığı, bedenselleştirdiği ve abarttığı, aynı zamanda otomatik düşüncelerinin ve ara inançlarının belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca bulgularımıza göre YAB tanılı hastalardan otomatik düşünceleri ve fonksiyonel olmayan tutumları daha fazla olanların somatik yakınmalarını daha çok ruhsallaştırdığı ve normalleştirdiği söylenebilir. YAB’da özellikle tehdit algısı ile ilgili bilişsel hataların anksiyete ile ilişkili olduğu düşünülmektedir [85]. Bireylerin çevresinden ve bedeninden gelen uyarılara karşı tehlike algısının hem anksiyetenin hem somatik yakınmaların temelinde olduğu düşünülmektedir [84]. Literatürde birçok

farklı çalışmada anksiyete duyarlılığı, anksiyete düzeyleri ve somatik yakınmaların sıklığı ile otomatik düşünceler ve ara inançların pozitif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur [124, 125, 127, 128]. Bu çalışmalarda genellikle normal sayılabilecek duyuların olumsuz bilişsel süreçler aracılığıyla işlendiğinde tehlikeli uyaran olarak algılanabileceği buna bağlı olarak da anksiyete ve semptomların şiddetlerinin artabileceği üzerinde durulmaktadır. Bunun yanında geçmiş çalışmalarda ruhsallaştırma ile kaygı düzeyleri [113], somatizasyon [114] ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda; otomatik düşünce ve ara inançların ruhsallaştırma üzerindeki pozitif yönlü ilişkisi beklediğimiz bir bulgudur. Bu sonuçlar ile YAB'da normal sayılabilecek bedensel belirtilerin otomatik düşünce ve ara inançlar ile ruhsallaştırıldığını, bunun da hastalığın seyri üzerinde etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatürde normalizasyon puanlarının anksiyete düzeyleri ve sağlık kaygısı ile negatif ilişkili olduğu normalizasyonun olağan bedensel belirtilerin hastalığa veya ruhsal duruma bağlanmamasını sağladığı bu şekilde kaygı ve somatizasyonu azalttığı düşünülmektedir [113]. Ancak bizim çalışmamızda beklenenin aksine normalizasyon ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu durumun üzerinde de sosyokültürel faktörler ve düşük anksiyete düzeylerinin etkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda YAB tanılı hastalarda bedensel atıf ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde anksiyete düzeyleri ve somatik yakınmaların sıklığı ile otomatik düşünce ve ara inançlar arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş [124, 125, 147-149], ayrıca somatizasyonun bedensel atıf ile de pozitif yönlü güçlü ilişkisi vurgulanmıştır [114, 125]. YAB'da olağan bedensel duyulara yönelik tehit algısı, sağlık kaygısı ve bilişsel çarpıtmalar semptomatolojide belirgin ağırlık gösterir [84]. Bedensel atıf somatizasyon ile yakın ilişkilidir [112], somatizasyonun aynı zamanda bilişsel süreçler ile yakın ve pozitif yönlü ilişkili olduğu da bilinmektedir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında otomatik düşünce ve ara inançların bedensel atıf üzerinde de belirleyici olması beklenirdi. Çalışmamızda ise beklenenden farklı olarak YAB tanılı hastalarda bedensel atıf ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgunun üzerinde sosyokültürel özellikler, ilaç kullanımı, düşük anksiyete düzeyleri veya örneklem büyüklüğü etkili olabilir.

Çalışmamızda YAB tanılı hastalarda BDAÖ ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Bedensel duyuların abartılması ile somatizasyon [122], hipokondriazis ve anksiyete düzeyleri [120, 121] arasındaki pozitif yönlü ilişki vardır. Ayrıca somatizasyon ve anksiyete düzeylerinin üzerinde bilişsel süreçlerin etkilidir [114]. YAB'da özellikle tehdit algısı ve kuruntular duyuların abartılması üzerinde etkili olabilir. Bedensel belirtilerin abartılması ile otomatik düşünce ve ara inançların pozitif yönlü ilişkisi beklediğimiz bir sonuçtur. Çalışmamızdaki bulgular da literatürü destekler niteliktedir. Bu sonuçlarla YAB'da otomatik düşünce ve ara inançlar vasıtasıyla bedensel belirtilerin daha abartılı hissedildiği görülmektedir. Bu durum YAB'da hastalığın prognozunu etkileyebilir.

Çalışmamızda YAB grubunda HAÖ puanlarının BYÖ-normal atıf, BDAÖ, ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanları ile pozitif yönlü anlamlı korele olduğu gözlemlendi. Literatürde anksiyete düzeylerinin bedensel duyularını abartma [120], otomatik düşünceler ve ara inançlar ile [127, 128] pozitif yönlü ilişkisi göz önüne alındığında bulgularımız literatürle uyumludur. Bunun yanında literatürde anksiyete düzeyleri ile ruhsallaştırma ve bedenselleştirme arasındaki pozitif yönlü ilişki bilinse de çalışmamızda YAB grubunda anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamıştır.

Özetle YAB tanılı hastalarda otomatik düşünce ve ara inançların bedensel belirtileri ruhsallaştırma, normalleştirme ve abartma üzerinde etkili olduğu ortaya konulmuştur. Hastaların daha verimli yardım alabilmesi için bu bulgular göz önünde bulundurulmalıdır.

5.4. PB grubunun BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişki:

PB somatik yakınmaların en sık görüldüğü psikiyatrik hastalıklardan biridir. Gün içerisinde normal olarak var olan bedensel duyuların katastrofik yorumlanması ile başlayan panik ataklar tipiktir. Çalışmamızda PB tanılı hastaların kontrol grubuna kıyasla bedensel belirtilerini daha çok ruhsallaştırdığı, bedenselleştirdiği ve abarttığı, aynı zamanda otomatik düşüncelerinin ve ara inançlarının belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca bulgularımıza göre PB grubu hastalarda otomatik düşünceleri daha fazla olan hastaların bedensel belirtilerini daha çok ruhsallaştırdıkları ve abarttıkları söylenebilir. PB bilişsel temelinde olağan bedensel duyulara yönelik

