

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINDA ERKEN DÖNEM UYUM
BOZUCU ŞEMALAR VE ŞEMA SÜRDÜRÜCÜ BAŞA ÇIKMA
DAVRANIŞLARININ ŞEMA TERAPİ MODELİ ÇERÇEVESİNDE
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

ZÜMRÜT ERDEM

TEZ DANIŞMANI

DOÇ.DR. ŞAZİYE SENEM BAŞGÜL

GAZİANTEP- 2018

KABUL VE ONAY

Zümrüt İsmail ERDEM

..... tarafından hazırlanan

başlıklı bu çalışma tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı
bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

panik bozukluğu hastalarında erken
dönem uyum bozucu semeler ve send
sindürülür bsa çilene davranışlarının send
lenap model çerçesinde incelenmesi,

Prof. Dr. Osman Tolga Arcaak
(Başkan)

Doç. Dr. Sıfye Senem Başgöl
(Üye)

Doç. Dr. Vahdet Görmez
(Üye)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. / /

.....
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Panik Bozukluğu Hastalarında Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Şema Sürdücü Başa Çıkma Davranışlarının Şema Terapi Modeli Çerçevesinde İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 27/08/2018

ZÜMRÜT ERDEM

ÖNSÖZ

Çalışmamda bana yol gösteren danışmanım Doç. Dr. Şaziye Senem Başgöl hocama, yüksek lisans eğitimim boyunca bilimsel titizliğine ve destekleyici tavrına hayran kaldığım, örnek bir bilim insanı olan Prof. Dr. Osman Tolga Arıcağ hocama, şema terapi ile tanışmamı sağlayan ve yaşamıma dokunan değerli Psikiyatri uzmanı ve psikoterapist Serhat Yüksel'e, veri toplama aşamasında yardımcı olan Uzm. Kli. Psk. Aylin Arslan'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamın ve yaşamımın diğer tüm aşamalarında bilgi, tecrübe ve dostluklarıyla desteklerini esirgemeyen, yanımda olmalarına şükrettiğim dostlarım Uzm. Kli.Psk. Seda Erdal ve Uzm. Psk. Dan. Sümeyye Özkaya'ya minnetlerimi sunarım.

Yıllardır ilerlemem ve büyüyebilmem için maddi manevi desteklerini hissettiğim, her anımda yanımda olan ve çoğu zaman beni tolere eden değerli anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür eder, şükranlarımı sunarım.

Çalışma sürecimde ailemle ilgili pek çok sorumluluğumu yerine getirmekte zorlanırken bana sevgisi, ilgisi ve tecrübesiyle anlayış gösteren, motive eden sevgili eşim Bilal'e minnetlerimi sunarım.

Gaziantep, 2018

Zümrüt ERDEM

ÖZET

Araştırmanın temel soruları çerçevesinde, panik bozukluğu hastalarında gözlenen uyum bozucu şemalar ve kullandıkları başa çıkma davranışları (şemadan kaçınma ve aşırı telafi) incelenmiştir. Malatya eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniğinde panik bozukluğu tanısı alan DSM 5 tanı ölçütlerini karşıladığı belirlenen panik bozukluğu yaşayan bireylerin (n=30) ve panik bozukluğu tanısı alan bireylerle benzer yaş, cinsiyet ve demografik özellikler gösteren karşılaştırma grubu (n=34) araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu, Young şema ölçeği Kısa Form-3, Young telafi ölçeği ve Young- Rygh kaçınma ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın temel sorularını yanıtlamak amacıyla bir dizi Ki kare, t testi ve Mann Whitney U test analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçları panik bozukluğu tanısı alan grubun karşılaştırma grubuna kıyasla Young Şema Ölçeği Kısa Form-3, Young telafi ölçeği ve Young- Rygh kaçınma ölçeklerinin birçok alt boyutundan yüksek puan aldıklarını göstermiştir. Panik bozukluğu tanılı bireyler kontrol grubuna kıyasla başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık, iç içe geçme şema boyutlarında daha yüksek puanlar almışlardır. Young telafi ölçeği alt boyutları bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanamamış ancak panik bozukluğu tanılı katılımcıların Young telafi ölçeği alt boyutlarından eleştiriye tahammülsüzlük puanlarının kontrol grubundakilere göre daha yüksek olma eğiliminde olduğu görülmüştür. Young kaçınma ölçeği alt boyutlarından psikosomatizm ve sıkıntıyı Yok Sayma alt boyutundan da anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

Anahtar kelimeler: erken dönem uyum bozucu şemalar, şema kaçınması, şema telafisi, panik bozukluğu

ABSTRACT

The main aim of the present study was to examine the observed maladaptive schemas in panic disorder patients along with the coping behaviours (e.g. schema avoidance and over-compensation) they use. The sample of the study was comprised of individuals who were diagnosed with panic disorder based on DSM 5 criteria in the Malatya Training and Research Hospital Psychiatry Clinic (n=30) and healthy individuals (n=34) with similar demographic features who were recruited as a control group. As research data collection tools; Personal Information Form, Young Schema Scale-Short Form-3, Young Compensation Scale and Young-Rygh Avoidance Scale were applied. In order to answer the primary research questions, a series of Chi-square, t-test and Mann-Whitney U test analyses were conducted. The results showed that individuals in the panic group had significantly higher scores in many subscales of the Young Schema Scale, Young Compensation Scale and Young-Rygh Avoidance Scale compared to the control group. The failure, pessimism, minor resistance in the face of threats and nesting scores were higher in the panic group compared to the controls. In Young Compensation Scale scores, no significant difference between the two groups was found. However, the intolerance of criticism sub-scale scores of panic disorder group tended to be higher than the scores of the control group. Finally, the panic disorder group also demonstrated significantly higher scores of “ignoring distress” and “psychosomatic” scores in Young-Rygh Avoidance Scale.

Keywords: Early maladaptive schemas, schema avoidance, schema overcompensation, panic disorder

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
SEMBOLLER LİSTESİ	ix
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem durumu	1
1.2. Problem cümlesi	2
1.3. Alt problemler.....	2
1.4. Araştırmanın Amacı	3
1.5. Araştırmanın Önemi	3
1.6. Araştırmanın Varsayımları	4
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
İKİNCİ BÖLÜM	5
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. Panik Bozukluğu.....	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Tanı kriterleri.....	5
2.1.3. Klinik Görünüm	6
2.1.4. Etiyoloji.....	6
2.1.5. Epidemiyoloji	8
2.1.6. Komorbidite	9
2.1.7. Tedavi.....	10
2.1.8. Panik Bozukluğu İle İlgili Yapılan Çalışmalar	11
2.2. Şema Terapi Modeli Ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	13
2.2.1. Şema Terapi Modeli	13
2.2.2. Şemaların özellikleri	14
2.2.3. Şemaların Kökenleri.....	15
2.2.4. Şema Alanları Ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar.....	15

2.2.5. Uyumsuz Başa Çıkma Biçimleri	18
2.2.6. Şema Modları	19
2.3. Şema Modeli Çerçevesinde Yapılan Çalışmalar	20
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	23
YÖNTEM.....	23
3.1. Evren ve Örneklem	23
3.2. Veri Toplama Araçları	23
3.2.1. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3-YŞÖ-KF3	24
3.2.2. Young Telafi Ölçeği- YTÖ	24
3.2.3. Young Kaçınma Ölçeği (YR-KÖ)	25
3.3. İşlem	25
3.4. Kullanılan İstatistiksel Teknikler.....	26
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	27
BULGULAR	27
4.1. Sosyodemografik Ve Klinik Verilerle İlgili Bulgular	27
4.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Stilleri	28
Açısından Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Tanısı Almayan Grupların İncelenmesi	28
4.2.1 Young Şema Ölçeği Alt Boyutlarının Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Almayan Gruplar Açısından İncelenmesi.....	29
4.2.2 Young Telafi Ölçeği Alt Boyutlarının Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Almayan Gruplar Açısından Değerlendirilmesi	30
4.2.3. Young Kaçınma Ölçeği Alt Boyutlarının Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Almayan Gruplar Açısından Değerlendirilmesi	31
4.3. Panik Bozukluğu Tanılı Grubun Bazı Değişkenlere Göre Kendi İçinde Analizi.....	32
4.3.1. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalarının Terapi Alıp Almama Açısından Karşılaştırılması	32
4.3.2. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Telafi Davranışlarının Terapi Alıp Almama Açısından Karşılaştırılması	33
4.3.3. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Kaçınma Davranışlarının Terapi Alıp Almama Açısından Karşılaştırılması	34
4.3.4. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalarının İlaç Kullanma Açısından Karşılaştırılması	35
4.3.5. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Telafi Davranışlarının İlaç Kullanma Açısından Karşılaştırılması	36
4.3.6. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Kaçınma Davranışlarının İlaç Kullanma Açısından Karşılaştırılması	36

BEŞİNCİ BÖLÜM	38
TARTIŞMA	38
5.1. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grubun Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	38
5.2. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grubun Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalarının Değerlendirilmesi	38
5.3. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grupta Kullanılan Başa Çıkma Davranışları Açısından Değerlendirilmesi	40
5.4. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grupta Kullanılan Telafi Davranışlarının Değerlendirilmesi	40
5.5. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grupta Kullanılan Kaçınma Davranışlarının Değerlendirilmesi	41
5.6. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalar Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışlarının Psikoterapi Alma Açısından Değerlendirilmesi	41
5.7. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalar Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışlarının İlaç Kullanma Açısından Değerlendirilmesi	42
ALTINCI BÖLÜM.....	43
SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKÇA	44
EKLER.....	51
Ek 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	51
Ek 2 Kişisel Bilgi Formu	52
Ek 3 Young Şema Ölçeği	54
Ek 4 Young Telafi Ölçeği.....	60
Ek 5 Young Kaçınma Ölçeği.....	63

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Tanı ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri.....	23
Tablo 2. Young Şema Ölçeği alt boyutlarının gruplar arasında karşılaştırılması	25
Tablo 3. Young Telafi Ölçeği alt boyutlarının gruplar arasında karşılaştırılması.....	26
Tablo 4. Young Telafi Ölçeği alt boyutlarının gruplar arasında karşılaştırılması.....	27
Tablo 5. Young Şema Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte terapi almaya göre karşılaştırılması.....	33
Tablo 6. Young Telafi ölçeği alt boyutlarının geçmişte terapi almaya göre karşılaştırılması.....	34
Tablo7. Young Kaçınma ölçeğinin alt boyutlarının geçmişte terapi almaya göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 8. Young Şema Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte psikolojik nedenlerle ilaç kullanmaya göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 9. Young Telafi Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte psikolojik nedenlerle ilaç kullanmaya göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 10. Young Kaçınma Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte psikolojik nedenlerle ilaç kullanmaya göre karşılaştırılması.....	37

KISALTMALAR LİSTESİ

YŞÖ-KF 3 : Young Şema Ölçeği

YTÖ : Young Telafi Ölçeği

YR-KÖ : Young- Rygh Kaçınma Ölçeği



SEMBOLLER LİSTESİ

N : Örneklem

P : Anlamlılık Düzeyi

S.S : Standart Sapma

\bar{x} : Aritmetik Ortalama



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem durumu

Panik bozukluğu, bireylerin yaşam kalitesini düşüren, toplumda sık görülen bir bozukluktur (Alkın, 2002). Beklenilmeyen şekilde ortaya çıkan ataklarla birlikte süren bu bozukluk, kişide yeniden bu atakları yaşayacağına dair beklenti anksiyetesi oluşturmaktadır (Çiçek, 2012). DSM 5'te pek çok fiziksel semptomla beraber kişilerin ölüm korkusu, kontrol kaybı endişesi, gerçekdışılık (derealizasyon, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon, kendinden kopma duyumu) gibi bilişsel sıkıntılar da yaşadıkları bu bozukluğun nedenleri ise, genetik yatkınlık, biyolojik sebepler, dinamik modelin öne sürdüğü biçimde egonun bilinçdışı dürtü ve istekleri bastırmada yetersiz kalması, davranışçı modelin öne sürdüğü biçimde olumsuz pekiştireçler, bilişsel modelin öne sürdüğü biçimde ise bilişsel çarpıtmalar olarak görülmektedir.

Şema terapinin temelleri Jeffrey Young'ın kendi klinik çalışmalarına dayanmaktadır. Young, Rogerian terapi ile başladığı klinik çalışmalarına Bilişsel yaklaşımla devam etmiş ancak zamanla bu yaklaşımlara cevap vermeyen danışanların sayısının arttığını görmüştür. Bu danışanların ortak özelliklerini incelediğinde ise, yaşamlarında ortak temalar bulmuş ve bunları kaydederek ilk şema listesini oluşturmuştur (Young ve Klosko, 2011). Dolayısıyla şema terapi Young'ın bu sürecinden temel olarak bilişsel terapiyi, nesne ilişkileri kuramını, gestalt yaklaşımını kapsayan bütüncül ve yapılandırılmış bir terapi olarak ortaya çıkmıştır (Rafaeli vd., 2012).

Erken dönem uyum bozucu şemalar bireyin temel ihtiyaçlarının önemli ölçüde karşılanmadığı ya da eksik karşılandığı olumsuz deneyimler sonucunda oluşur. Bu ihtiyaçlar en görünür şekilde aile içinde ortaya çıkar ve çoğunlukla erken dönem uyum bozucu şemalar temelini ailedeki sorunlardan alır (Rafaeli vd., 2012). Yetişkinlik döneminde ise erken dönemde ailede yaşanan bu ve benzeri sorunlarla / travmatik durumlarla karşılaşıldığında şemalar tetiklenmekte ve benzer duygularla kişi karşı karşıya kalmaktadır. Erken çocukluk döneminden

gelen bu bilişsel kalıplar, duygular sürekli yıkıcı şekilde kendilerini tekrar ederek kişinin yaşamında çeşitli psikopatolojilere yol açabilmektedirler (Rafaeli vd, 2012).

Son yıllarda panik bozukluğuna hem medikal tedavi için yapılan yüklü harcamalar, hem de toplum ruh sağlığı açısından maddi ve manevi pek çok sonucu olması hastalığın anlaşılmasına ve tedavisine verilen önemi; dolayısıyla hakkında yapılan araştırmaları arttırmaktadır (Doğan, 2012). Öte yandan, tedavi çalışmalarına rağmen bozukluğun zaman zaman tekrarlaması farklı yaklaşımları kullanmayı gerektirmektedir (Rafaeli, Bernstein, ve Young, 2012). Araştırmalar incelendiğinde, panik bozukluğu hastalarında bulunan bilişsel çarpıtmalar ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Böke ve arkadaşları, 2015). Ancak panik bozukluğu ile erken dönem uyum bozucu şemaları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar oldukça az sayıdadır.