felaket yorumlamalarının panik atakların oluşmasında belirleyici olduğu, özellikle gün içerisinde normal sayılabilecek bir belirtiyeye yönelik artırılmış dikkatin altında olumsuz bilişsel yapının olduğu bilinmektedir [86]. YAB'da olduğu gibi PB'de de normal bedensel duyumlara yönelik tehdit algısı belirgindir [87]. Jack ve ark. [150] çalışmada; durumsal veya sürekli panik atakları olan SF tanılı hastaların yalnızca SF tanısı olan gruba kıyasla daha fazla anksiyete duyarlılığı hissettikleri ayrıca daha fazla somatik ve bilişsel kaygıları olduğu görülmüştür, bu durumun da PB'un kaygılı bilişleri nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Bu kaygılı bilişler PB'da hem semptomatolojide hem de hastalığın süregelenliği üzerinde etkilidir [88, 89]. Çalışmamızda PB grubunda otomatik düşünceler ile ruhsal atfın ilişkili olması literatüre göre öngördüğümüz bir bulgudur. Otomatik düşünceler ile ruhsallaştırma arasındaki pozitif yönlü ilişkinin PB'da anksiyete ve somatik yakınmaların şiddeti ile hastalığın sürekliliği üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

PB tanılı hastalarda bedensel ve normalleştirici atfın ODÖ veya FOTÖ ile anlamlı korelasyon ilişkisi olmadığı ortaya konulmuştur. PB, SF tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerle yapılan bir izlem çalışmasında; PB grubunun SF ve sağlıklı kontrollere göre daha fazla sağlık kaygısı ve anksiyete şiddeti bildirdikleri, bunun temelinde de bedensel duyumlara karşı korku içeren olumsuz bilişsel yapının PB grubunda SF'ye kıyasla daha fazla olmasının neden olabileceği belirtilmiştir [119]. Bedensel atfın en fazla olduğu grubun PB grubu olduğu, somatizasyonun üzerinde bedensel atf ve bilişsel süreçlerin pozitif yönlü ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda; bedensel atfın otomatik düşünce ve ara inançlarla da pozitif yönlü ilişkili olması beklenirdi. Ancak PB grubunda da bedensel atf üzerinde anlamlı ilişki saptanmamıştır. Özellikle PB tanısında bedensel belirtiler ile anksiyete şiddeti belirgin ilişkilidir [112, 116, 117, 151] Çalışmaya alınan hastaların belirtilerinin büyük oranda remisyonda olması bu sonuçlar üzerinde etkili olabilir.

Çalışmamızda PB tanılı hastalarda BDAÖ puanının ODÖ ve FOTÖ puanları ile pozitif yönlü ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur. Özellikle panik ataklar sırasında olağan bedensel duyumların katastrofik yorumlanmasının altında bedensel duyumların yorumlanması ve abartılması yer alabilir [73]. Normal bir bedensel duyumun olağandan fazla abartılması ile başlayan süreç "Kalp krizi geçireceğim" gibi bir bilişsel çarpıtma [89] ile devam ettiğinde somatik yakınmalar daha da artabilir ve panik atakla sonuçlanabilir. Çalışmamızın sonuçları ile bedensel belirtilerin abartılmasının

üzerinde etkili olan bilişsel süreçlerin panik atakların başlaması ve süregenleşmesinde etkili olabileceği, bunun da tedavi süreci üzerinde olumsuz etkisi olabileceği yorumunda bulunulabilir.

Çalışmamızda PB grubunda HAÖ puanlarının BYÖ-bedensel atıf, BDAÖ, ODÖ-TOP ve FOTÖ-TOP puanları ile pozitif yönlü anlamlı korele olduğu gözlemlendi. Literatürde anksiyete düzeylerinin bedenselleştirme, bedensel duyumları abartma [120], otomatik düşünceler ve ara inançlar ile [127, 128] pozitif yönlü ilişkisi göz önüne alındığında bulgularımız literatür ile birbirini desteklemektedir. Bunun yanında literatürde anksiyete düzeyleri ile ruhsallaştırma arasındaki pozitif yönlü ilişki bilinse de çalışmamızda PB grubunda anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamıştır.

Özetle PB grubu hastalarda otomatik düşünceleri daha fazla olan hastaların bedensel belirtilerini daha çok ruhsallaştırdıkları ve abarttıkları söylenebilir. Hastaların takibinde bedensel belirtiler ve bilişsel yapı birlikte değerlendirilmelidir.

5.5. SF grubunun BYÖ ve BDAÖ puanları ile ODÖ ve FOTÖ puanları arasındaki ilişki:

SF tanıli hastalarda özellikle sosyal iletişime girildiğinde otonom sistemin aktif olduğu birçok somatik semptom görülür. Beck'in SF'deki somatik yakınmaları "değerlendirilme anksiyetesi" olarak tanımladığı modele göre; kabul ve sosyal onay ile ilgili uyarılara karşı duyarlılık hali, yetersiz ve değersiz değerlendirilmesi korkusu ve bunun doğurduğu otonom uyarılma hali olarak tariflemiştir [94]. Çalışmamızda da SF tanıli hastaların bedensel belirtilerini daha çok ruhsallaştırdıkları, bedenselleştirdikleri ve abarttıkları, aynı zamanda otomatik düşüncelerinin ve ara inançlarının kontrol grubuna kıyasla belirgin daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca otomatik düşüncelerin bedensel belirtilerin ruhsallaştırılması, bedenselleştirilmesi ve abartılması üzerinde, ara inançların ise bedenselleştirilmesi ve abartılması üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

SF tanıli bireyler somatik semptomlarını var olan yetersizlik düşünceleri ile birlikte daha da beceriksiz, işe yaramaz göründükleri şeklinde yorumlarlar [94, 95]. SF tanıli adölesanlar ve ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada; sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında SF tanıli adölesanların ve onların ebeveynlerinin daha çok sosyal kaygı ile daha çeşitli somatik semptomu olduğu, somatik yakınmalarını daha şiddetli

yaşadıkları gösterilmiştir [152]. Tada ve arkadaşları [153] yaptığı somatik bulguları olan SF tanılı hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada; hasta grubunun kontrollere kıyasla olumsuz değerlendirilme korkusunun yüksek olduğu, benlik saygısının düşük olduğu, somatik yakınmaların üzerinde bu bilişsel süreçlerin etkin olabileceği belirtilmiştir. Gerlach ve arkadaşları [154] yüz kızarma şikayeti olan SF tanılı hastalar ve kontrol grubunun sohbet ederken ve topluluk önünde konuşma yaparken karşılaştırıldığı bir çalışmada; SF tanılı hastaların daha fazla kızardığı ayrıca kalp atım sayısının daha şiddetli olduğu, gruplar arasında uyarılabilirlik farklılıkları olduğu, bunun altında da bilişsel kognitif süreçlerin etkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmalarda somatik yakınmalar üzerindeki bilişsel süreçlerin anksiyete düzeyleri ve hastalık sürecinde önemli yer tuttuğu üzerinde durulmuştur. Bizim çalışmamızda da ruhsallaştırma ve bedenselleştirme üzerindeki otomatik düşünceler ve ara inançların anlamlı ilişkisi beklediğimiz bir bulgudur. Özellikle anksiyete düzeyleri ve somatik yakınmaların hastaların sosyal etkileşimlerden kaçınmasıyla kişiler arasındaki ilişkileri bozduğu [94], sosyal yetenek ve performanslarının sağlıklı kontrollere kıyasla düşmesine sebep olduğu [95] göz önünde bulundurulduğunda; otomatik düşüncelerin ve ara inançların düzeltilmesi ile ruhsallaştırılma ve bedenselleştirmenin azaltılmasının hastalık semptomlarının azalmasının yanında hayat kalitesini, sosyal etkileşimleri de olumlu yönde etkileyebileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda SF’de diğer gruplara kıyasla otomatik düşünce ve ara inançların daha fazla olduğu gösterilmiş, literatürde de hastalığın doğası gereği bilişsel süreçlerin SF’de daha etkin rol oynadığı bilinmektedir. Çalışmamızda SF grubunda hem otomatik düşünceler hem de ara inançların bedenselleştirme üzerinde de pozitif yönlü anlamlı ilişkili saptanmasında otomatik düşünce ve ara inançların daha fazla olmasının etkili olabileceğini düşünmekteyiz. SF tanılı hastalarda BDAÖ puanının da YAB ve PB grubu ile benzer şekilde ODÖ ve FOTÖ toplam puanı ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkisi mevcuttu.

Çalışmamızda SF grubunda HAÖ puanlarının BYÖ-ruhsal atıf, BYÖ-bedensel atıf ve ODÖ-TOP puanları ile pozitif yönlü anlamlı korele olduğu gözlemlendi. Literatürde anksiyete düzeylerinin ruhsal atıf [113], bedensel atıf [114] ve otomatik düşünceler ile [127, 128] pozitif yönlü ilişkisi göz önüne alındığında bulgularımız literatürle uyumludur. Bunun yanında literatürde anksiyete düzeyleri ile bedensel duyuları

abartma ve ara inançlar arasındaki pozitif yönlü ilişki bilinse de çalışmamızda SF grubunda anlamlı korelasyon ilişkisi saptanmamıştır.

5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları:

Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında sosyodemografik veriler açısından bazı farklılıklar mevcuttu. Çalışmamıza katılan YAB, PB ve SF tanılı hastalarının kullanmakta olduğu ilaç ve psikoterapötik müdahalelerin karıştırıcı etkisi kontrol edilememiştir. Grupların anksiyete düzeylerine bakıldığında nispeten düşük düzeyde kaldığı görüldü. Bu sonuçların da hem belirti yorumlama ve abartma hem de otomatik düşünce ve ara inançlar üzerinde belirleyici etkisi olabilir. Ayrıca COVID-19 pandemisi dönemindeki yaşam tarzı değişiklikleri çalışmamızın sonuçları üzerinde etkili olmuş olabilir. Bunun yanında başka bir kısıtlılık ise araştırma örnekleminin görece düşük sayıda hasta içermesidir.

6. SONUÇ:

Çalışmamızda özellikle bedensel duyuların yorumlanması ve abartılması üzerinde durulmuş, bu belirtilerin otomatik düşünce ve ara inançlarla işlendiğinde anksiyete bozukluklarında kliniği belirleyici etkenlerden olabileceği hipotezinden yola çıkılmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre; YAB, PB ve SF tanılı hastalarda bedensel belirtilerin sık görüldüğü, sağlıklı kontrollere göre bedensel belirtilerin daha çok ruhsallaştırıldığı, bedenselleştirildiği ve abartıldığı, bunun da otomatik düşünceler ve ara inançlarla ilişkili olabileceği saptanmıştır. Bulgularımız hipotezlerimizi doğrular sonuçlar göstermiştir. Bu nedenle bu hastaların tedavisinde otomatik düşünce ve ara inançların düzeltilmeye çalışılması, bu şekilde daha verimli yardım almalarının sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

7.KAYNAKÇA:

1. Kessler RC, B.P., Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. , *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of general psychiatry*. 2005: Archives of general psychiatry.
2. DuPont, R.L., et al., *Economic costs of anxiety disorders*. *Anxiety*, 1996. **2**(4): p. 167-172.
3. Torales, J., et al., *The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health*. *International Journal of Social Psychiatry*, 2020. **66**(4): p. 317-320.
4. Mallorquí-Bagué, N., et al., *Mind-body interactions in anxiety and somatic symptoms*. *Harvard Review of Psychiatry*, 2016. **24**(1): p. 53-60.
5. Rubio, G. and J.J. López-Ibor, *Generalized anxiety disorder: A 40-year follow-up study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007. **115**(5): p. 372-379.
6. Pirbaglou, M., et al., *Perfectionism, anxiety, and depressive distress: evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity*. *Journal of American College Health*, 2013. **61**(8): p. 477-483.
7. Gamsız, Ö. and A. Aypay, *The role of loneliness and automatic thoughts in predicting psychological symptoms of the individuals on probation for substance use background*. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2018: p. 765-788.
8. Tükel R, A.T., *Anksiyete Bozuklukları (1. Baskı)*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2006: Pozitif Matbaacılık.
9. DJ, N. and B. JC, *Anxiety Disorders*. 2003: Blackwell Science Publishing.
10. Manav, F., *Kaygı kavramı*. 2011.
11. Uzbay, İ.T., *Anksiyetenin nörobiyolojisi*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2002. **5**(1): p. 5-13.
12. MH., T., *Bilişsel Terapi – Temel İlkeler ve Uygulama (7. Baskı)*. 2013: HYB Yayıncılık.
13. Carvey, P.M., *Drug action in the central nervous system*. 1998.
14. Berksun, O.E., *Anksiyete ve anksiyete bozuklukları*. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2003.
15. Şar, V., *DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: “Batı cephesinde yeni bir şey yok” mu*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2010. **13**: p. 196-208.
16. Birliği, A.P., *Ruhsal bozuklukların tanısasal ve sayımsal el kitabı*. Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013: p. 129-31.
17. American Psychiatric Association, A., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Vol. 3. 1980: American Psychiatric Association Washington, DC.