Bu çalışmada da panik bozukluğuna dair kapsamlı bir çerçeve oluşturulabilmesi, panik bozukluğu ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkinin gösterilmesi amacıyla, Young'ın Şema terapi modeli açısından inceleme yürütülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmaların yetersiz olması göz önünde bulundurularak bu çalışmanın gerekli olduğu ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir

1.2. Problem cümlesi

Panik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireyler arasında erken dönem uyum bozucu şema puanları açısından anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.Alt problemler

1. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerle karşılaştırma grubu arasında erken dönem uyum bozucu şemalar bakımından anlamlı fark var mıdır?
2. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerle karşılaştırma grubu arasında şema ile ilgili başa çıkma davranışlarından olan ve şemayı sürdüren kaçınma davranışları bakımından anlamlı fark var mıdır?
3. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerle karşılaştırma grubu arasında şema ile ilgili başa çıkma davranışlarının bir diğeri olan telafi davranışları bakımından anlamlı fark var mıdır?

4. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin erken dönem uyum bozucu şema puanları daha önce terapi almaya göre farklılaşmakta mıdır?
5. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin şema ile ilgili başa çıkma davranışlarından olan ve şemayı sürdüren kaçınma davranışı puanları terapi almaya göre farklılaşmakta mıdır?
6. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin şema ile ilgili başa çıkma davranışlarından olan ve şemayı sürdüren telafi davranışı puanları terapi almaya göre farklılaşmakta mıdır?
7. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin erken dönem uyum bozucu şema puanları daha önce ilaç kullanmaya göre farklılaşmakta mıdır?
8. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin şema ile ilgili başa çıkma davranışlarından olan ve şemayı sürdüren kaçınma davranışı puanları ilaç kullanmaya göre farklılaşmakta mıdır?
9. Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin şema ile ilgili başa çıkma davranışlarından olan ve şemayı sürdüren telafi davranışı puanları ilaç kullanmaya göre farklılaşmakta mıdır?

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, panik bozukluğunda bulunan erken dönem uyumsuz şemaların saptanması, incelenmesi, bu şemaların sürmesini sağlayan başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve panik bozukluğu tanısı almış bireylerin, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan bireylerle erken dönem uyumsuz şemaların varlığı ve aktive oluşları açısından karşılaştırılmasıdır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiğinde panik bozukluğu için yaygın olarak bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının kullanıldığı ancak tedavi çalışmalarının ardından panik bozukluğun nüksetmesi ya başka şekillerde ortaya çıkması farklı yaklaşımları kullanmayı gerektirmektedir (Rafaeli, Bernstein, ve Young, 2012). Bu farklı yaklaşımlardan biri olan şema terapinin öne sürdüğü teoriye göre ise erken dönem uyum bozucu şemalar ve bu şemalarla baş etmek için geliştirilen uygun olmayan yöntemler depresyon, panik bozukluk, maddeyi kötüye kullanım gibi patolojilere, yol açabilmektedirler (Rafaeli vd., 2012). Dolayısıyla bu çalışmada da panik bozukluğuna dair farklı ve kapsamlı bir çerçeve oluşturulabilmesi amacıyla, Young'ın Şema Modeli açısından inceleme yürütülmüştür başka şekillerde ortaya çıkması farklı yaklaşımları kullanmayı

gerektirdiği görülmüştür. Ayrıca literatürde panik bozukluğu ve erken dönem uyum bozucu şemaların birlikte incelendiği çalışma sayısı oldukça azdır, literatüre yeni bir çalışma sunmak da çalışmayı önemli kılmaktadır.

1.6. Araştırmanın Varsayımları

Araştırma varsayımları aşağıda belirtilmiştir.

1. Çalışmaya katılan kişilerin ölçeklerdeki soruları samimi ve dürüst bir şekilde cevapladıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan Young Şema Ölçeğinin katılımcıların şema puanlarını araştırmanın amacına ve yapısına uygun biçimde ölçtüğu kabul edilmektedir.
3. Araştırmada kullanılan Young Kaçınma Ölçeğinin katılımcıların kaçınma puanlarını araştırmanın amacına ve yapısına uygun biçimde ölçtüğu kabul edilmektedir.
4. Araştırmada kullanılan Young Telif Ölçeğinin katılımcıların telif puanlarını araştırmanın amacına ve yapısına uygun biçimde ölçtüğu kabul edilmektedir.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmayı sınırlı kılan ilk faktör örneklem büyüklüğüdür. Sınırlı sayıda katılımcıdan oluşan örneklem, araştırmadan elde edilen bulguların evrene genellenebilmesini güçleştirmiştir. Diğer bir kısıtlılık örneklem grubunun sadece devlet hastanesinde tedavi gören bireylerden oluşmasıdır. Hastane koşulları sebebiyle psikoterapi/muayene sıralarının düzenli şekilde alınamamasının psikoterapi etkinliğini etkilediği ve bu anlamda sorulan soruların da yanlı olabileceği düşünölmektedir. Terapi sorularına dair bulguların da bu çerçevede değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmanın diğer bir sınırlılığı veri toplama araçlarının kendini bildirimine dayanmasından kaynaklanmaktadır. Erken dönem uyum bozucu şemaların örtük yapılar olmalarından yola çıkılarak değerlendirmelerine dair bazı zorluklar olduğu düşünölmekte ve bu bağlamda verilen cevaplarda yanlılıklar olabileceği kanısı araştırmayı kısıtlamaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Panik Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Panik bozukluğu; beklenilmeyen bir şekilde ortaya çıkan, yoğun anksiyete, bilişsel ve bedensel belirtilerin eşlik ettiği, ataklarla süregelen bir kaygı bozukluğudur. “Panik atağı ise, bir korku kuşatmasıdır.” (Köroğlu, 2012). Panik ataklar sadece panik bozukluğunda görülmez ancak panik bozukluğundaki panik atakları diğer ataklardan ayıran özellik; bir anda ve kendiliğinden ortaya çıkmasıdır (Çiçek, 2012). Panik bozukluğu yaşayan bireyler bu panik ataklar sırasında yoğun korkuya kapılırlar ve sonraki atağın ne zaman ortaya çıkacağı konusunda kaygılanırlar ve durumu kontrol edemeyeceklerini ya da durumla mücadele edemeyecek kadar güçsüz olduklarını düşünürler (Köroğlu, 2012). Bunlarla birlikte kaygı duydukları konu ile ilgili olarak bedenlerinde uyuşma, ateş basması, titreme gibi bazı belirtiler yaşarlar (Sümer , 2016).

2.1.2. Tanı kriterleri

DSM 5 ‘e göre panik bozukluk kriterleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün ya da çoğunun ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur:
1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
 2. Terleme
 3. Titreme ya da sarsılma
 4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu
 5. Soluğun tıkanıdığı duyumu
 6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
 7. Bulantı ya da kusma
 8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu
 9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu
 10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)

11. Gerçekdışılık (derealizasyon, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon, kendinden kopma duyumu)
 12. Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu
 13. Ölüm korkusu
- B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay ya da daha uzun süreyle olur:
1. Başka panik atakların olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma
 2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri gösterme
- C. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.3. Klinik Görünüm

Panik atak belirtileri çoğunlukla 10 dakika içinde şiddetini arttırarak en yüksek düzeye ulaşmakta ve sonrasında genellikle yarım saat içinde yavaşça son bulmaktadır (Demet ve Çökmüş, 2017). Panik ataklar, beklenmedik şekilde, duruma bağlı ve durumsal eğilimli olmak üzere üç şekilde meydana gelebilmektedir (Türkçapar, 2016). Duruma bağlı panik ataklar neredeyse her zaman belirli durum ya da ortamlarda yaşanmakta iken durumsal eğilimli ataklar ise yine belirli durum ya da ortamlarda yaşanmakta ancak her zaman gerçekleşmemektedir (Türkçapar, 2016). Panik atak esnasında kişiler kontrolü kaybetme, aklını kaçırmaya endişesi gibi bilişsel belirtileri fiziksel belirtilerden çok daha şiddetli yaşamaktadırlar (Demet ve Çökmüş, 2017).

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik Yatkınlık

Panik bozukluğunun genetik bir bileşeni olduğunu kanıtlayan bazı çalışmalar bulunmaktadır (Hamilton ve ark., 2003). Aile ve ikiz çalışmaları, panik bozukluğun genetik yönünün yoğun olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalara göre panik bozukluğu olan bireylerin ailelerinde panik bozukluğu görülme oranı %20, sağlıklı bireylerin yakınlarında ise %2 oranındadır (Tamam, 2009).

2.1.4.2. Biyolojik Nedenler

Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında korteksin bazı alanları, bazalganglionlar, hipokampus, talamus ve amigdala gibi beyin yapılarının etkisi vardır (Şahin, 2011). Bunun yanı sıra noradrenerjik sistem panik bozukluğu yaşayan bireylerde daha aktif ve daha duyarlıdır. Bu tespit de hiperventilasyon sırasındaki vazokonstüksiyonu açıklar (Yüksel, 2002).

2.1.4.3. Dinamik Model

Freud'a göre anksiyete, ilk örneği 'doğum' olan travmatik yaşantılardır. Ve kişinin tehlike algısı bu travmatik yaşantıların tekrarlanacağına dair beklentisini ifade eder. Aynı zamanda savunma sistemlerini de başlatır. Egonun bilinçdışı istekleri ve dürtülerin bilince çıkma tehlikesi karşısında yetersiz kalması hali de anksiyete olarak kabul edilir (Yüksel, 2001). Öte yandan Freud Psikonevroz grubunda sıklıkla görülen Anksiyete nevrozunu, genel irritabilite, beklenti anksiyetesi, kardiyak spazmlar, terleme ve nefes almada güçlük yaşama gibi semptomlar ile tanımlamıştır (Zileli, 1981). Egonun yetersiz kalması noktasından hareket edilerek de anksiyete; Süperego anksiyetesi, kastrasyon anksiyetesi, ayrılık anksiyetesi ve id anksiyetesi olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır (Zileli, 1981). Süperego anksiyetesi kısaca, kişinin ahlaki değerlerinin dışında davrandığında hissettiği vicdani sıkıntı olarak tanımlanmaktadır. Kastrasyon (iğdiş edilme) anksiyetesi, kişinin bedeninin zarar göreceğine ya da bir şekilde yeteneklerinin azalacağına dair korkularla ilişkili görünmektedir. Ayrılık anksiyetesi, kişinin yaşamında önemli olarak gördüğü birinin kaybedileceği, ondan ayrılacağına dair endişelerdir. Son olarak id anksiyetesi ise, kişinin sıkı kontrol ve baskı altında tuttuğu dürtülerinin denetimini yitireceğine dair endişeli beklentisidir (Zileli, 1981).

Anksiyetenin kavramsallaştırılmasında ve anlaşılmasında önemli katkıları olan dinamik model temsilcilerinden Keren Horney ise, Freud'un yukarıda değinilen anksiyetenin içgüdüsel olduğuna dair tezini reddeder (Geçtan, 2003). O'na göre anksiyete, içgüdüsel dürtülere karşı duyulan endişeden değil, baskı altına alınan dürtülerin ortaya çıkmasına dair endişe ve korkulardan dolayı ortaya çıkar. Bununla birlikte, Freud'un belirttiği gibi çocukluk çağı travmatik yaşantıların tekrarlanacağına dair beklenti önemlidir ancak anksiyete tamamen bu travmatik yaşantılara karşı geliştirilen bir tepki değildir (Geçtan, 1995).

2.1.4.4. Davranışçı Model

Davranışçı kurama göre, anksiyete ve devamında gelen panik bozukluğu öğrenilmiş durumlardır. Bireyler kendilerini rahatsız eden, anksiyete uyaranları, şeylerden uzak durarak anksiyeteden kaçmaya çalışırlar. Olumsuz pekiştireç denilen pekiştirme yolu ile bu kaçma kaçınma davranışları pekişir ve panik bozukluğu ortaya çıkmış olur. Aynı zamanda yapılan bazı araştırmalara göre anksiyete bozukluklarının model alma yolu ile de öğrenilebileceği ortaya konmuştur (Atalay ve Bayraktar, 1995).

2.1.4.5. Bilişsel Model

Bilişsel model anormal anksiyeteyi çarpıtılmış düşünceler /bilişsel çarpıtmalar/bilişsel yanlışlıklar ile açıklar (Burns, 2016). Bilişsel çarpıtmalar, kişinin dış uyaranları olduklarından ve mevcut anlamlarından farklı ve olumsuz biçimde algılamasına, bu algılamaya uygun şekilde davranmasına neden olur. Yoğun anksiyete ve ardından gelen davranış kalıpları da bu çarpıtmaların sonuçlarındandır. Bu bilişsel çarpıtmaların eşlik ettiği Panik atak ise, beklenmedik şekilde aniden başlayan ve zamanla şiddetlenen, kişide dehşet hissi uyandıran yoğun nöbetlerdir (Türkçapar, 2016). Panik bozukluk da pek çok defa panik atak geçirmekle birlikte tekrar bir atağın yaşanacağına dair oluşan beklenti ile gelişir. Bilişsel modele göre, içsel ya da bedensel gelen duyuların kişi tarafından yanlış yorumlanması sonucu ortaya çıkar. Kişiler ataklar sırasında yaşadıkları semptomları tehlikeli hatta ölümcül olarak nitelendirip yanlış yorumlarlar. Ve zamanla bu kişilerde anksiyete yaşamaya karşı da bir korku oluşur (anksiyete duyarlılığı). Bedenlerine odaklanırlar ve buldukları her belirti onlarda tekrar panik atak yaşayacağına dair endişe oluşturur. Öte yandan değişen çevresel koşullara göre de, bilişlerini değiştirebilme yetilerinin düştüğü de görülmektedir, Ataklar sırasında yoğun olarak bir çarpıtılmış düşünce işlemektedir: “Felaket oluyor ve ölüyorum!” (Türkçapar, 2016).

2.1.5. Epidemiyoloji

Panik bozukluk genel nüfusta oldukça yaygın rastlanan bir psikiyatrik bozukluktur (Deniz, 2014). Yapılan bir araştırmaya göre genel popülasyonda beklenmedik anda panik atakların hayat boyu olma yüzdesi %4 ile %12 arasındadır. Panik bozukluğunun ise yaşam boyu yaygınlığı %1.5- 3, arasında olarak bildirilmektedir (Eaton ve ark. 1994). Yapılan diğer bir araştırmada kadınlarda panik bozukluğunun erkeklere oranla daha fazla görüldüğü, 15-24 yaş

arası kadınlarda panik bozukluğunun görülme yüzdesi %2.5, aynı yaş aralığındaki erkeklerde %1.3 olarak bildirilmektedir (Özby, 2009). Saygılı ve Karamustafalıoğlu (2010) yaptıkları araştırmaya göre ise panik bozukluğu tanısı almış hastaların %72.7 'si kadın ve %58.4'ü evlidir. Alcan (2004) panik bozukluğun genellikle 30 yaşlarda başladığını ve ortalama başlangıç yaşının 25 olduğunu bildirmiştir. Çocukluk dönemi ve 45 yaş sonrasında başlaması ise daha seyrek görülmetedir (KC, Burke; JD Burke, 1990). Ergil (2006) Agorafobili panik bozukluğunun yirmili yaşlarında başında başladığını, agorafobisiz panik bozukluğunun ise genelde yirmili yaşların sonlarına doğru ortaya çıktığını bildirmektedir.

Arslan (2002)'ın yaptığı araştırmada, panik bozukluğu tanısı almış kadınlarda ailelerinin %51.6'sında; erkeklerde %71.9'sunda 1. derece akrabalarında eksen I psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmuştur. Samancı ve ark. (1998) ise yaptıkları çalışmada Panik Bozukluk tanısı alan hastaların özgeçmişine bakarak kadınların %38.1'inde, erkeklerin %18.2'sinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bildirmişlerdir.

Arslan (2002) tarafından çalışmada kadınlarda %25.8'inde fiziksel travma, %32.2'sinde ruhsal travma, %19.3'ünde cinsel travma bildirilmiş; erkeklerde ise %31.25'inde fiziksel travma, %25'inde ruhsal travma, %31.25'inde ihmal ve bakım yetersizliği, %6.25'inde cinsel travma bildirilmiştir. Deniz (2014) yaptığı çalışmada ise, panik bozukluk tanısı almış hastalarda %66.7 fiziksel ihmal, %61.3 duygusal ihmal, %46.7 fiziksel kötüye kullanım, %10.7 ensest, %22.7 cinsel kötüye kullanım saptamıştır. Aynı çalışmada panik bozukluk tanılı hastalarının %40'ının ailesinde ruhsal hastalık öyküsü saptanmıştır.

Varol (1990) lise son sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada ebeveynleri ilgisiz tutuma sahip olan öğrencilerin kaygı düzeylerinin diğer tutuma sahip ebeveynleri olan öğrencilerin kaygı düzeylerine oranla daha yüksek olduğunu, demokratik tutuma sahip ebeveynleri olan öğrencilerin kaygı düzeylerinin ilgisiz ve otoriter tutuma sahip aileleri olanların kaygı düzeyine oranla daha düşük bulunmuştur.

2.1.6. Komorbidite

Panik bozukluğunun diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte sık görüldüğü bilinmektedir (Konkan, Yalçınkaya, Erkıran, ve Erkmen, 2003). Yapılan çalışmalarda panik bozukluğu tanısı almış kişilerin %90'inde diğer anksiyete ve duygudurum bozukluklarının bulunduğu görülmüştür

(Klaus ve Fristad, 2008). Diğer bir çalışmada panik bozukluğu tanısı alan hastaların %91'i ve agorafobi eşlik edenlerin %84'ünde en az bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği görülmüştür (Altıntaş, Uğuz, ve Levent, 2015). Panik bozukluğuna en sık eşlik eden bozukluklar ise diğer anksiyete bozuklukları, depresyon ve somatizasyon şeklinde olmaktadır (Özen vd., 2010).

Panik bozukluk ve anksiyete bozukluklarının birlikte görülme oranlarını bazı çalışmalar; sosyal anksiyete için %10-40, obsesif kompulsif bozukluk için %8-28, özgül fobi için %16-33 oranında bildirmiştir (Ark ve Onur, 2004).

Konkan ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada 159 hastanın 108'inde agorafobi bulunmuştur. Aynı çalışmada panik bozukluğu tanısı alan hastalarda depresyon komorbiditesi %24.5 oranında bulunmuştur.

Kişilik bozukluklarının panik bozukluğuna eşlik etmesi üzerine yapılan bir çalışmada ise, panik bozukluğu hastalarında en sık (19.4) Histrionik kişilik bozukluğu saptanmıştır (Yaluğ, Kocabaşoğlu, Aydoğan, ve Gürel, 2003). Delice ve ark (2015) panik bozukluk hastaları ile yaptıkları çalışmada kadınlarda en sık kaçınan kişilik bozukluğu (%48.4), erkeklerde ise en sık %25'lik bir oranla kaçınan kişilik bozukluğu ve Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu bildirmişlerdir.

2.1.7. Tedavi

Panik bozukluk, Psikoterapi ve ilaç kullanımı ile sağaltımı mümkün olan bir bozukluktur. Bozukluk üzerine yapılan araştırmalar panik atakların biyolojik bir temeli olduğunu göstermekte ve dolayısıyla ilaç tedavisi ile bozukluğun oluşmasında etkili olan fizyopatolojik süreçleri düzeltmek hedeflenmektedir (Alkın, 2002). Ve bu yöntemin etkililiği de birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Tedaviye seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile (SSRI) düşük dozda başlanmakta ve dozu yavaş bir şekilde artırılarak kullanılmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bu gruptaki ilaçlar daha az yan etkiye sahip olması sebebiyle panik bozukluğunun ilaçla tedavisinde genelde ilk sırada tercih edilmektedir. (Tamam, 2009). Eğer, tedaviye yanıt alınamazsa mevcut dozun artırılması, kanıta dayalı diğer tıbbi tedavi yöntemleri ile kombinasyon seçenekleri kullanılmaktadır. Öte yandan, yapılan diğer çalışmalarda bazı hastaların ilaç kullanımında bozukluğa dair belirtilerin tekrar ettiği gözlemlenmiştir (Başaran ve Sütçü, 2016). Bu bağlamda psikoterapi ve ilaç tedavisinin bir arada kullanılmasının daha etkili

sonuçlar verdiği bilinmektedir. Beck'in önceleri depresyon tedavisi amacıyla kullanmak üzere geliştirdiği Bilişsel terapi daha sonra davranışçı tekniklerin de eklenmesiyle Panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarının tedavisi için de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Diler, Tamam, ve Özpoyraz, 1998). Bu psikoterapi yaklaşımında, öncelikle değerlendirme yapılmakta ve hastanın panik ataklar sonucunda kortuğu sonuçlar, sürdürücü etkenlerden güvenlik sağlayıcı davranışlar, kaçma kaçınma davranışları saptanmaktadır (Türkçapar, 2016). Ardından ilk seanslarda panik bozukluğunun tanımı ve bilişsel terapinin sunumu hastaya yapılmaktadır (Beck, 2015). Bilişsel yeniden yapılandırma sürecindeki amaç ise, hastanın düşünme şeklini ve çarpıtılmış düşüncelerini farkına varmasına yardım ederek düşünme sistemini yeniden yapılandırmaktır (Beck, 2015). Bu süreçte öncelikle çarpıtılmış düşüncelerin hastanın kendisinin gözlemleyebilmesi için otomatik düşünce kaydı tutturulmakta ve kayıt altına alınan bu düşünceler hasta ile birlikte seansa ele alınmaktadır. Ve çeşitli tekniklerle çarpıtılmış düşünceler yeniden gerçekçi bir zemine yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Son olarak davranışçı tekniklerle de (maruz bırakma, -miş gibi yapma vb) davranış içeriği biçimlendirilmekte ve hastanın kaçma- kaçınma- güvenlik sağlayıcı davranışları (sürekli yanında ilaç ya da su bulundurma, kapalı ortamlarda çıkışa yakın yere oturma gibi) ortadan kaldırılmaktadır (Türkçapar, 2016).

2.1.8. Panik Bozukluğu İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Panik bozukluğu ile ilgili günümüze kadar pek çok çalışma yapılmıştır. Yakın zamanda Özsoy ve Kuloğlu (2017) tarafından yapılan çalışmada Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk hastalarının üst bilişsel işlevleri değerlendirilmiştir. Çalışmada Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluğu hastalarının Üst biliş ölçeği toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte, Major Depresif Bozukluk hastalarında; olumlu inanç ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutları, Panik Bozukluğu hastalarında ise; kontrol edilmezlik ve tehlike ile bilişsel farkındalık alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Böke ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan araştırmada ise, Panik Bozukluk grubunun üst biliş ölçeği toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Alt boyutlarda da kontrol edilemezlik ve tehlike ile düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek puanları kontrol grubuna oranla anlamlı olarak yüksek bulunduğu görülmüştür. Panik Bozukluğunun şiddeti ile üst biliş ölçeği alt boyutlarına bakıldığında ise,

Panik Agorafobi ölçeği toplam puanları ile salt Üst Bilişsel Ölçeği alt boyutlarından kontrol edilemezlik ve tehlike arasında anlamlı hafif derecede pozitif ilişki bulunmuştur.

Özdemir ve arkadaşları (2016) tarafından bağlanma ve panik bozukluğu üzerine yapılan araştırmada Major depresyon grubu ile panik bozukluğu grubunun bağlanma boyutları incelenmiştir. Araştırma sonucunda, bağlanmada kaygı düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır. Bağlanmada kaçınma boyutu açısından ise, kontrol grubunda diğer gruplarına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görölmüştür. Major depresyon ve panik bozukluk grupları arasında kaçınma boyutu açısından anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır. Aynı çalışmada çocuklukta görölen ilgi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunamazken, panik bozukluk grubunda bulunan hastaların Major depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarında bulunan hastalardan farklı olarak kendilerini daha az oranda aşırı ilgi ile yetiştirilmiş olarak algıladıkları görölmüştür. Çocukluk döneminde anneden ayrı kalıp kalmama durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında da gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Yine çocukluk döneminde hastalık geçirenlerde panik bozukluk; anneden ayrı kalanlarda ise depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görölmüştür. Bağlanma ve panik bozukluk üzerine yapılan diğer bir araştırmada ise depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk gruplarındaki hastalar, kontrol gruplarındaki katılımcılara göre daha yüksek düzeyde bağlanma kaygısı bildirmişlerdir (Sümer ve ark, 2009). Kaldırmacı (2014) ise 30 panik bozukluk, 15 ağrı bozukluk tanısı konulmuş hastayla yaptığı çalışmada panik bozukluk grubunun %40'nın güvenli bağlanmaya, %30'nun kaçınan bağlanmaya, %30'nun da kaygılı-ikircikli bağlanmaya sahip olduğunu bildirmiştir.

Kişilik bozuklukları ve panik bozukluğu üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde panik bozukluğu hasta gruplarında bazı kişilik bozukluklarının varolduğu görölmüştür. Yaluğ ve arkadaşları (2003) araştırmalarında panik bozukluğu olan hasta grubunda en sık (%19.4) histrionik kişilik bozukluğu olduğunu saptamışlardır. Aynı hasta grubunda (31 kişi) beş kişinin borderline kişilik bozukluğuna, bir kişinin antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olduğu görölmüştür. narsistik kişilik bozukluğuna ise rastanılmamıştır (Yaluğ ve ark, 2003).

panik bozukluk tanısı alan hastaların mizaç ve karakter özelliklerini inceleyen çalışmaların çoğunluğunda, mizaç alt boyutundan zarardan kaçınma boyutu panik bozukluk gruplarında diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (Kaldırmacı, 2014). İzci (2011)

tarafından yapılan çalışmada mizaç ve karakter envanter mizaç alt boyutu olan yenilik arayışı skorlarında panik bozukluk tanılı hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamazken; Kaldırımcı (2014)' nın yaptığı çalışmada yenilik arayışı alt ölçeği ortalama puanları Panik bozukluk tanılı hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düşük bulunmuştur.

Panik bozukluk hastalarında özkıyın düşüncelerinin varlığını araştıran çalışmada, 85 hastanın 14'ünde (%16.5) agorafobi ile panik bozukluk birlikte görülmüş ve bu hastalarda depresif belirtiler ve bununla birlikte gelen özkıyım düşünceleri agorafobisi olmayanlara (%14.1) göre daha yüksek bulunmuştur (Ateşçi ve ark., 2003). Atay ve arkadaşlarının (2012) Isparta ilinde 600 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada ise, bireylerin %1.7'sinde agorafobili panik bozukluk olduğu ve bu hastaların da %80'nin "hayat yaşanmaya değmez", "keşke ölsem" düşüncelerine sahip olduğu saptanmıştır. Yine bu hastaların %50'sinde de hayatına son verme düşüncesinin hakim olduğu görülmüştür. Bakım ve arkadaşları (2011) tarafından 81 panik bozukluk tanısı almış hastalar üzerinde yapılan çalışmada ise, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranış sıklığı %19.8 olarak bulunmuştur.

Özkan ve arkadaşları (2005) tarafından panik bozukluk ve travmatik yaşam olayları üzerine yapılan çalışmada, 115 hastanın %3'ünde 16 yaş öncesi dönemde bir yakını tarafından cinsel ilişkiye zorlanma, %7'sinde yakın olmayan kişi tarafından cinsel ilişkiye zorlanma olayı yaşandığı görülmüştür. Bakım ve arkadaşları (2011) ise 81 panik bozukluk tanısı olan hastada çocukluk çağı cinsel istismar sıklığını %9.9 olarak bildirmişlerdir. Lochner ve arkadaşları (2010) da çocukluk çağı duygusal istismarın yaygın anksiyete ve panik bozukluk geliştirilmesinde öncülük ettiğini bildirmişlerdir (Lochner ,2010). Panik bozukluk ve çocukluk çağı duygusal ihmla ve istismarın ilişkili olabileceğini Sebre ve arkadaşları da çalışmalarında bildirmişlerdir (Sebre, 2004).

2.2. Şema Terapi Modeli Ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

2.2.1. Şema Terapi Modeli

Şema terapinin temelleri Jeffrey Young'ın kendi klinik çalışmalarına dayanmaktadır. Young, Rogerian terapi ile başladığı klinik çalışmalarına Bilişsel yaklaşımla devam etmiş ancak zamanla bu yaklaşımlara cevap vermeyen danışanların sayısının arttığını görmüştür. Bu danışanların ortak özelliklerini incelediğinde ise, yaşamlarında ortak temalar bulmuş ve bunları kaydederek ilk şema listesini oluşturmuştur (Young ve Klosko, 2011). Dolayısıyla şema terapi

Young'ın bu sürecinden temel olarak bilişsel terapiyi, nesne ilişkileri kuramını, gestalt yaklaşımını kapsayan bütüncül ve yapılandırılmış bir terapi olarak ortaya çıkmıştır (Rafaeli vd., 2012).

Şema terapi, yaşanan problemlerin temelinde bulunan zihindeki düşünce kalıpları ile ilgilenir (Karaosmanoğlu, 2016). Ancak bu düşünce kalıpları ile ilgilenirken BDT yaklaşımından farklı olarak sadece semptomların devam etmesine sebep olan etkenlere değil; bu semptomların etiyojisine de odaklanır (Rafaeli vd., 2012). Yine BDT yaklaşımından farklı olarak şema terapi terapist ve danışan arasındaki ilişkiye, çocukluk dönemindeki anılara, temel duygusal ihtiyaçlara odaklanır ve bunlara uygun olarak ilişkisel, bilişsel, davranışsal ve duygu odaklı teknikler kullanır (Rafaeli vd., 2012).

Terapi süresi boyunca değişime dirençli düşünce kalıpları şeklinde ifade edilen erken dönem uyum bozucu şemalar belirlenir ve kişilerin bu şemaların, etkinleştiği/tetiklendiği zamanların ve durumların, şema modlarının farkına varması sağlandıktan sonra çeşitli teknikler ile şemaları ve başa çıkma becerilerini yeniden düzenlenmeleri sağlanır. Ve böylelikle işlevsel olmayan yaşam örüntülerini değiştirme ve kişilerin ihtiyaçlarını terapi ortamı dışında uyumlu şekilde karşılamalarına yardımcı olunur (Farreli ve Neele, 2015).