18. Sevinçok, L., *Yaygın anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi*. Klinik Psikiyatri, 2007. **10**(5): p. 3-12.
19. Stanley MA, B.J., *Anxiety disorders*. Clin Psychol Rev Vol. 20. 2000.
20. Kendall, P.C., et al., *Generalized anxiety disorder*. 2004.
21. Flint, A.J., *Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly*. The American journal of psychiatry, 1994.
22. Roy-Byrne, P.P. and A. Wagner, *Primary care perspectives on generalized anxiety disorder*. Journal of Clinical Psychiatry, 2004. **65**: p. 20-26.
23. Köroğlu, E., *PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri*. 2004: Hekimler yayın birliği.
24. Noyes Jr, R., et al., *A family study of generalized anxiety disorder*. The American journal of psychiatry, 1987. **144**(8): p. 1019-1024.
25. Sadock, B.J. and V.A. Sadock, *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. 2008: Lippincott Williams & Wilkins.
26. Wittchen, H.-U., et al., *DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives of general psychiatry, 1994. **51**(5): p. 355-364.
27. Zhang, X., et al., *Generalized anxiety in community-dwelling elderly: prevalence and clinical characteristics*. Journal of Affective Disorders, 2015. **172**: p. 24-29.
28. Erol, N., et al., *Türkiye ruh sağlığı profili raporu*. Birinci baskı, Ankara, 1998.
29. ÖZCAN, M., F. UĞUZ, and A.S. ÇİLLİ, *Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006. **17**(4): p. 276-285.
30. Öztürk, M.O. and A. Uluşahin, *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 2014: Nobel Tıp Kitabevleri.
31. Sheikh, J.I., *Anxiety disorders and their treatment*. Clinics in geriatric medicine, 1992. **8**(2): p. 411-426.
32. Berrios, G.E., *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. 1996: Cambridge University Press.
33. Klein, D.F., *Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes*. Psychopharmacologia, 1964. **5**(6): p. 397-408.
34. Tamam, L., *Panik bozukluk*. Actual Medicine Dergisi, 2009: p. 32-38.
35. Salkovskis, P.M., *Cognitive-behavioural treatment for panic*. Psychiatry, 2007. **6**(5): p. 193-197.
36. Rief, W., et al., *Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior*. Psychosomatic medicine, 2005. **67**(4): p. 596-601.
37. Furer, P., et al., *Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder*. Depression and Anxiety, 1997. **6**(2): p. 78-85.

38. Katon, W., *Panic disorder and somatization: review of 55 cases*. The American journal of medicine, 1984. **77**(1): p. 101-106.
39. Faravelli, C. and S. Pallanti, *Recent life events and panic disorder*. The American Journal of Psychiatry, 1989.
40. Kessler, R.C., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Archives of general psychiatry, 1994. **51**(1): p. 8-19.
41. Weissman, M.M., et al., *The cross-national epidemiology of panic disorder*. Archives of General Psychiatry, 1997. **54**(4): p. 305-309.
42. Kessler, R.C., et al., *The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of general psychiatry, 2006. **63**(4): p. 415-424.
43. Sartorius, N. and T. Ustun, *Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the world health organization collaborative project on "psychological problems in general health care"*. Arch Gen Psychiatry, 1993. **50**(10): p. 819-24.
44. Katerndahl, D.A. and J.P. Realini, *Lifetime prevalence of panic states*. The American journal of psychiatry, 1993.
45. Clayton, A., et al., *Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies*. Archives of women's mental health, 2006. **9**(3): p. 151-157.
46. de Lijster, J.M., et al., *The age of onset of anxiety disorders: a meta-analysis*. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 2017. **62**(4): p. 237.
47. K ro glu, E., C. Güleç, and S. Őenol, *Psikiyatri temel kitabı*. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007. **273**.
48. Marks, I.M., *The classification of phobic disorders*. The British Journal of Psychiatry, 1970. **116**(533): p. 377-386.
49. D LBAZ, N., *Sosyal anksiyete bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2000. **3**(Supp: 2): p. 3-21.
50. Yalçın, M. and S. Sütcü, *YetiŐkinlerde sosyal fobinin tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2016. **8**(Ek 1): p. 61-78.
51. Lipsitz, J.D. and F.R. Schneier, *Social phobia*. Pharmacoeconomics, 2000. **18**(1): p. 23-32.
52. Hudson, J.L. and R.M. Rapee, *The origins of social phobia*. Behavior modification, 2000. **24**(1): p. 102-129.
53. Memik, N. ., et al., *Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme*. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsiivi, 2011. **48**(1).
54. Dilbaz, N. and H. G z, *Sosyal Kayęı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları*. Nropsikiyatri Arivi, 2002. **39**: p. 2-3.

55. Wittchen, H., et al., *Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study*. European Psychiatry, 2000. **15**(1): p. 46-58.
56. Magee, W.J., et al., *Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey*. Archives of general psychiatry, 1996. **53**(2): p. 159-168.
57. Turan, M., et al., *Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği*. Klinik Psikiyatri, 2000. **3**(3): p. 170-175.
58. Kessler, R.C., M.B. Stein, and P. Berglund, *Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey*. American Journal of Psychiatry, 1998. **155**(5): p. 613-619.
59. Lecrubier, Y., *Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management*. Journal of Clinical Psychiatry, 1998. **59**(17): p. 33-38.
60. Judd, L.L., *Social phobia: a clinical overview*. The Journal of clinical psychiatry, 1994.
61. Kırpınar, İ., et al., *Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI. DSM III-R ruhsal bozukluklarının yaşam boyu ve*, 1997. **12**: p. 253-265.
62. Izgiç, F., et al., *Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı/The prevalence of social phobia in university student population*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000. **1**(4): p. 207.
63. Grant, B.F., et al., *The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Journal of Clinical Psychiatry, 2005. **66**(11): p. 1351-1361.
64. Özen, E.M., et al., *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon*. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010. **23**(1): p. 60-65.
65. Barsky, A.J., *Amplification, somatization, and the somatoform disorders*. Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry, 1992.
66. Barsky, A.J., et al., *The amplification of somatic symptoms*. Psychosomatic medicine, 1988. **50**(5): p. 510-519.
67. BALCIOĞLU, İ. and B. ÜNSALVER, *Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler*. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 2006. **37**(3): p. 115-120.
68. DİLBAZ, N. and K.O. KARAMUSTAFALIOĞLU, *Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde karşılanmamış gereksinimler: Yeni bir seçenek*. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012. **13**(3).
69. Karapıçak, Ö., S. Aslan, and Ç. Utku, *Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı*. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2012. **1**(1): p. 43-51.