2.2.2. Şemaların özellikleri

Şemalar, erken çocukluk döneminden itibaren karşılanmamış ihtiyaçlardan doğan ve kişinin yaşamı boyunca sürekli tekrar eden, kendilerini koruyup devam ettiren bilişsel kalıplardır (Young, 2011). Erken çocukluk döneminde sorunları çözmek için rehber görevi gören şemalar temelde bilişsel istikrarın sürdürülmesine yardımcı olmaktadır ancak bazı zedeleyici / uyum bozucu şemalar bu işlevin dışına çıkmaktadır (Rafaeli vd., 2012).

Yukarıda da belirtildiği gibi erken dönem uyum bozucu şemalar bireyin temel ihtiyaçlarının önemli ölçüde karşılanmadığı ya da eksik karşılandığı olumsuz deneyimler sonucunda oluşur. Ve bu ihtiyaçlar en görünür şekilde aile içinde ortaya çıkar ve çoğunlukla erken dönem uyum bozucu şemalar temelini ailedeki sorunlardan alır (Rafaeli vd., 2012). Yetişkinlik döneminde ise erken dönemde ailede yaşanan bu ve benzeri sorunlarla / travmatik durumlarla karşılaşıldığında şemalar tetiklenmekte ve benzer duygularla kişi karşı karşıya

kalmaktadır. Erken çocukluk döneminden gelen bu bilişsel kalıplar, duygular sürekli yıkıcı şekilde kendilerini tekrar eder.

Bazı şemalar, ayrılma ve reddedilme alanında olanlar gibi, diğerlerine göre daha temeldir. (Özellikle temel güvenlik ihtiyacına bağlı olarak ortaya çıkan şemalar.) Bu şemalar, güvenlik, istikrar, empati, bakım, kabul ve saygı görmekle ilgili temel ihtiyaçların karşılanmaması ya da yetersiz karşılanması durumunda kendilerini gösterirler. Erken çocukluk dönemlerinde aile ilişkileri kopuk, uzun süreli ayrılıkların ya da terklerin yaşandığı, soğuk ya da tacizkar ebeveynlerin bulunduğu, güvensiz ortamlar bu şemaların gelişmesi için zemin hazırlamaktadır (Young ve Klosko, 2011).

Sonuç itibari ile, uyum bozucu şemaların genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir: erken dönem çocukluk döneminde oluşmuşlardır, yaşam boyu devam ederler, kendilerini sürekli tekrar ederler ve değişime karşı oldukça dirençlidirler.

2.2.3. Şemaların Kökenleri

Erken dönem uyum bozucu şemalar kişilerin çocukluk dönemlerinde, temel ihtiyaçlarının (güvenlik, diğerleri ile bağlanma, özerklik, gerçekçi sınırlar) büyük oranda karşılanmadığı, örseleyici tecrübeler sonucunda ortaya çıkar (Young ve Klosko, 2011).

Çocukluk ya da ergenlik dönemlerinde gelişen bu şemalar, çocuğun yaşadığı aile ortamına ve çevresine uyumunu sağlayabilmesi için işlevseldirler ancak her insanda bulunan ve çocukluk döneminde işe yarayan bu şemalar, katı ve değişime oldukça dirençli oldukları için hayatın ilerleyen süreçlerinde uyum bozucu hale gelebilmekte ve bazı Eksen I ve Eksen II bozukluklarının temelini oluşturabilmektedirler (Young ve ark. 2003).

2.2.4. Şema Alanları Ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

Şema terapi modeline göre on sekiz erken dönem uyum bozucu şema ve karşılanmamış ihtiyaçlarla ilişkili olan beş şema alanı bulunmaktadır (Young ve Klosko, 2011). Bu alanlardan ilki *ayrılma ve reddedilme alanıdır*. Bu alan, erken çocukluk döneminde temel olan güvenlik, bakım, empati, koşulsuz kabul gibi ihtiyaçların karşılanmaması sonucu ortaya çıkan şemaları içerir (Young ve Klosko, 2011). Bu şema alanında çoğunlukla erken dönem çocukluk yıllarında sağlıklı aile içi ilişkiler mevcuttur. Alandaki şemalardan ilki olan **terk edilme /istikrarsızlık**,

yaşamdaki diğer önemli kişiler ile olan ilişkilerin sürekli olmayacağına kaygıyı içerir. Bu şemaya sahip olan kişilerin yaşamına bakıldığında genellikle bakım verenlerin tutarsız tavırları, terk, ölüm, uzun süreli ayrılıklar aşırı korunma gibi durumlar bulunur. Dolayısıyla terk edilme şemasına sahip kişiler diğer insanlara daha sıkı bağlanırlar ve yalnız kalmayı tolere edemezler bu nedenle yaşamlarındaki önemli kişileri kaybetmeye karşı hassastırlar (Young ve Klosko, 2011). Özellikle romantik romantik ilişkilerde tutarlılık ve sakinlik neredeyse yoktur. İlişkideki en ufak bozulmalar bile bu kişiler tarafından felaket olarak algılanabilmektedir (Young ve Klosko, 2011). Kopukluk ve reddedilme alanında bulunan ikinci şema ise **Güvensizlik ve Kötüye kullanılmadır**. Şemanın kökenlerinde erken çocukluk döneminde aile içinde çocuğun fiziksel/cinsel tacize uğraması, fizyolojik/psikolojik zarar görmesi, sürekli cezalandırılmaya maruz kalması, aile içindeki insanların güvenilmez oluşu gibi durumlar bulunmaktadır. Bu şemaya sahip kişiler diğerlerinin her an kendisine zarar verebileceğine, aldatılacağına dair bir inanç taşırlar. Bu alandaki üçüncü şema ise **Duygusal yoksunluk** şemasıdır. Bu şemanın kökenlerine bakıldığında çoğunlukla, soğuk ve sevgi göstermeyen anneler, çocuğunu yatıştırmayı beceremeyen anneler ya da bakım verenler bulunmaktadır. Yani şemanın kökenleri çocuk için başlıca görevi duygusal olarak onu beslemekten sorumlu olan kişide, ilk ilişkide yatar. (Young ve Klosko, 2011). Ve bu şemanın oluşmasında üç yoksunluk türü bulunmaktadır: 1- bakım yoksunluğu; çocuğa karşı dikkat, sevgi, arkadaşlık bulunmaması. 2- empati yoksunluğu; çocuğa karşı anlayış, dinleme, duygu paylaşmanın olmaması. 3- korunma yoksunluğu; yönlendirme ve rehberliğin olmaması (Rafaeli vd., 2012). Bu şemaya sahip kişiler bazı şeylerin eksik olduğuna, hiçbir zaman tam olarak sevilmeyeceğine, her zaman yalnız kalacağına dair bir inanç taşırlar. İnsanlar ne kadar sevgi ve ilgi verirlerse versinler bunun yetmeyeceğini düşünürler (Young ve Klosko, 2011). Bu alandaki dördüncü şema ise **Kusurluluk/utanç** şemasıdır. Kusurluluk şemasının kökenleri incelendiğinde çoğunlukla, erken çocukluk döneminde aşırı eleştirel/küçümseyici/ cezalandırıcı /suçlayıcı ve reddedici ebeveynler görülmektedir. Bu şemaya sahip kişiler kendilerini kusurlu, istenmeyen, işe yaramaz, değersiz kişiler olarak görmektedirler (Rafaeli vd, 2012). Bu şemada en çok hissedilen duygu ise utançtır (Young ve Klosko, 2011). Alandaki son şema ise **Sosyal izolasyon/yabancılaşmadır**. Yoğun olarak yalnızlık duygusunun hissedildiği sosyal izolasyon şemasının kökeninde erken çocukluk döneminde diğerlerinden farklı olduğunu hissetmesi, reddedilmesi, bir yere/gruba ait hissetmemesi görülmektedir. Bu şemaya sahip bireylerin en çok hissettiği duygu kopukluk, yalnızlıktır, genellikle diğer kişilerin kendileri hakkındaki düşünceleri

ile çok ilgilenirler ve istenmeyen biri olduklarına dair kuvvetli inançları vardır (Young ve Klosko, 2011). İkinci şema alanı özerklikle ilişkili olan *zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma* alanıdır. Bu alan, kişinin evden ayrılabilme, ebeveyninden bağımsızlaşabilme ve birey olarak var olabilme ihtiyaçlarının ihlal edilmesini kapsar (Rafaeli vd., 2012). Bu alanda bulunan şemalar çoğunlukla aşırı korumacı, iç içe geçmiş aile ortamlarında ortaya çıkmaktadır. Alanda bulunan **Bağımlılık /yetersizlik** şemasının kökenlerine bakıldığında ya aşırı korumacı ya da çocuğu yeterince korumayan ebeveynler bulunmaktadır. Aşırı korumacı ebeveynler çocuklarını kendilerine bağımlı kılarlar ve özerkliklerini engellerler. Çocuklarına karşı yeterince korumacı olmayan ebeveynlerde ise çocuk tamamen tek başına bırakılır ve bu çocuklar yetişkin hayatlarında da bağımlılık ihtiyacı hissederler (Young ve Klosko, 2011).

Zarar görme ya da hastalıklara karşı dayanıksızlık şeması ise kişide beklenmedik bir anda felakete karşılaşacağına ve bununla mücadele edemeyeceğine dair bir his uyandırır. Ve bu şemaya sahip kişiler çoğunlukla tehlike altında hissederler ve panik ataklar geçirebilirler. Şemanın kökenlerine bakıldığında ise, aşırı korumacı ya da tam aksi kişileri koruyamayan aileler, çocuklukta travmatik olaylar görülür (Young ve Klosko, 2011). **Başarısızlık** şeması kişide kontrol edemeyeceği şekilde her zaman başarısız olacağına düşündürür ve temelinde muhtemelen şunlar bulunur: sürekli olumsuz şekilde eleştiren ebeveyn, çok yüksek standartlı ebeveyn, olumsuz şekilde sürekli diğerleri ile kıyaslanma (Young ve Klosko, 2011). Diğer şema alanı *zedelenmiş sınırlardır*. Bu alandaki şemalar diğerlerinin sınırlarına, ve haklarına saygı göstermekle ilgili şemaları içerir (Young ve Klosko, 2011). **Haklılık** şeması, kişinin diğerlerinden daha üstün olduğu ve bu sebeple herkes için olan kurallara uymak zorunda olmadığı dolayısıyla ayrıcalığa sahip olduğuna dair inancı kapsar (Young ve Klosko, 2011). Bu şemanın temelinde çocukları üzerinde yeterli denetimi sağlayamaya ebeveynler, çocuklarını kendilerine bağımlı hale getiren ebeveynler bulunur (Young ve Klosko, 2011). **Yetersiz öz denetim / Öz disiplin** şeması ise kişinin dürtülerini fazlaca ortaya koyması ve dizginlemek için çaba göstermeyi istememesini içerir (Rafaeli vd, 2012). *Diğerleri yönelimlilik* alanı ise kişinin kendine dönük olma ihtiyacının karşılanmaması ya da yeterince karşılanmaması durumunda ortaya çıkan boyun eğcilik, kendini feda ve onay arayıcılık şemalarını içerir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012). **Boyun eğicilik** şeması kişiye başkası tarafından kontrol edildiğini düşündüren, ihtiyaçlarını ya da duygularının bastırmasına sebep olan bir şemadır. Kişi bu şemada kendi istek, duygu ve düşüncelerinin önemli olmadığına inanır (Rafaeli vd, 2012). **Kendini feda** şemasında

da kişiler diğerlerinin mutluluğundan ya da iyiliğinden kendilerini sorumlu tutarlar ve bu şema diğerlerine zarar vermekten yoğun kaçınma çabasını içerir (Rafaeli vd , 2012). Diğer yönelimlilik alanındaki son şema olan **onay arayıcılıkta** ise diğerlerinin onay ve kabulünü almak için gödterilen yoğun çabayı içerir. Bu şemaya sahip kişilerin özgüvenleri azdır ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar (Rafaeli vd, 2012). Son alan *aşırı tetikte olma bastırılmışlıkta* karamsarlık, duyuruların bastırılması, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şemaları bulunur. Kökeninde sevgisini koşula bağlayan,yüksek beklentilere sahip olan **yüksek standartlar** şemasına kişiler kendilerini hemen her zaman baskı altında hissederler ve ilerlemek için oldukça fazla çaba gösterirler. Mükemmeliyetçiliğe dair bir inacı içeren bu şema kişiyi süresiz huzursuzluk ve öfke hissettirebilir (Young ve Klosko, 2011). **Karamsarlık** şemasında da kişiler olay ve durumların sürekli olumsuz tarafına odaklanır ve muhtemel sonuçları felaketeleştirirler (Rafaeli vd, 2012). Kökeninde aşırı eleştiren ve suçlayıcı ebveniler bulunan **cezalandırıcılık** şeması ise kişide her yaptığı hata için cezalandırılması gerektiği yönünde bir inanç oluşturur (Rafaeli vd, 2012). Kendilerinin cezalandırılması gerektiğini düşünün bu kişiler diğerlerinin hatalarına karşı da tolerasnlı olamazlar (Rafaeli vd, 2012). **Duyuların bastırılması** şemasının kökeninde ise duyguların ifade edilmesinin ayıp sayıldığı ya da bir şekilde duyguların ifade edilmesinin uygun görülmediği aileler bulunur (Young ve Klosko, 2011). Bu şemada duygu ve dürtüleri kontrolü kaybetme korkusu ile yoğun biçimde bastırma, bununla birlikte akli duygulardan önde tutulması gerektiğine dair inanç vardır (Rafaeli vd, 2012).

2.2.5. Uyumsuz Başa Çıkma Biçimleri

Her birey işlevsel olmayan şemaları ile farklı biçimlerde ve çoğunlukla şemaların tetiklenmesine sebep olan şekillerde başa çıkmaya çalışır (Young ve Klosko, 2011). Ve erken dönem uyumsuz şemaları sürdürmeye yarayan bazı baş etme biçimleri kişinin bu uyumsuz şemaların içinde hapsolmasına neden olur (Anlı ve Can, 2017). Şema teslimi, şema kaçınması ve şema aşırı telafisi olmak üzere üç temel başa çıkma biçimi vardır (Rafaeli vd., 2012). Şema teslimi, bireylerin şemalarının söylediklerine boyun eğmesi, şemaların kurallarına uyuyor olmasıdır (Jacob, Genderen, ve Seebauer, 2014). Şema kaçınması, bireylerin şemaları hissetmemek adına tetikleyici kişi ya da durumlardan kaçınmalarıdır (Rafaeli vd, 2012). Şema aşırı telafisi, şemaların tam aksi yönünde davranmak anlamına gelir, bu başa çıkma biçiminde bireyler şemanın tersini ortaya koyacak şekilde duygu, düşünce ve davranışlarda bulunurlar

(Jacob, Genderen, ve Seebauer, 2014). Bununla birlikte, erken dönem uyumsuz şemalar anıları, duyguları ve beden duyularını içerirken; bu şemalarla baş etme biçimleri davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkileri içerir ve bunlar da şemaların bir parçasıdır. Erken çocukluk döneminde işlevsel olan bu başa çıkma biçimleri yetişkin yaşamda sağlıklı duruma gelmektedir ve kişinin işlevselliğini bozmaktadır. Ancak, bu uyumsuz başa çıkma biçimleri ömür boyu devam etmek durumunda değildir (Anlı ve Can, 2017). Şema terapi çerçevesinde kullanılan teknik ve yöntemlerle uyumsuz başa çıkma biçimleri değiştirilerek bireye yeniden işlevsellik kazandırılmaktadır.

2.2.6. Şema Modları

Her birey zaman zaman kendisini farklı, değişken ruh halleri içerisinde bulmaktadır. Şema terapi kuramına göre ise bu ruh halleri bireylerin erken dönem uyum bozucu şemalarının tetiklendiği zamanlarda kendini gösteren anlık, geçici durumlardır. Aynı zamanda “içsel yanlar” olarak da tanımlanan modlar bireylerin çevresini, olayları ve durumları algılama ve bunlara tepki verme biçimlerine yön vermektedir. Her birey günlük yaşamda pek çok mod içinde olabilir ancak sağlıklı bireyleri kişilik bozukluğu ya da psikopatolojiye sahip bireylerden ayıran, bu modlar arasında aşamalı geçisi sağlamak, denge kurabilmektir (Rafaeli vd., 2012). Temelde modlar, çocuk modları, uyum bozucu başa çıkma modları, işlevsel olmayan içselleştirilmiş ebeveyn modları ve sağlıklı yetişkin mod olmak üzere dörde ayrılmaktadır. Bireylerin kendilerini küçük bir çocuk gibi hissettikleri ve tepki verdikleri çocuk modları; incinmiş çocuk, kızgın/dürtüsel çocuk ve mutlu çocuk olarak üç kategoridedir. Bu çocuk modları içinde bulunulan duruma oranla aşırı ve çok güçlü duygular hissedildiğinde kendilerini ortaya koyarlar (Jacob vd., 2014). Çocuk modlarındayken bireyler kendilerini kontrol etmekte, karşılarındaki bireylere empati kurmakta zorluk yaşarlar. Ve tepkileri küçük bir çocuğun tepkilerine benzer. Bireylerin psikopatolojileri ne kadar derin ve güçlü ise çocuk modlarını yaşamaları da o denli güçlü olmaktadır (Jacob vd., 2014). **İncinmiş çocuk modu**, bireylerin kendilerini korunmasız, çaresiz, yalnız ve mutsuz hissettikleri bir moddur. Erken çocukluk döneminde ebeveynler tarafından karşılanması gereken ihtiyaçlardan olan bakım/korunma ve güven ihtiyaçlarının karşılanmaması ile oluşan şemaların tetiklendiği dönemlerde bu mod kendini gösterir. **Kızgın/ dürtüsel çocuk modunda** ise yaşanan olay ya da durumlara karşı orantısız bir öfke vardır. Temelde, erken dönem ihtiyaçları karşılanmamış bireyler bu ihtiyaçları uygunsuz bir şekilde karşılamaya çalışırlar ve durum

gerçekleşmediğinde ise yoğun bir öfke hissederler. Dürtüsel çocuk modunda ise bireyler engellenmeye karşı yoğun direnç gösterirler ve ihtiyaçlarının hemen o anda karşılanmasını isterler (Rafaeli vd., 2012). **Uyum bozucu başa çıkma modları;** kopuk korungan, teslim olma ve aşırı telafiden oluşmaktadır. **Kopuk korungan mod,** bireylerin şemalardan dolayı hissettikleri yoğun duygulardan kaçtıkları /kaçındıkları moddur. Bu mod içinde iken bireyler hissizleşmiş hissederler ya da diğer bir tabi ile kendilerini büyük bir boşlukta hissederler. Yoğun duygulardan kaçınmak için alkol ya da madde kullanma gibi yollara başvurabilirler (Jacob vd., 2014). **Teslim/ söz dinleyen teslimci mod,** diğer modların ve şemaların söylediklerini gerçek olarak kabul edilip şemalara teslim olunması halidir (Jacob vd., 2014). Bireyler bu modayken şemaların söylediklerini gerçek ve doğru kabul ettikleri için onlara uygun şekilde davranırlar. **Aşırı telafi modu,** şemaların hissettirdiği yoğun duygulardan kaçmak için bireylerin şemaların söylediklerinin tam aksi yönünde davrandığı moddur (Jacob vd., 2014). **İçselleştirilmiş ebeveyn modları;** cezalandırıcı ebeveyn ve talepkar ebeveynden oluşmaktadır. **Cezalandırıcı ebeveyn modunda** birey kendisini değersiz hissettiren, çeşitli şekillerde ve şiddetlerde cezalandırılması gerektiğini söyleyen yanın sesini duyar. Dolayısıyla bu moddayken birey, yoğun suçluluk ve depresif duygular hisseder. **Talepkar ebeveyn modunda** ise, mükemmel olunması ya da bireyin çok yüksek talepleri karşılaması yönünde verilen mesajları içerir. Bu talepler fiziksel görünüm, başarı gibi pek çok konuda olabilir. Birey bu yüksek beklenti ve talepleri karşılayamadığını düşündüğünde ise yine yoğun suçluluk ve değersizlik hissi yaşar. **Sağlıklı erişkin mod,** terapi sürecinde nihai hedef olarak güçlendirilmeye çalışılan yandır. Bu mod diğer modların etkilerine karşı bireyi ve benliğini korur, bu sayede duygular ve davranışlar uygun biçimde yaşanır, gerçekleştirilir.

2.3. Şema Modeli Çerçevesinde Yapılan Çalışmalar

Şema modeli çerçevesinde çoğunluğu kişilik bozuklukları ile ilgili olmak üzere birçok çalışma yapılmıştır. Sınırdaki kişilik (Nordahl ve Nysæter, 2005), anksiyete bozuklukları (Hawke ve Provencher, 2011), şizofreni (Bortolon, Capdevielle, ve Boulenger, 2013) yeme bozuklukları (Unoka, Tollgyes, Czobor, ve Simon, 2010), cinsel işlev bozuklukları (Gomes ve Nobre, 2012), madde bağımlılığı (Ball ve Young, 2000) , alkol kullanım bozuklukları (Anlı ve Can, 2017) bu çerçevede çalışılan bozukluklardır.

Yoğun olarak kişilik bozuklukları üzerine çalışılsa da anksiyete bozuklukları üzerine de yapılan şema çalışmaları bulunmaktadır (Hawke ve Provencher, 2011). Örneğin Halford ve arkadaşları (2002) tarafından anksiyete bozukluğu tanılı 121 kişi ile grup ve bireysel terapi seansları yapılarak program sonunda anksiyete semptomlarında azalma ve şema puanlarında düşüş görülmüştür. Soygüt ve Demir (2014) tarafından yapılan bir olgu çalışmasında ise panik ataklar geçiren, bağımlılık ve dayanıksızlık şemalarının varlığı ve kaçınma davranışları gözlemlenen hastaya şema terapi uygulanmasının ardından panik ataklarının ortadan kalktığı bildirilmiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada da güvensizlik, dayanıksızlık ve sosyal izolasyon şemalarının kaygıyı yordayan şemalar olduğu bildirilmiştir (Zadahmad ve Torkan, 2016). Özbaş ve arkadaşları (2012) yapılan çalışmada 108 üniversite öğrencisine şema ölçekleri ile beraber durumluluk ve sürekli kaygı envanteri uygulanmış ve analiz sonucunda öğrencilerin durumluk kaygı puanları ile kopukluk ve reddedilmişlik, diğerleri yönelimlilik alt ölçek puanları orta, zedelenmiş otonomi alt ölçek puanı arasında da zayıf güçte pozitif yönlü; sürekli yaygı puanları ile de kopukluk ve reddedilmişlik ile diğerleri yönelimlilik alt ölçek puanı arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

Alan yazında, panik bozukluğuyla ilgili ise oldukça fazla çalışma mevcuttur. Hem bozukluğun dünya genelinde yaygın olarak görülmesi, hem de hastalara ulaşımın nispeten daha kolay olması bu durumun gerekçelerindedir. Panik bozukluğunun şema terapi modeli çerçevesinde incelendiği araştırmalar ise sınırlıdır. Yoosefi ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada, tüm erken dönem uyumsuz şemaların, kendini feda, yüksek standartlar, haklılık şemaları hariç, kontrol grubuna kıyasla anksiyete bozuklukları grubunda daha aktif olduğu bulunmuştur. Bağcıçek (2009) tarafından yapılan araştırma sonucunda ise; herhangi bir tedavi uygulanmadan önce Panik bozukluğu hastalarından oluşan grubun sadece “dayanıksızlık” şema ölçek ortalama puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken, diğer şema ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunamamıştır. Kwak ve Lee (2015) tarafından Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk tanılı hastalar üzerinde yapılan araştırmada ise “dayanıksızlık” şema ölçek puanları her iki hasta grubunda da kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Agorafobili panik bozukluğu olan ve grup terapisi alan kişilerin terapi başlangıcındaki ve terapi bittikten 6 ay sonraki dönemde dayanıksızlık ve bağımlılık şemalarını inceleyen Hedley, Hoffart ve Sexton (2001) araştırma sonucunda, dayanıksızlık şemasının bedensel duyumlara karşı korkuyu, kontrol

kaybını ve kaçınma davranışlarını,; dayanıksızlık şemasının da bağımlılık şemasını yordadığını görmüşlerdir. Fard, Schneider, Hudson, Habibi, Pooravari ve Heidari (2014) tarafından yapılan çalışmada ise başarısızlık şemasının kız çocuklarında anksiyete belirtileri ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Gewelt tarafından (2017) yapılan çalışmada da anksiyete belirtileri ile erken dönem uyum bozucu şemalar ilişkili bulunmuş ve çalışma kapsamında 38 hastaya sekiz hafta boyunca uygulanan terapi sonucunda anksiyete belirtilerinde kısmen azalma olduğu görülmüştür. Şema terapi uygulanarak yürütülen diğer bir çalışmada 6 haftalık şema terapi sonucunda hastaların psikolojik sıkıntı belirtilerine kısmen azalma olduğu, terapi almayan grup ile karşılaştırıldığında şema puanlarında düşüş olduğu görülmüştür (Priemer, Talbot ve French, 2015).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ocak- Haziran 2018 tarihleri arasında Malatya eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniğine başvuran ve panik bozukluğu tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Örneklemine ise hastanede görevli psikiyatri uzmanları tarafından yapılan klinik görüşme sonrası DSM ölçütlerine göre panik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın kontrol grubunu ise erişim kolaylığına uygun olarak seçilen, hastanenin farklı kliniklerine başvuran, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık bildirmeyen ve psikiyatrik tedavi görmeyen bireyler oluşturmaktadır. Bu gruptaki kişiler cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve çeşitli demografik özellikler bakımından panik bozukluğu tanısı alan grup ile benzer özellikler göstermektedirler. Örneklem grubuna dahil edilmek üzere panik bozukluğu tanısı alan 25 i kadın, 8 i erkek olmak üzere 33 katılımcıya ulaşılmış ve bu kişilere ölçekler uygulanmıştır ancak 3 katılımcının ölçeklerdeki tüm soruları cevaplamadığı görüldüğü için bu 3 katılımcı örnekleme dahil edilmemiş ve tanı grubu % 83.3'ü (n=25) kadın, %16.7'si (n=5) erkek olarak 30 kişiden oluşmuştur. Grubun yaş ortalaması ise 31.5 (S.D.=8.4)'tir. Kontrol grubuna dahil edilmek üzere 25i kadın, 13 ü erkek toplamda 38 katılımcıya ulaşılmış ve bu kişilere ölçekler uygulanmıştır ancak 3 katılımcının ölçeklerdeki tüm soruları cevaplamadıkları görüldüğü için bu kişiler gruba dahil edilememiştir. 1 katılımcının ise kişisel bilgi formunda psikiyatrik rahatsızlık bildirmemesi ile birlikte psikiyatrik ilaç kullandığı yönünde işaretleme yapması ve bu sebeple kontrol grubuna dahil olma temel koşulunu sağlamaması nedeniyle bu katılımcı kontrol grubuna dahil edilmemiş ve grup % 61.8'i (n=21) kadın, %38.2 'si (n=13) erkek olarak 34 kişiden oluşmuştur. Grubun ortalama yaşı ise 27.7 (S.D.=6.8) olarak tespit edilmiştir

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama amacıyla literatürle uyumlu olarak araştırmacı tarafından kişisel bilgi formu oluşturulup her iki grup için de kullanılmış, kişisel bilgi formunda cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, bir işte çalışma, medeni durum, çocuk sahibi olma, anne ve babanın öğrenim düzeyi, ailede fiziksel yada psikolojik tanı varlığı, çocukluk ya da ergenlik döneminde fiziksel bir

rahatsızlık geçirme, değerlendirme esnasında herhangi bir fiziksel rahatsızlığın varlığı, çocukluk ya da ergenlikte travma öyküsü, daha önce psikiyatrik ilaç kullanımı, daha önce terapi alma ve yakınmaların başlangıç yaşına yönelik sorulara yer verilmiştir.

3.2.1. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3-YŞÖ-KF3

Çalışmada erken dönem uyum bozucu şemaların belirlenmesi amacıyla Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan Young Şema Ölçeği'nin 90 maddelik kısa formunun 3. versiyonu (YŞÖ-KF3) kullanılmıştır. Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından uyarlanan Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla Temel Bileşenler Analizi ile Açımlayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Alt ölçekler sırasıyla, terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duyguları bastırma, kusurluluk/utanma, sosyal izolasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık, iç içe geçme/gelişmemiş benlik, başarısızlık, hak görme/büyüklük, yetersiz özdenetim, boyun eğicilik, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duygusal yoksunluk, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve cezalandırıcılık olarak adlandırılmaktadır. Ölçek, 5 şema alanının altında yer alan 18 erken dönem uyumsuz şemayı kapsamakta ve bu anlamda 18 şema boyutundan oluşmaktadır. 90 maddeden oluşan ölçekte katılımcılar cılar, her bir maddeyi 6'lı Likert üzerinde (1=Benim için tamamıyla yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirmektedir. Ölçeğin özgün formunda her alt ölçek 5 maddeden oluşmakta, buna göre alt ölçeklerden alınan puanlar 5 ile 30 arasında değişebilmektedir. Ölçeğin her bir şemasını kapsayan maddelerden alınan yüksek puan bireylerin o şema ile ilgili özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

3.2.2. Young Telafi Ölçeği- YTÖ

Young (1995) tarafından geliştirilen ölçek aracılığı ile Şema Terapi modeli çerçevesinde, şema devam ettirici aşırı telafi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmakta ve bu amaç bağlamında ölçek 48 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler öfke/düşmanlık, baskınlık, aşırı iddiacılık, tanınma ya da statüye aşırı düşkünlük, manipülasyon, istismar etme, pasif-agresif tutum, aşırı buyurganlığı içermektedir (Ball ve Young, 2000).