70. Abramowitz, J.S., B.O. Olatunji, and B.J. Deacon, *Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders*. Behavior Therapy, 2007. **38**(1): p. 86-94.
71. Tükel, R., *Panik bozukluğu*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002. **5**(Supp: 3): p. 5-13.
72. Carlbring, P., et al., *12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2002. **37**(5): p. 207-211.
73. Barsky, A.J., et al., *Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1994.
74. Bünyamin, A. and B. GENÇDOĞAN, *Üniversite öğrencilerinin sosyal fobi ile başa çıkmalarında çözüm odaklı grupla psikolojik danışmanın etkisinin incelenmesi*. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2017. **18**(1): p. 188-203.
75. Bekhuis, E., et al., *Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms*. Journal of psychosomatic research, 2015. **78**(2): p. 116-122.
76. Özdel, K., *Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama*. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2015. **8**(2): p. 10-20.
77. Türkçapar, M.H. and A.E. Sargın, *Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim*. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2012. **1**(1): p. 7-14.
78. Cüceloğlu, D., *İnsan ve davranışı (7. Baskı)*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1996.
79. Özcan, Ö. and G. Çelik, *Bilişsel davranışçı terapi*. Türkiye Klinikleri, 2017. **3**(2): p. 115-120.
80. Seligman, M.E. and S.F. Maier, *Failure to escape traumatic shock*. Journal of experimental psychology, 1967. **74**(1): p. 1.
81. Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. New York: Birch Lane, 1994.
82. Beck, A.T. and M.S. Hurvich, *Psychological correlates of depression: 1. Frequency of "masochistic" dream content in a private practice sample*. Psychosomatic Medicine, 1959. **21**(1): p. 50-55.
83. Beck, J. and A.T. Beck, *Cognitive behavior therapy: Basics and Beyond 2011*. New York: Guilford Press.
84. Saatçioğlu, Ö., *Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2001. **11**(1): p. 60-77.
85. Butler, G., et al., *Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*. Journal of consulting and clinical psychology, 1991. **59**(1): p. 167.
86. Clark, D.A. and A.T. Beck, *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. 2009: Guilford Press.

87. KILIÇ, H.S. and Ö.Y. ALKAR, *Panik Bozukluk için Bilişsel Davranışçı Terapi Süreci ve Sonucunu Yordayan Faktörler: Değişim Mekanizmalarına Bir Bakış*. 2020.
88. Clark, D.M., *A cognitive approach to panic*. Behaviour research and therapy, 1986. **24**(4): p. 461-470.
89. Clark, D.M., et al., *Misinterpretation of body sensations in panic disorder*. Journal of consulting and clinical psychology, 1997. **65**(2): p. 203.
90. Türkçapar, M.H., *Sosyal fobinin psikolojik kuramı*. Klinik Psikiyatri, 1999. **2**(4): p. 247-253.
91. Kılıç, Ö., *Sosyal Fobi Etiyolojisine Yönelik Gelişimsel Bir Model*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 52 (1), 1999: p. 45-51.
92. Kandel, E.R., *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*. American journal of Psychiatry, 1999. **156**(4): p. 505-524.
93. Rapee, R.M. and R.G. Heimberg, *A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia*. Behaviour research and therapy, 1997. **35**(8): p. 741-756.
94. ÖZTÜRK, A., *SOSYAL KAYGIYI AÇIKLAYAN YAKLAŞIMLAR*. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2014. **13**(48): p. 15-26.
95. Stopa, L. and D.M. Clark, *Cognitive processes in social phobia*. Behaviour research and therapy, 1993. **31**(3): p. 255-267.
96. Heimberg, R.G., et al., *Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1985.
97. Robbins, J.M. and L.J. Kirmayer, *Attributions of common somatic symptoms*. Psychological medicine, 1991. **21**(4): p. 1029-1045.
98. Duman, O., S. Usubutun, and E. Goka, *Belirti yorumlama ölçeğinin türkçe geçerlik ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004. **15**(1): p. 26-40.
99. Barsky, A.J., G. Wyshak, and G.L. Klerman, *The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis*. Journal of psychiatric research, 1990. **24**(4): p. 323-334.
100. Güleç, H., K. Sayar, and M. Güleç, *Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği*. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2007. **20**(1): p. 16-24.
101. Hollon, S.D. and P.C. Kendall, *Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire*. Cognitive therapy and research, 1980. **4**(4): p. 383-395.
102. Aydın, G. and O. Aydın, *Otomatik düşünceler ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği*. Psikoloji dergisi, 1990. **7**(24): p. 51-55.
103. Şahin, N.H. and N. Şahin, *Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire*. Journal of clinical psychology, 1992. **48**(3): p. 334-340.