Likert tipi geliştirilen ölçek katılımcıların kendilerini 1 ("benim için tamamen yanlış") ile 6 ("beni mükemmel şekilde tanımlıyor") değerleri arasında kendilerini değerlendirmelerine dayanmaktadır ve ölçekten alınan yüksek puanlar daha fazla kaçınma davranışına sahip

olundugunu göstermektedir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Soygüt, Karaosmanoğlu ve Kabul (2011) tarafından üniversite öğrencileri örneklem alınarak yürütülmüştür. Tüm ölçek için iç tutarlık katsayısı $\alpha=.88$ bulunurken alt ölçekler için bu sayı $\alpha=.40-.85$ arasında değişmektedir. Ölçeğin iki yarım güvenilirlik Spearman-Brown eşit yarılar katsayısı ise 76 bulunmuştur (Soygüt, 2011).

3.2.3. Young Kaçınma Ölçeği (YR-KÖ)

Young ve Rygh tarafından erken dönem uyum bozucu şemalar ile baş edebilmek için kullanılan yöntemleri değerlendirebilmek amacı ile geliştirilen ölçek 40 maddeden oluşmakta ve 14 alt ölçeği bulunmaktadır. Likert tipi geliştirilen ölçek katılımcıların kendilerini 1 (“benim için tamamen yanlış”) ile 6 (“beni mükemmel şekilde tanımlıyor”) değerleri arasında kendilerini değerlendirmelerine dayanmaktadır ve ölçekten alınan yüksek puanlar daha fazla kaçınma davranışına sahip olundugunu göstermektedir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır tarafından üniversite öğrencileri örneklem alınarak yürütülmüştür. Çalışmada 6 boyut ve 26 maddeden oluşan yapının ölçek için uygun olduğu görülmüştür. Tüm ölçek için iç tutarlık katsayısı $\alpha=.77$ bulunmuş, alt boyutların iç tutarlık katsayılarının ise $\alpha=.45-.76$ arasında değiştideği gözlenmiştir. Yarıya bölme güvenilirliği Spearman-Brown eşit olmayan yarılar katsayısı ise .67 olarak bulunmuştur (Çakır, 2007). Ölçeğin her bir alt boyutunu kapsayan maddelerden alınan yüksek puanlar bireyin o kaçınma davranışına daha çok sahip oludugunu göstermektedir.

3.3. İşlem

Ölçek uygulamaları Malatya eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniklerinde yapılmıştır. Ölçekler katılımcıların her birine uygulanmadan önce bilgilendirilmiş gönüllü onam formu sunulmuş ve okumaları sağlanmıştır. Ayrıca araştırmanın gizlilik ilkesine dayalı olarak yürütüleceği de sözel olarak belirtilmiştir. Katılımcılar araştırma hakkında genel bilgiye sahip olduktan sonra gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyenlerden imza alınmıştır. Okuryazar olmayan bir katılımcıya ise onam formu araştırmacı tarafından okunmuş ve katılımcının onayı alınmıştır. Gönüllü olan katılımcıların imzaları alındıktan sonra katılımcılara kişisel bilgi formu sunulmuş ve nasıl işaretleme yapacakları hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca birçok katılımcının kişisel bilgi formunda yer alan travma öyküsü sorularını, travma ile kastedilenin ne oludugunu anlamadıklarını bildirmeleri nedeniyle bu katılımcılara travma hakkında bilgilendirme

yapılmıştır. Ardından araştırmada kullanılan Young Şema, Young Telafi ve Young Rygh Kaçınma ölçekleri aynı sıra ile katılımcılara sunulmuş ve ölçeklerin cevaplandırılma biçimleri anlatılmıştır. Okuryazar olan katılımcılar ölçeklerde yer alan soruları kendileri cevaplandırmış, okuryazar olmayan katılımcıya ise araştırmacı tarafından sorular okunmuş ve katılımcının cevapları doğrultusunda araştırmacı işaretleme yapmıştır.

3.4. Kullanılan İstatistiksel Teknikler

Araştırmada Ki-Kare, T Testi, Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İlk bölüm, panik bozukluk tanılı grup ve kontrol grubunun bağımlı değişkenler açısından (erken dönem uyumsuz şemalar, şema sürdürücü kaçınma ve telafi başa çıkma davranışları) birbirleriyle karşılaştırıldıkları Ki kare ve t testi sonuçlarını içermektedir. Son bölümde ise, tanı grubunun (n=30) bazı değişkenler açısından değerlendirilmiş ve bu örneklemin hacminin küçük olması sebebiyle Mann-Whitney U testi yapılarak analiz sonuçları aktarılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bulgular bölümünün ilk kısmında, sosyodemografik ve klinik verilerle ilgili bulgular, panik bozukluk tanılı grup ve kontrol grubunun bağımlı değişkenler açısından (erken dönem uyum bozucu şema boyutları ve şema alanları, şema sürdürücü başa çıkma davranışları) birbirleriyle karşılaştırıldıkları ki kare ve t testi sonuçlarını içermektedir. İkinci kısımda ise, panik bozukluğu tanısı olan grubun bazı değişkenlere (terapi alıp almama, ilaç kullanıp kullanmama) göre grup içinde yapılan Mann Whitney U testi analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. Sosyodemografik Ve Klinik Verilerle İlgili Bulgular

Çalışmaya belirtilen zaman aralığında Panik Bozukluğu tanısı olan 30 olgu ve 34 kontrol alınabilmektedir. Panik bozukluğu tanılı olguların % 83.3'ü (n=25), kontrol grubunun ise % 61.8'i (n=21) kadındır. Panik bozukluğu tanılı ve kontrol grubunun ortalama yaşları sırasıyla 31.5 (S.D.=8.4) ve 27.7 (S.D.=6.8) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında cinsiyet (Ki Kare=3.7, p=0.093, Fisher düzeltmesi ile) bakımından ve ortalama yaş (t[62]=2.0, p=0.052) bakımından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Grupların sosyodemografik ve klinik verilerine göre karşılaştırmaları Tablo 1 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 1. Tanı ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

N (%)		Panik Bozukluk (n=30)	Kontrol (n=34)	χ^2 (sd)	P*
Öğrenim durumu	Lise ve altı	14 (% 46.7)	11 (% 32.4)	0.8 (1)	0.36
	Çalışıyor	16 (% 53.3)	23 (% 67.6)		
Çalışma durumu	İş sahibi	14 (% 46.7)	23 (% 67.6)	2.1 (1)	0.15
	Çalışmıyor	16 (% 53.3)	11 (% 32.4)		
Medeni durumu	Evli	15 (% 50.0)	11 (% 32.4)	4.2 (2)	0.13
	Bekar	15 (% 50.0)	21 (% 61.8)		
	Boşanmış/ Ayrı	0 (% 0.0)	2 (% 5.9)		
Çocuk	Var	12 (% 40.0)	10 (% 29.4)	0.4 (1)	0.53
	Yok	18 (% 60.0)	24 (% 70.6)		
Anne Eğitimi	Ortaokul veya altı	28 (% 93.3)	29 (% 85.3)	1.1 (1)	0.43

	Lise veya üzeri	2 (% 6.7)	5 (% 14.7)		
Baba Eğitimi	Ortaokul veya altı	19 (% 63.3)	18 (% 52.9)	0.3 (1)	0.56
	Lise veya üzeri	11 (% 36.7)	16 (% 47.1)		
Ailede fiziksel/psikolojik tanı varlığı	Var	23 (% 76.7)	9 (% 26.5)	14.1 (1)	0.00
	Yok	7 (% 23.3)	25 (% 73.5)		
Çocukluk/ergenlikte fiziksel rahatsızlık	Var	6 (% 20.0)	1 (% 2.9)	4.8 (1)	0.04
	Yok	24 (% 80.0)	33 (% 97.1)		
Değerlendirmede fiziksel rahatsızlık	Var	6 (% 20.0)	0 (% 0.0)	7.3 (1)	0.01
	Yok	24 (% 80.0)	34 (% 100.0)		
Çocukluk/ergenlikte travma öyküsü	Var	13 (% 43.3)	1 (% 2.9)	15.2 (1)	0.00
	Yok	17 (% 56.7)	33 (% 97.1)		

*Ki Kare testi (gerektiğinde Fisher, Yates ve Likelihood Ratio düzeltmeleri uygulanmıştır.)

Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda çocukluk ve ergenlikte travmatik yaşam öyküsünün, çocukluk/ergenlikte ve değerlendirme sırasında fiziksel rahatsızlıkların ve ailede fiziksel/psikolojik tanı varlığının Panik bozukluğu tanısı alan grupta anlamlı derecede daha sık olduğu görülmüştür. Örneklem grubunda çocukluk/ergenlikte psikolojik rahatsızlığı olan bir olgu bulunmaktadır. Bu olgunun da Panik bozukluğu tanısı alan grup içerisinde olduğu görülmüştür. Panik bozukluğu tanılı olgularda yakınmaların ortalama 24.4 yaşında başladığı görülmüştür (S.S.=7.2). Panik bozukluğu tanılı olguların % 33.3'ü (n=10) daha önce terapi almış, % 56.7'si (n=17) ise daha önce ilaç tedavisi ile takip edilmiştir.

4.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Stilleri Açısından Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Tanısı Almayan Grupların İncelenmesi

Bu bölümde araştırmanın temel sorularına yanıt aranmış panik bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında, erken dönem uyum bozucu şemalar ve kullanılan başa çıkma stilleri bakımından anlamlı bir fark olup olmadığı sorularına yanıt aramak amacıyla yapılan analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.2.1 Young Şema Ölçeği Alt Boyutlarının Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Almayan Gruplar Açısından İncelenmesi

Young Şema Ölçeği'nin (YŞÖ) alt boyutlarının panik bozukluğu tanısı almış ve tanı almamış olmaya göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için t testi analizi yapılmıştır. Analize, Young Şema Ölçeği'nin alt boyutları (başarısızlık, duygusal yoksunluk, karamsarlık, onay arayıcılık, duyguları bastırma, cezalandırılma, iç içelik/bağımlılık, kendini feda, terk edilme/güvensizlik, yüksek standartlar, yetersiz özdenetim, kusurluluk, cezalandırılma ve dayanıksızlık) bağımlı; tanı grubu (panik bozukluğu tanısı alıp almama) bağımsız değişken olarak alınmıştır. Boyutların panik bozukluğu tanılı ve kontrol grubu arasında karşılaştırılması Tablo 2 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 2. Young Şema Ölçeği alt boyutlarının gruplar arasında karşılaştırılması

Young Şema Ölçeği Alt Boyutları	Panik Bozukluğu (n=30)		Kontrol (n=34)		t	(sd)	P*	Cohen's d
	\bar{x}	S	\bar{x}	S				
Başarısızlık	15.1	(6.4)	12.0	(5.6)	2.1	(62)	0.04	0.515
Tehditler karşısında dayanıksızlık	13.3	(6.1)	9.7	(4.2)	2.7	(50)	0.01	0.687
İç içe geçme/ bağımlılık	24.3	(7.8)	16.4	(6.8)	4.4	(62)	0.00	1.079
Karamsarlık	21.1	(7.1)	10.9	(5.3)	6.5	(62)	0.00	1.628
Duygusal yoksunluk	12.2	(5.9)	10.3	(5.4)	1.4	(62)	0.17	
Sosyal izolasyon/ güvensizlik	19.4	(6.4)	18.0	(6.7)	0.9	(62)	0.39	
Duyguları bastırma	13.6	(6.5)	11.9	(4.5)	1.2	(50.8)	0.23	
Onay arayışı	22.0	(5.1)	19.8	(6.5)	1.5	(62)	0.15	
Ayrıcalıklılık/ yetersiz öz denetim	24.4	(7.1)	24.7	(7.0)	- 0.2	(62)	0.88	
Kendini feda	18.6	(5.9)	17.7	(5.9)	0.7	(62)	0.51	
Terk edilme	11.9	(5.4)	9.7	(5.6)	1.6	(62)	0.12	
Cezalandırılma	22.2	(5.4)	21.7	(5.1)	0.4	(62)	0.72	
Kusurluluk	12.1	(5.6)	9.8	(5.5)	1.6	(62)	0.11	
Yüksek standartlar	10.5	(3.3)	9.5	(4.9)	1.0	(58)	0.33	

*Bağımsız gruplar için t testi

Bağımsız gruplar için t testi yapılmış ve panik bozukluğu tanılı grubun YŞÖ-Başarısızlık şema puanlarından kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür [t(62)=2.1, p=.043]. ($\bar{x}_{\text{tanıyalan}}=15.1$, $S_{\text{tanıyalan}}=6.43991$; $\bar{x}_{\text{kontrol}}=12.0$, $S_{\text{kontrol}}=5.55868$, $d=0.515$).

Bağımsız gruplar için t testi yapılmış ve panik bozukluğu tanılı grubun YŞÖ-Karamsarlık şema puanlarından kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür [t(62)=6.5, p=.000]. ($\bar{x}_{\text{tanıyalan}}=21.1$, $S_{\text{tanıyalan}}=7.14352$; $\bar{x}_{\text{kontrol}}=10.9$, $S_{\text{kontrol}}=5.31646$, $d=1.628$).

Bağımsız gruplar için t testi yapılmış ve panik bozukluğu tanılı grubun YŞÖ-İççe geçme/Bağımlılık şema puanlarından kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür [t(62)=4.4, p=.000]. ($\bar{x}_{\text{tanıyalan}}=24.3$, $S_{\text{tanıyalan}}=7.78741$; $\bar{x}_{\text{kontrol}}=16.4$, $S_{\text{kontrol}}=6.84023$, $d=1.079$).

Bağımsız gruplar için t testi yapılmış ve panik bozukluğu tanılı grubun YŞÖ-Tehditler karşısında dayanıksızlık şema puanlarından kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür [t(50)=2.7, p=.001].($\bar{x}_{\text{tanıyalan}}=13.3$, $S_{\text{tanıyalan}}=6.13722$; $\bar{x}_{\text{kontrol}}=9.7$, $S_{\text{kontrol}}=4.15401$, $d=0.687$).

4.2.2 Young Telafi Ölçeği Alt Boyutlarının Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Almayan Gruplar Açısından Değerlendirilmesi

Young Telafi ölçeğini alt boyutlarının panik bozukluğu tanısı almış ve tanı almamış olmaya göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için t testi analizi yapılmıştır. Analize, Young Telafi Ölçeği'nin alt boyutları (statü düşkünlüğü, asilik, kontrol, aşırı bağımsızlık, manipülatif olma, kendine yönelimlilik, eleştiriye tahammülsüzlük, mesafelilik) bağımlı; tanı grubu (panik bozukluğu tanısı alıp almama) bağımsız değişken olarak alınmıştır. Tüm örnekleme YTÖ için Cronbach alfa değeri 0.89 olarak hesaplanmıştır. Boyutların panik bozukluğu tanılı ve kontrol grubu arasında karşılaştırılması Tablo 3 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 3. Young Telafi Ölçeği alt boyutlarının gruplar arasında karşılaştırılması

Young Telafi Ölçeği Alt Boyutları	Panik Bozukluk (n=30)		Kontrol (n=34)		t	(sd)	P*	Cohen's d
	\bar{x}	S	\bar{x}	S				
Eleştiriye tahammülsüzlük	9.5	(2.9)	7.9	(3.4)	2.0	(62)	0.06	0.506
Statü düşkünlüğü	21.5	(7.8)	21.0	(8.4)	0.3	(62)	0.80	
Asilik	12.1	(5.6)	12.7	(5.3)	- 0.4	(62)	0.66	
Kontrol	26.8	(7.0)	24.2	(7.9)	1.3	(62)	0.18	
Aşırı bağımsızlık	17.7	(5.2)	18.8	(5.1)	- 0.9	(62)	0.37	
Manipülatif olma	13.3	(4.7)	15.2	(4.7)	- 1.6	(62)	0.13	
Kendi yönelimlilik	8.2	(3.0)	9.2	(3.3)	- 1.3	(62)	0.21	
Mesafelilik	11.2	(3.9)	11.2	(3.1)	0.1	(62)	0.95	

*Bağımsız gruplar için t testi

Bağımsız gruplar için t testi yapılmış ve tanı alıp almamaya göre YTÖ alt boyutları bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. YTÖ- Eleştiriye tahammülsüzlük puanlarının panik bozukluğu tanılı grupta kontrol grubundakilere göre daha yüksek olma eğiliminde olduğu görülmüştür [t(62)=2.0, p=.006]. ($\bar{x}_{tanıalan}=9.5$, $S_{tanıalan}=2.93297$; $\bar{x}_{kontrol}=7.9$, $S_{kontrol}=3.38775$, $d=0.506$).

4.2.3. Young Kaçınma Ölçeği Alt Boyutlarının Panik Bozukluğu Tanısı Alan Ve Almayan Gruplar Açısından Değerlendirilmesi

Young Kaçınma ölçeğini alt boyutlarının panik bozukluğu tanısı almış ve tanı almamış olmaya göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için t testi analizi yapılmıştır. Analize, Young Telafi Ölçeği'nin alt boyutları (psikosomatizm, sıkıntıyı yok sayma, duygu kontrolü, sosyal çekilme, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma, hissizlik/duyguları bastırma) bağımlı; tanı

grubu (panik bozukluğu tanısı alıp almama) bağımsız değişken olarak alınmıştır. Tüm örnekleme YKÖ için Cronbach alfa değeri 0.79 olarak hesaplanmıştır.

Boyutların panik bozukluğu tanılı ve kontrol grubu arasında karşılaştırılması Tablo 4 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4. Young Kaçınma Ölçeği alt boyutlarının gruplar arasında karşılaştırılması

Young Kaçınma Ölçeği Alt Boyutları	Panik Bozukluk (n=30)		Kontrol (n=34)		t	(sd)	P*	Cohen's d
	\bar{x}	S	\bar{x}	S				
Psikosomatizm	26.3	(8.9)	15.9	(6.6)	5.3	(52.9)	0.00	1.327
Sıkıntıyı yok sayma	11.0	(3.8)	13.0	(3.8)	-2.1	(62)	0.04	0.526
Duygu kontrolü	14.9	(4.0)	15.6	(3.5)	-0.8	(62)	0.42	
Sosyal çekilme	11.5	(3.4)	12.1	(3.9)	-0.6	(62)	0.55	
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	10.0	(3.0)	8.8	(3.4)	1.5	(62)	0.15	
Hissizlik	6.3	(2.3)	7.4	(2.9)	-1.7	(62)	0.10	

*Bağımsız gruplar için t testi

Bağımsız gruplar için t testi yapılmış ve panik bozukluğu tanılı grubun YKÖ- Psikosomatizm alt testlerinden kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür [t(52.9)=5.3,p=.000].($\bar{x}_{tanıalan}=26.3$, $S_{tanıalan} = 8.91080$; $\bar{x}_{kontrol}=15.9$, $S_{kontrol}=6.57793$, d=1.327).

Bağımsız gruplar için t testi yapılmış ve panik bozukluğu tanılı grubun YKÖ- Sıkıntıyı Yok Sayma alt testlerinden kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür [t(62)=-2.1, p=.004].($\bar{x}_{tanıalan}=11.0$, $S_{tanıalan} = 3.75086$; $\bar{x}_{kontrol}=13.0$, $S_{kontrol}=3.78193$, d=0.526).

4.3. Panik Bozukluğu Tanılı Grubun Bazı Değişkenlere Göre Kendi İçinde Analizi

4.3.1. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalarının Terapi Alıp Almama Açısından Karşılaştırılması

Panik bozukluğu olgularının YŞÖ alt boyut puanlarını daha önce terapi alıp almamalarına göre değerlendirmek için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 5. Young Şema Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte terapi almaya göre karşılaştırılması

Young Şema Ölçeği Alt Boyutları	Terapi almış (n=10)		Terapi almamış (n=24)		Z	P*	η ²
	\bar{x}	S	\bar{x}	S			
Duygusal yoksunluk	8.0	(5.5)	13.5	(9.5)	- 2.3	0.02	0.160
Başarısızlık	13.0	(14.8)	14.5	(7.8)	- 0.1	0.95	
Karamsarlık	22.5	(13.8)	24.0	(6.8)	- 0.1	0.95	
Sosyal izolasyon/ güvensizlik	19.5	(7.8)	19.5	(9.8)	- 0.4	0.75	
Duyguları bastırma	10.5	(8.3)	13.0	(11.8)	- 1.5	0.14	
Onay arayışı	21.5	(11.7)	21.5	(9.0)	- 0.2	0.88	
İç içe geçme/ bağımlılık	24.5	(18.3)	23.5	(13.5)	- 0.9	0.40	
Ayrıcalıklılık/ yetersiz öz denetim	25.5	(7.8)	23.0	(11.8)	- 0.7	0.48	
Kendini feda	18.0	(11.0)	20.0	(7.5)	- 0.6	0.59	
Terk edilme	12.0	(10.8)	10.5	(8.8)	- 0.3	0.81	
Cezalandırılma	22.5	(8.2)	23.0	(5.8)	- 0.7	0.53	
Kusurluluk	13.0	(10.8)	10.0	(6.5)	- 0.1	0.95	
Tehditlere dayanıksızlık	12.0	(6.8)	12.5	(11.5)	- 0.4	0.68	
Yüksek standartlar	10.5	(3.8)	12.0	(5.8)	- 0.6	0.56	

*Mann-Whitney U testi, IQR: Çeyrekler Arası Aralık

Yapılan analizi sonucunda geçmişte terapi almış olguların duygusal yoksunluk puanlarının ortancasının, almayanlara göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmüştür (Mann-Whitney U testi, Z=- 2.3, p=0.02, η²=0.160). YŞÖ'nün diğer alt boyutları ise gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir (Tablo 5).

4.3.2. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Telafi Davranışlarının Terapi Alıp Almama Açısından Karşılaştırılması

YTÖ alt boyutları terapi almış ve almamış panik bozukluğu olguları arasında Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 6. Young Telafi ölçeği alt boyutlarının geçmişte terapi almaya göre karşılaştırılması

Young Telafi Ölçeği Alt Boyutları	Terapi almış (n=10)		Terapi almamış (n=20)		Z	P*
	\bar{x}	S	\bar{x}	S		
Statü düşkünlüğü	21.5	(19.3)	18.0	(10.8)	- 0.9	0.37
Asilik	13.5	(7.0)	9.0	(8.5)	- 1.1	0.27
Kontrol	26.5	(14.0)	27.0	(10.3)	- 0.3	0.75
Aşırı bağımsızlık	18.0	(4.8)	17.5	(8.5)	- 0.2	0.85
Manipülatif olma	13.0	(6.5)	12.0	(7.8)	- 0.4	0.75
Kendi yönelimlilik	9.0	(4.8)	8.0	(5.5)	- 0.6	0.55
Eleştiriye tahammülsüzlük	8.0	(6.5)	9.5	(3.0)	- 0.6	0.53
Mesafelilik	10.5	(6.5)	12.0	(3.5)	- 0.4	0.68

*Mann-Whitney U testi, IQR: Çeyrekler Arası Aralık

iki grup arasında hiçbir boyut için anlamlı fark saptanamamıştır. (Tablo 6).

4.3.3. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Kaçınma Davranışlarının Terapi Alıp Almama Açısından Karşılaştırılması

YKÖ alt boyutları geçmişte terapi almış ve almamış panik bozukluğu olguları arasında Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 7. Young Kaçınma ölçeğinin alt boyutlarının geçmişte terapi almaya göre karşılaştırılması

Young Kaçınma Ölçeği Alt Boyutları	Terapi almış (n=10)		Terapi almamış (n=20)		P*	Z	η^2
	\bar{x}	S	\bar{x}	S			
Hissizlik	5.0	(1.3)	7.0	(3.8)	0.01	- 2.8	0.270
Psikosomatizm	27.5	(22.5)	28.5	(12.0)	0.98	0.0	
Sıkıntıyı yok sayma	8.5	(5.5)	11.0	(5.5)	0.27	- 1.1	
Duygu kontrolü	13.0	(5.5)	15.0	(4.5)	0.18	- 1.4	
Sosyal çekilme	11.5	(5.8)	11.0	(4.8)	1.00	0.0	
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	8.5	(5.0)	10.5	(5.0)	0.53	- 0.6	

*Mann-Whitney U testi, IQR: Çeyrekler Arası Aralı

Yapılan analiz sonucunda geçmişte geçmişte terapi almış olguların hissizlik puanlarının anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür (Mann-Whitney U testi, Z=- 2.8, p=0.005, $\eta^2=0.270$). YKÖ'nin diğer alt boyutları ise anlamlı bir fark göstermemiştir

4.3.4. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalarının İlaç Kullanma Açısından Karşılaştırılması

Panik bozukluğu olgularının YŞÖ alt boyut puanları, daha önce psikolojik nedenlerle ilaç tedavisi alıp almamalarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 8. Young Şema Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte psikolojik nedenlerle ilaç kullanmaya göre karşılaştırılması

Young Şema Ölçeği Alt Boyutları	İlaç kullanmış (n=17)		İlaç kullanmamış (n=13)		Z	P*	η^2
	\bar{x}	S	\bar{x}	S			
Tehditlere karşı dayanıksızlık	11.0	(6.0)	17.0	(11.0)	-2.0	0.05	0.137
Duygusal yoksunluk	11.0	(10.0)	13.0	(8.0)	-1.0	0.32	
Başarısızlık	14.0	(9.0)	12.0	(9.0)	-0.5	0.65	
Karamsarlık	21.0	(13.5)	24.0	(7.0)	-0.4	0.71	
Sosyal izolasyon/ güvensizlik	18.0	(7.5)	23.0	(9.5)	-1.6	0.12	
Duyguları bastırma	12.0	(8.0)	16.0	(13.0)	-1.4	0.17	
Onay arayışı	20.0	(9.5)	23.0	(8.5)	-0.4	0.68	
İç içe geçme/ bağımlılık	23.0	(15.0)	24.0	(14.0)	-0.6	0.59	
Ayrıcalıklılık/ yetersiz öz denetim	25.0	(8.0)	23.0	(14.5)	-0.1	0.97	
Kendini feda	19.0	(8.0)	20.0	(7.5)	-0.1	0.90	
Terk edilme	10.0	(6.0)	13.0	(10.5)	-1.2	0.25	
Cezalandırılma	22.0	(7.5)	23.0	(6.0)	-0.9	0.41	
Kusurluluk	10.0	(6.0)	13.0	(7.0)	-1.0	0.34	
Yüksek standartlar	10.0	(6.5)	12.0	(6.0)	-0.8	0.46	

*Mann-Whitney U testi, IQR: Çeyrekler Arası Aralık

İlaç kullanmış olguların tehditlere karşı dayanıksızlık puanlarının almamış olanlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür (Mann-Whitney U testi, $Z=2.0$, $p=0.046$, $\eta^2=0.137$). YŞÖ'nün diğer alt boyutları ise anlamlı fark göstermemiştir.

4.3.5. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Telafi Davranışlarının İlaç Kullanma Açısından Karşılaştırılması

Panik bozukluğu olgularının YTÖ alt boyut puanları, daha önce psikolojik nedenlerle ilaç tedavisi alıp almamalarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 9. Young Telafi Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte psikolojik nedenlerle ilaç kullanmaya göre karşılaştırılması

Young Telafi Ölçeği alt boyutları	İlaç kullanmış (n=17)		İlaç kullanmamış (n=13)		Z	P*	η^2
	\bar{x}	S	\bar{x}	S			
Aşırı bağımsızlık	17.0	(4.5)	20.0	(10.5)	-1.9	0.07	0.124
Statü düşkünlüğü	20.0	(16.0)	18.0	(10.5)	-0.6	0.56	
Asilik	10.0	(7.0)	11.0	(12.5)	-0.3	0.81	
Kontrol	26.0	(10.0)	28.0	(13.0)	-1.1	0.30	
Manipülatif olma	11.0	(8.0)	14.0	(6.5)	-0.9	0.39	
Kendi yönelimlilik	7.0	(5.5)	9.0	(5.0)	-0.3	0.77	
Eleştiriye tahammülsüzlük	8.0	(6.0)	10.0	(2.0)	-0.9	0.41	
Mesafelilik	11.0	(4.5)	12.0	(6.0)	-0.1	0.93	

YTÖ alt boyutları ilaç tedavisi almış ve almamış panik bozukluğu olguları arasında anlamlı fark göstermese de, ilaç tedavisi almış olan olguların aşırı bağımsızlık puanlarının almamış olanlara göre daha düşük olma eğiliminde olduğu görülmüştür (Mann-Whitney U testi, $Z=-1.9$, $p=0.06$, $\eta^2=0.124$).