104. Weissman, A.N. and A.T. Beck, *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. 1978.
105. Batmaz, S. and K. Ozdel, *Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the Dysfunctional Attitude Scale*. Psychological Reports, 2016. **118**(1): p. 180-198.
106. Hamilton, M., *The assessment of anxiety states by rating*. British journal of medical psychology, 1959. **32**(1): p. 50-55.
107. Yazici, M., et al., *Hamilton anksiyete degerlendirme olcegi; degerlendiriciler arasi guvenirlilik ve gecerlik calismasi*. Turk Psikiyatri Derg, 1998. **9**(2): p. 114-117.
108. Hinkle DE, W.W., Jurs GS.. *Applied statistics for the behavioral sciences*, ed. R. McNally. 1979, Chicago.
109. Akgüç, O.M., *Üniversite öğrencilerinde depresyon, otomatik düşünceler ve benlik saygısının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi*. 2021, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
110. Parim, K.N., *Üniversite öğrencilerinin otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve anksiyete belirtilerinin incelenmesi*. 2019, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
111. Duran, S., A. Karadaş, and S. Kaynak, *Hemşirelik öğrencilerinin olumsuz otomatik düşünceleri ve akademik başarıları arasındaki ilişki*. Kocaeli Tıp Dergisi, 2017. **6**(2): p. 30-37.
112. Kolk, A.M., et al., *A symptom perception approach to common physical symptoms*. Social science & medicine, 2003. **57**(12): p. 2343-2354.
113. Kessler, D., et al., *General Practice Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care Commentary: There must be limits to the medicalisation of human distress*. Bmj, 1999. **318**(7181): p. 436-440.
114. Aronson, K.R., L.F. Barrett, and K.S. Quigley, *Feeling your body or feeling badly: evidence for the limited validity of the Somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity*. Journal of psychosomatic research, 2001. **51**(1): p. 387-394.
115. Roth, D., M.M. Antony, and R.P. Swinson, *Interpretations for anxiety symptoms in social phobia*. Behaviour research and therapy, 2001. **39**(2): p. 129-138.
116. Kolk, A., et al., *Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: a symptom-perception approach*. Journal of Psychosomatic Research, 2002. **52**(1): p. 35-44.
117. Pollock, C. and G. Andrews, *Defense styles associated with specific anxiety disorders*. The American journal of psychiatry, 1989.
118. Blaya, C., et al., *Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? Brazilian Journal of Psychiatry*, 2006. **28**: p. 179-183.

119. Rudaz, M., et al., *Health anxiety and fear of fear in panic disorder and agoraphobia vs. social phobia: a prospective longitudinal study*. Depression and Anxiety, 2010. **27**(4): p. 404-411.
120. Kumar, V., A. Avasthi, and S. Grover, *Somatosensory amplification, health anxiety, and alexithymia in generalized anxiety disorder*. Industrial psychiatry journal, 2018. **27**(1): p. 47.
121. Korkmaz, H., et al., *Determination of health anxiety, anxiety, and somatosensory amplification levels in individuals with normal coronary angiography*. Psychiatry research, 2017. **252**: p. 114-117.
122. Nakao, M. and A.J. Barsky, *Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine*. BioPsychoSocial Medicine, 2007. **1**(1): p. 1-7.
123. Spinhoven, P. and A.W. van der Does, *Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: an explorative study*. Comprehensive psychiatry, 1997. **38**(2): p. 93-97.
124. Aydin, K.B., *Automatic thoughts as predictors of Turkish university students' state anxiety*. Social Behavior and Personality: an international journal, 2009. **37**(8): p. 1065-1072.
125. Buschmann, T., et al., *The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression*. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 2018. **36**(2): p. 137-162.
126. VASILE, T., *The relation between Anxiety, Automatic Thoughts Adjustment and Emotional Control*. Journal of Experiential Psychotherapy, 2018. **21**(4): p. 84.
127. Jarrett, R. and A. Rush, *Cognitive therapy for panic disorder and generalized anxiety disorder*, in *Cognitive Psychotherapy*. 1988, Springer. p. 253-275.
128. Gül, A., et al., *Comparison of automatic thoughts among generalized anxiety disorder, major depressive disorder and generalized social phobia patients*. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2015. **19**(15): p. 2916-21.
129. Breitholtz, E., B. Johansson, and L.-G. Öst, *Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach*. Behaviour Research and Therapy, 1999. **37**(6): p. 533-544.
130. Wenzel, A. and C.K. Cochran, *Autobiographical memories prompted by automatic thoughts in panic disorder and social phobia*. Cognitive Behaviour Therapy, 2006. **35**(3): p. 129-137.
131. İsgandarlı, G., *Panik bozukluk tanısı olan bireylerde çocukluk çağı travması ve otomatik düşünceler ilişkisi*. 2017, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
132. HASPOLAT, N.K. and M. KAĞAN, *Sosyal fobinin yordayıcıları olarak beden imajı ve benlik saygısı*. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2017. **19**(2): p. 139-152.
133. Sübaşı, G., *Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygıyı yordayıcı bazı değişkenler*. Eğitim ve Bilim, 2010. **32**(144): p. 3-15.

134. GÜMÜŞ EREN, A., *Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2006. **3**(26): p. 63-75.
135. Iancu, I., et al., *Negative and Positive Automatic thoughts in Social Anxiety Disorder*. Isr J Psychiatry Relat Sci, 2015. **52**(2): p. 129-35.
136. Aizawa, N., *[The effects of interpretation bias for social events and automatic thoughts on social anxiety]*. Shinrigaku Kenkyu, 2015. **86**(3): p. 200-8.
137. Yapan, S., M.H. Türkçapar, and M. Boysan, *Rumination, automatic thoughts, dysfunctional attitudes, and thought suppression as transdiagnostic factors in depression and anxiety*. Current Psychology, 2020: p. 1-17.
138. Kankurtay, S., *Üniversite öğrencilerinde fonksiyonel olmayan tutumların yaygın anksiyete eğilimleri üzerindeki etkisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü*. 2020, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
139. Mészáros, V., et al., *[From life events to symptoms of anxiety and depression: the role of dysfunctional attitudes and coping]*. Ideggyogy Sz, 2014. **67**(11-12): p. 397-408.
140. Reiter, S.R., et al., *Major depression in panic disorder patients with comorbid social phobia*. Journal of affective disorders, 1991. **22**(3): p. 171-177.
141. Rudaz, M., et al., *Dysfunctional attitudes and anxiety sensitivity in the manifestation and first onset of social anxiety disorder versus specific phobia and healthy: A prospective longitudinal study*. 2016.
142. Demiröz, S., *Yetişkin bireylerde sosyal fobi ile fonksiyonel olmayan tutumların arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2019, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
143. Laposa, J.M., S.E. Cassin, and N.A. Rector, *Interpretation of positive social events in social phobia: an examination of cognitive correlates and diagnostic distinction*. Journal of Anxiety Disorders, 2010. **24**(2): p. 203-210.
144. Asoğlu, M., et al., *Cultural Reflections Of The Expressions Of The Anxiety Of Patients With Generalized Anxiety Disorder*. Bezmialem Science, 2018. **6**(4): p. 242-7.
145. Cariello, A.N., P.B. Perrin, and A. Morlett-Paredes, *Influence of resilience on the relations among acculturative stress, somatization, and anxiety in latinx immigrants*. Brain Behav, 2020. **10**(12): p. e01863.
146. Fouladgar, F., *Dysfunctional Attitude and Performance Anxiety in University Students of Iran and Pakistan*. 2019, University of the Punjab, Lahore.
147. Salğar, A., *ŞİDDET GÖREN VE GÖRMEYEN KADINLARIN OTOMATİK DÜŞÜNCE VE SOMATİZASYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ*, in *SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI*. 2016, T.C ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
148. Yavuz, M., et al., *The relationships between attachment quality, metacognition, and somatization in adolescents: The mediator role of*

- metacognition*. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2019. **32**(1): p. 33-39.
149. Yücel, B., et al., *Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache*. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2002. **42**(3): p. 194-199.
 150. Jack, M.S., R.G. Heimberg, and D.S. Mennin, *Situational panic attacks: impact on distress and impairment among patients with social phobia*. Depress Anxiety, 1999. **10**(3): p. 112-8.
 151. Aronson, K.R., *The reliability and validity of the Symptom Interpretation Questionnaire*. Journal of psychosomatic research, 2006. **61**(6): p. 807-811.
 152. Sackl-Pammer, P., et al., *Somatic complaints in children and adolescents with social anxiety disorder*. Neuropsychiatr, 2018. **32**(4): p. 187-195.
 153. Tada, K. and T. Kojima, *Social phobia with somatic symptoms including nausea and urgency of micturition*. Seishin Shinkeigaku Zasshi= Psychiatria et Neurologia Japonica, 2000. **102**(4): p. 355-366.
 154. Gerlach, A.L., et al., *Blushing and physiological arousability in social phobia*. J Abnorm Psychol, 2001. **110**(2): p. 247-58.

8.EKLER:

EK-1: HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU *

ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI):

Panik bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda beden duyularını abartma ve belirti yorumlama ile otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişkinin araştırılması

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Ayrıca destekleyici firma çalışmayı sonlandırmaya karar verirse bu durumda da çalışmadan çıkartılacaksınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız

Bu çalışmada panik bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda bedensel duyularını abartma, belirti yorumlama, otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişki incelenecektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmamıza katılmayı kabul ederseniz sizinle öncelikli olarak psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı anket formlarını doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki veya risk söz konusu değildir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Anketi okuyup uygun şekilde doldurmanız yeterlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Yapılacak olan anketin size ve sağlığınıza herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)

Panik bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda bedensel duyularını abartma, belirti yorumlama, otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan

tutumlar arasındaki parametreleri değerlendirmemize ve dolayısıyla tedavi stratejilerinin gelişmesinde yardımcı olacaktır.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabileceğim bilincindeyim.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Araştırmaya katılmanız nedeniyle size para ödenmeyecek ya da sizden para talep edilmeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dâhil, hiçbir aşamada sizin isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, çalışma verilerinizi artık kullanılmayacak ya da diğer kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Oğuzhan ARAZ

Tel: 03623121919-2632

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR: Varsa açıklayınız

Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde bu tedavi kurumunda göreceğiniz bakım ve tedaviler etkilenmeyecek, herhangi bir aksama olmayacaktır.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-2: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

- **Adı Soyadı:**
- **Adres ve Telefon:**
- **Yaş:**
- **Cinsiyet:** (0) Erkek (1) Kadın
- **Medeni durum:** (0) Bekar (1) Evli
- **Eğitim Süresiyıl**
- **Yaşam Şekli:** (0) Yalnız (1) Biriyle birlikte (aile, arkadaş)
- **Çalışma durumu:** (0) Öğrenci (1) Çalışıyor (2) İşsiz (3) Ev hanımı
- **Daha önce psikiyatri başvurusu var mı? :** (0) Yok (1) Var
- **Halen psikiyatrik bir ilaç tedavisi alıyor mu? :** (0) Hayır (1) Evet Alıyorsa hangi tedavi..?
- **Ne zamandır psikiyatrik bir ilaç tedavisi alıyor? ... ay**
- **Hastalığın başlangıç yaşı nedir?**
- **Ne zamandır hastalık tanısı var? ay**
- **Ailede ruhsal hastalık öyküsü var mı? (0)Yok (1) Var varsa hangi hastalık..?**
- **İntihar girişimi ? :** (0) yok (1) var
- **Psikiyatri servisinde yatış : (0) yok (1) var Varsa kaç kez..?**

EK-3: BELİRTİ YORUMLAMA ÖLÇEĞİ:

Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)

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

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
1- Uzun süren baş ağrım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
1a Duygusal olarak sıkıntılıyım	1	2	3	4	5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorunum var	1	2	3	4	5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı Son üç ay içinde uzun süren baş ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
2- Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	1	2	3	4	5
2b Endişeli ya da sinirliyim	1	2	3	4	5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
3- Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
3a Kalbim ya da tansiyonum var	1	2	3	4	5
3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa kalktım	1	2	3	4	5
3c Çok stres altında olmalıyım Son üç ay içinde aniden başınız döndü mü? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
4- Ağız kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı	1	2	3	4	5
4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
4c Daha çok su almaya ihtiyacım var Son üç ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
5- Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
5c Kalbimde bir sorun olmalı Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
6- Kendimi yorgun hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
6a Duygusal olarak tükenmişim ya da cesaretim kırılmış	1	2	3	4	5
6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket yapmıyorum	1	2	3	4	5
6c Kansızım ya da kanım yetersiz Son üç ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
7- Elim titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
7a Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir	1	2	3	4	5
7b Çok sinirliyim	1	2	3	4	5
7c El kaslarımı yordum Son üç ay içinde elinizin titrediğini fark ettiniz mi? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
8- Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
8a Ağrı ya da fiziksel rahatsızlık beni uyutmuyor	1	2	3	4	5
8b Yorgun değilim ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
8c Çok endişeliyim ya da bir şeylere sinirlenmiş olmalıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde uyuma güçlüğünüz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
9- Midem ağrırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
9a Kendimi endişeden hasta ettim	1	2	3	4	5
9b Grip ya da mide rahatsızlığım var	1	2	3	4	5
9c Bana dokunacak bir şeyler yedim	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
10- İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
10a Çok yiyordum ya da şu an vücudumun eskisi kadar besine ihtiyacı yok	1	2	3	4	5
10b Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi yemeklerin tadını alamıyorum	1	2	3	4	5
10c Midemde ya da bağırsaklarımda bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde iştahsızlığımız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
11- Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
11a Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun var	1	2	3	4	5
11b Oda havasız ya da hava kirliliği var	1	2	3	4	5
11c Çok heyecanlı ya da kaygılıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde nefessiz kaldığımız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
12- Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
12a Duygusal stres altındayım	1	2	3	4	5
12b Sinir sistemimde ya da kan dolaşımda bir sorun var	1	2	3	4	5
12c Üşüyorum ya da elim ayağım dondu	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır					
13- Kabızlığım ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
13a Yediklerim arasında yeterince meyve ve lifli besinler yok	1	2	3	4	5
13b Sinirsel gerilimim düzenli tualete çıkmama engel oluyor	1	2	3	4	5
13c Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
14- Göğsümden bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
14a Kalp krizi geçiriyorum	1	2	3	4	5
14b Çok korktum ya da heyecanlandım	1	2	3	4	5
14c Kendimi çok yordum	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					

EK-4: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz. Doğru değilse (1); tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Doğru Değil				Tamamen Doğru
1. Birisi öksürdüğünde benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2.Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3.Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4.Bir yerim morardığında uzunca süre öyle kalır.	1	2	3	4	5
5.Anı yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6.Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7.Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8.Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9.Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10. Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK-5: OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ:

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi
2. Ender olarak aklımdan geçti
3. Arada sırada aklımdan geçti
4. Sık sık aklımdan geçti
5. Hep aklımdan geçti

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiç bir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki ...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim	1	2	3	4	5

21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık	1	2	3	4	5
23. Başarısızım	1	2	3	4	5
24. Hiç bir zaman başaramayacağım	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli	1	2	3	4	5
29. Hiç bir şey için uğraşmaya değmez	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum	1	2	3	4	5

EK-6: FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR ÖLÇEĞİ KISALTILMIŞ TÜRKÇE FORMU:

DAS-R-TR

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumları bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin. Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir. Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüzü yansıtmaya özen gösterin.

		Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Ender olarak katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Orduka katılmıyorum	Genellikle katılmıyorum	Tamıyla katılmıyorum
1	Bir insanın mutlu olabilmesi için ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki ya da çok yaratıcı olması gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
2	İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
3	İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
4	Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir	1	2	3	4	5	6	7	
5	Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığımı kazanmalıyım	1	2	3	4	5	6	7	

6	Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir	1	2	3	4	5	6	7	
7	Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
8	Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir	1	2	3	4	5	6	7	
9	İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım	1	2	3	4	5	6	7	
10	En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam	1	2	3	4	5	6	7	

11	Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın	1	2	3	4	5	6	7
12	İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir	1	2	3	4	5	6	7
13	Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır	1	2	3	4	5	6	7

EK-7: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

1. Anksiyeteli Mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.

0: Yok

1: Hafif (Düzensiz olarak ortaya çıkar ve kısa sürer)

2: Orta (Daha kalıcı ve uzun sürelidir, hasta başa çıkmak için çok gayret sarfeder)

3: Şiddetli (Sürekli, hastanın hayatına egemen)

4: Çok şiddetli (Kişiyi inkapasite durumuna getirici)

2. Gerilim : Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri .kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

3. Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

4.Uykusuzluk: Uykuya delmede güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece Korkuları.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

5.Entellektüel(Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

6.Depresif Mizaç: İlgisi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

7.Bedensel(Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

8.Somatik (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklılığı, sıcak ve soğuk baskmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

9. Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, göğüsste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

10. Solunum Semptomları: Göğüsste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

11. Gastrointestinal Semptomlar : Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyguları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

12. Genitoüriner Semptomlar: Sık içeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli


13. Otonomik Semptomlar: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

14. Görüşme Sırasındaki Davranış: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kıvrıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egoftalmus.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

EK-8: ETİK KURUL ONAYI:



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/619 09.10.2020

Sayın Prof. Dr. Hatice GÜZ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Panik bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda bedenduyularını abartma , belirti yorumlama, otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişkinin araştırılması** başlıklı OMÜ KAEK 2020/583 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 08.10.2020 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramiz ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-9: TURNİTİN ORJİNALLİK RAPORU:

ORJİNALLİK RAPORU

% **19**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **17**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **5**

YAYINLAR

% **10**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%2
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	%1
5	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
7	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
8	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
9	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	%1

10	kongre2019.toraks.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
11	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
12	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	% 1
13	acikerisim.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
14	www.varoluscuterapi.com İnternet Kaynağı	<% 1
15	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<% 1
16	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
17	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
18	icimdekikaos.blogspot.com İnternet Kaynağı	<% 1
19	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
20	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
21	acikerisim.firat.edu.tr	

22	www.ulusaltezmerkezi.net İnternet Kaynağı	<% 1
23	9lib.net İnternet Kaynağı	<% 1
24	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<% 1
25	www.nuveforum.net İnternet Kaynağı	<% 1
26	studylibtr.com İnternet Kaynağı	<% 1
27	Submitted to Cyprus International University Öğrenci Ödevi	<% 1
28	Submitted to Sabanci Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
29	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
30	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	<% 1
31	1fe3d111-6915-4065-be13- a3b528c7c266.filesusr.com İnternet Kaynağı	<% 1
32	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	

33	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
34	abs.firat.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
35	openaccess.firat.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
36	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
37	www.hasimbelten.com İnternet Kaynağı	<% 1
38	TÜRKÇAPAR, M Hakan and SARGIN, A Emre. "Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim", Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, 2012. Yayın	<% 1
39	acikerisim.dicle.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
40	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
41	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
42	hipokampusakademi.com İnternet Kaynağı	<% 1

43	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
44	Doğan Güçlühan GÜÇLÜ, Ömer ŞENORMANCI, Oya GÜÇLÜ GÖNÜLLÜ, Musa ÇIRAK, Ramazan KONKAN, Murat ERKIRAN. "The Effect of Psychopathology on the Quality of Life and the Disability of Patients with Chronic Neck Pain", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2013 Yayın	<% 1
45	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
46	docobook.com İnternet Kaynağı	<% 1
47	openaccess.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
48	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
49	ÖZCAN, Murat, UĞUZ, Faruk and ÇİLLİ, Ali Savaş. "Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2006. Yayın	<% 1
50	ŞAD, Süleyman Nihat, KIŞ, Ali, DEMİR, Mustafa and ÖZER, Niyazi. "Meta-analysis of the	<% 1

51 Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi <% 1
Öğrenci Ödevi

52 www.psikofarma.info <% 1
İnternet Kaynağı