4.3.6. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Kaçınma Davranışlarının İlaç Kullanma Açısından Karşılaştırılması

Panik bozukluğu olgularının YKÖ alt boyut puanları, daha önce psikolojik nedenlerle ilaç tedavisi alıp almamalarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 10. Young Kaçınma Ölçeği şema alanları ve alt boyutlarının geçmişte psikolojik nedenlerle ilaç kullanmaya göre karşılaştırılması

Young Kaçınma Ölçeği Alt Boyutları	İlaç kullanmış (n=17)		İlaç kullanmamış (n=13)		Z	P*	η^2
	\bar{x}	S	\bar{x}	S			
Sıkıntıyı yok sayma	8.0	(4.5)	11.0	(4.0)	-2.0	0.04	0.137
Hissizlik	5.0	(3.0)	8.0	(3.0)	-2.5	0.01	0.215
Psikosomatizm	29.0	(20.0)	26.0	(11.5)	-0.4	0.71	
Duygu kontrolü	15.0	(5.5)	15.0	(6.0)	-0.3	0.81	
Sosyal çekilme	11.0	(7.0)	12.0	(4.5)	-0.2	0.90	
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	9.0	(5.0)	11.0	(4.5)	-0.5	0.65	

İlaç tedavisi almış olan olguların sıkıntıyı yok sayma (Mann-Whitney U testi, $Z=-2.0$, $p=0.04$, $\eta^2=0.137$) ve hissizlik (Mann-Whitney U testi, $Z=-2.5$, $p=0.01$, $\eta^2=0.215$) puanları ortancalarının anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 10).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmada panik bozukluğu tanısı alan bireylerde görülen erken dönem uyum bozucu şemalar ve şema sürdürücü başa çıkma davranışları (kaçınma ve telafi) incelenmiştir. Bununla birlikte ailede tanısı konulmuş fiziksel ya da psikolojik hastalık olup olmama, çocukluk dönemlerinin nasıl geçtiği, şu anda fiziksel bir sorun yaşayıp yaşamamaları, çocukluk dönemlerinde travmatik bir olay öyküsü ve ilaç ya da psikoterapi alıp almamalarının panik bozukluk ile olası ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına ilişkin bulgular konuyla bağlantılı literatürün ışığı altında tartışılmadan önce panik bozukluğu tanılı bireylerden oluşan grubun demografik özelliklerine ilişkin bir değerlendirme yapılmıştır.

5.1. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grubun Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların, yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla elde edilen, demografik bilgilerine ilişkin sorulara EK 2'den ulaşılabilir. Bu bölümde panik bozukluğu tanılı bireylerden oluşan grubun demografik özelliklerine ilişkin bilgiler, panik bozukluğunun etiyolojisi ve literatürde yer alan faktörler çerçevesinde incelenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre hastalığın ortalama başlangıç yaşı literatürle uyumludur. Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda çocukluk ve ergenlikte travmatik yaşam öyküsünün, çocukluk/ergenlikte ve değerlendirme sırasında fiziksel rahatsızlıkların ve ailede fiziksel/psikolojik tanı varlığının panik bozukluğu tanılı grupta daha sık olduğu görülmüştür. Örneklem grubunda çocukluk/ergenlikte psikolojik rahatsızlığı olan bir olgu bulunmaktadır. Bu olgunun da panik bozukluğu tanılı grubun içerisinde olduğu görülmüştür. Bu bulgular literatürle örtüşmektedir.

5.2. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grubun Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalarının Değerlendirilmesi

Young ve ark. (2003) kaygı bozukluklarında da diğer bozukluklarda olduğu gibi kişinin benliği ve diğerlerine ilişkin temsillerini içeren erken dönem uyum bozucu şemaların etkili olduğu öne sürmektedirler. Bu bilgiden yola çıkılarak, yapılan araştırma dahilinde öncelikle panik bozukluğunun altında yatan erken dönem uyum bozucu şemalar araştırılmış ve panik

bozukluğu olgularının başarısızlık, karamsarlık, iç-içe geçme ve tehditler karşısında dayanıksızlık alanlarında kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. İç içe geçme, tehditler karşısında dayanıksızlık ve başarısızlık şemaları zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma alanı altında yer alan; karamsarlık ise aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık alanı altında yer alan şemalardır. Zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma alanı kişinin temel ihtiyaçlarının ihlal edilmesi ile ilgilidir ve çoğunlukla aşırı koruyucu aile ortamlarında kendini gösterir (Rafaeli vd, 2012). Tehditler karşısında dayanıksızlık şemasının temelleri ise kişinin hem tehlikenin riskini olduğundan fazla görmesine hem de durumla baş etme becerisini küçümsemesine dayanır (Young ve Klosko, 2011). Pekçok türü olan dayanıksızlık kişide her an başına bir felaket gelebileceği hissi oluşturur ve bu durumla baş etme becerisini küçümseyen kimse kaçma, kaçınma, güvenlik sağlayıcı davranışlar geliştirebilir. Bu bağlamda panik bozukluğu grubunun tehditler karşısında dayanıksızlık şema puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek bulunması literatürle uyumlu görünmektedir. İç içe geçme şeması ise kişide bir diğerinin desteği olmadan yaşam süremeyeceğine, kendi varlığının kendisine yetmeyeceğine ya da bir diğerine yoğun destek vermeden onun yaşayamayacağına yönelik bir duygu oluşturur (Young ve Klosko, 2011). Özellikle agorafobili panik bozukluğu hastaları düşünüldüğünde iç içe geçme şemasını güvenlik sağlayıcı davranışlarda görebilmek mümkündür. Bununla birlikte, çocukluk ve ergenlikte fiziksel hastalık yaşama, ailede fiziksel/psikolojik tanı varlığının panik bozukluğu grubunda daha sık olduğu bulgusundan yola çıkılarak; bu kişilerin ailede birine yoğun destek sağlamak durumunda kaldıkları ya da kendi fiziksel tanılarını sebebiyle erken dönemden bu yana yoğun destek adlıkları ve bu durumların iç içe geçme şemasını geliştirmelerinde etkili olduğu düşünülebilir. Zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma alanında bulunan diğer bir şema başarısızlık şemasıdır ve kişide diğerlerine oranla başarısız olduğu ve hep olacağı hissi uyandırır. Dolayısıyla kişinin kendi gücü ve yeteneklerini küçümsemesine sebep olur. Başarısızlık şemasının doğrudan panik bozukluğu ile olmasa dahi anksiyete belirtileri ile yakından ilişkili bulunduğu çalışmalar (Fard vd, 2014) mevcuttur. Bu bağlamda bu bulgu literatürle örtüşmektedir.

Aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık alanında bulunan karamsarlık şeması ise yaşamın kötü taraflarına odaklanma ve iyi tarafları yok saymayı içerir (Rafaeli vd, 2012). Çoğunlukla yaşanan durumlarla ilgili abartılmış kötü sonuçlar düşünülmesine sebep olduğu için bu şemaya sahip kişiler sürekli tetikte olma ve yoğun anksiyeteden yakınır (Rafaeli vd, 2012). Panik bozukluğu yaşayan kişilerin erken dönemde travmatik olaylar yaşamalarının ve hayata karamsar

biçimde bakan aileler tarafından yetiştirilmelerinin (Caner, 2009) karamsarlık şeması geliştirmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Böylece bu şemanın hem panik bozukluğunun geliştirilmesinde ve hem de sürdürülmesinde önemli rol oynadığı belirtilebilir. Bu bilgilerden hareketle panik bozukluğu grubunun karamsarlık şema puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde bulunmasının literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

5.3. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grupta Kullanılan Başa Çıkma Davranışları Açısından Değerlendirilmesi

Erken dönem uyum bozucu şemalar çeşitli yaşam olayları sonucu aktive olduklarında yoğun olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olmakta ve kişiler bu yoğun olumsuz duygularıyla baş edebilmek amacıyla çeşitli başa çıkma davranışları kullanmaktadırlar. Fakat kullanılan bu başa çıkma davranışları tıpkı şemalar gibi uyum bozucu olabilmektedirler (Rafaeli vd, 2012). Ball ve Young (1998) erken dönem uyum bozucu şemaların aktive olması sonucu bu şemaların ortaya çıkardığı olumsuz duygularla kaçınma ya da telafi etme yolları ile başa çıkma girişimleri sonucunda panik bozukluğunun kronik hale gelebileceği belirtmiştir.

5.4. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grupta Kullanılan Telafi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Telafi davranışı kişinin şemalar etkisi ile hissettiği duyguların ve inancının tam aksi şekilde davranışlar sergilemesidir (Jacob, Genderen, ve Seebauer, 2014). Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin telafi davranışlarını incelemek için yapılan analizde, YTÖ alt boyutları bakımından gruplar arasında fark bulunamamış ancak panik bozukluğu tanılı katılımcıların YTÖ alt boyutlarından “Eleştiriye Tahammülsüzlük” puanlarının kontrol grubundakilere göre daha yüksek olma eğiliminde olduğu görülmüştür. Telafi davranışları ile ilgili literatürde bir çalışma bulunmaması sebebiyle bu sonuç eleştiriye tahammülsüzlük maddelerinin içeriği incelenerek değerlendirilmiştir. Maddeler işler kötüye gittiğinde başkalarını suçlamak, eleştirildiğinde savunmaya geçmek, uzlaşmada zorlanmayı içermektedir. Panik bozukluğu tanısı alan kişilerin zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma alanındaki şemalardan kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar aldıkları göz önüne alınarak, bu kişilerin kendilerine olan güvenlerinin zayıf oldukları düşünülebilir ve şemaların hissettirdikleri bu güvensizlik ve olumsuz duyguları yaşamamak adına telafi davranışı olarak eleştiriye tahammülsüzlüğü kullandıkları kanısına varılabilir. Elde edilen bu bilgilerin literatüre yeni bir katkı sağlamasına ve yapılacak çalışmalar

için rehber olmasına karşın daha önceden yapılan benzer bir çalışma bulunmaması nedeniyle bulguların kıyaslanmasına olanak bulunamamıştır

5.5. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerden Oluşan Grupta Kullanılan Kaçınma Davranışlarının Değerlendirilmesi

Pek çok davranış örneği olabilecek kaçınma davranışı temelde, kişinin algıladığı zor durumlardan kurtulmasını hedefleyen başa çıkma biçimidir (Jacob, Genderen, ve Seebauer, 2014). Panik bozukluğu tanısı alan bireylerin kaçınma davranışlarını incelemek için yapılan analizde, panik bozukluk tanısı alan bireylerin karşılaştırma grubuna kıyasla psikosomatizm ve sıkıntıyı yok sayma alt boyutlarından anlamlı olarak yüksek puan aldıkları görülmektedir. Psikosomatizm boyutundaki maddeler tıbbi bir problem gibi görünen ancak getiren fakat tamamen tıbbi bir durumla açıklanamayan fiziksel belirtileri içerir (Kırkpınar ve ark, 2014). Pek çok çalışmada kaçınma puanlarının yüksek olması ile somatizasyon arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Güleç, 2009). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar da önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Sıkıntıyı yok sayma boyutu ise sıkıntı ya da acı yaşamanın olduğundan daha kötü görünmesi, felaketeleştirilmesi ile bağlantılıdır. Bu kaçınma davranışını kullanan bireyler için sıkıntı ya da acı, baş edilemeyecek kadar korkunç ve zor bir durum olarak algılanır. Çalışma sonucunda panik bozukluğu tanısı alan bireylerin şemalar aktive olduklarında ortaya çıkan yoğun olumsuz duyguları engellemek, bununla yüzleşmemek amacıyla sıkıntıyı yok saymaya eğilimli oldukları söylenebilir. Bu davranış ise asıl sıkıntının görmezden gelinmesine- yok sayılmasına sebep olarak uyum bozucu şemalarının sürmesine katkı sağlar.

5.6. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalar Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışlarının Psikoterapi Alma Açısından Değerlendirilmesi

Panik bozukluğu tanılı olguların YŞÖ alt boyut puanları daha önce terapi alıp almamalarına göre değerlendirildiğinde; geçmişte terapi almış olguların Duygusal yoksunluk puanlarının, almayanlara göre daha düşük olduğu görülürken, YŞÖ'nün diğer alt boyutlarında ise gruplar arasında fark görülmemiştir. Alınan bu psikoterapilerin hangi yaklaşım çerçevesinde ilerlediği ve ne kadar sürdüğü bilinmemekle birlikte, psikoterapinin duygusal yoksunluk üzerinde etkili olduğu ve yapılandırılmış düzenli bir psikoterapinin diğer erken dönem uyum bozucu şemaların etkilerini azaltacağı düşünülmektedir

YTÖ alt boyutları terapi almış ve almamış Panik bozukluğu olguları arasında değerlendirildiğinde, iki grup arasında hiçbir boyut için fark görülememiştir. Bu durum panik bozukluğu tanısı alan kişilerin daha çok kaçınma stratejilerini kullanmaları ile açıklanabilir.

YKÖ alt boyutları terapi almış ve almamış panik bozukluğu olguları arasında değerlendirildiğinde, geçmişte terapi almış olguların hissizlik/duyguları bastırma puanlarının daha düşük olduğu görülürken, YKÖ'nün diğer alt boyutlarında fark görülmemesinden yola çıkılarak, terapinin kaçınma davranışı olan hissizlik/duyguları bastırmanın daha az kullanımında etkili olduğu ve yapılandırılmış düzenli bir terapinin diğer kaçınma stratejilerinin kullanımını da azaltacağı düşünülmektedir.

5.7. Panik Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerin Şemalar Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışlarının İlaç Kullanma Açısından Değerlendirilmesi

Panik bozukluğu tanılı olguların YŞÖ alt boyut puanları daha önce ilaç tedavisi alıp almamalarına göre değerlendirildiğinde geçmişte ilaç kullanmış olguların tehditlere dayanıksızlık puanlarının almamış olanlara göre daha düşük olduğu görülürken, YŞÖ'nün diğer alt boyutlarında ise fark görülmemiştir. Son dönemlerde ilaç kullanımının şemalar üzerindeki etkililiğini araştıran çalışmalar sürmekle birlikte, bu bulgu ilaç kullanımının tehditlere karşı dayanıksızlık şemasının etkililiğini azaltabileceğini göstermektedir.

YKÖ alt boyutları ilaç tedavisi almış ve almamış panik bozukluğu olguları arasında değerlendirildiğinde; ilaç tedavisi almış olan olguların sıkıntıyı yok sayma ve hissizlik puanlarının daha düşük olduğunun görülmesi ilaç kullanımının kaçınma davranışları üzerinde etkili olduğuna işaret etmektedir.

İlaç kullanımının düzeni ve devamlılığı bilinmemekte ve bu araştırmayı sınırlı hale getirmektedir ancak elde edilen kısıtlı bulguların yapılacak diğer çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, panik bozukluğu tanısı alan bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre daha çok erken dönem uyum bozucu şemaya sahip oldukları ve şemalarının aktivasyonu sonucu ortaya çıkan olumsuz duygularla baş edebilmek amacıyla daha çok kaçınma tepkileri gösterdiklerini vurgulamaktadır. Bu kişilerin daha yüksek oranlarda çocukluk/ ergenlikte travmatik olay ve fiziksel rahatsızlık yaşadıkları, yine daha yüksek oranda ailede fiziksel/ psikolojik tanı varlığının olduğu da diğer önemli bulgulardır.

Araştırmanın kısıtlıklarına rağmen, elde edilen bulgular, panik bozukluğunun altında bazı erken dönem uyum bozucu şemaların bulunduğu ve bu şemaların ortaya çıkardığı olumsuz duyguları engellemek amacıyla kişilerin kaçınma stratejileri geliştirdiğine ve bu stratejilerin de panik bozukluğun devam etmesinde etkili olduğuna işaret etmektedir. Böylece, panik bozukluğunun Şema Modeli çerçevesinde kavramsallaştırılabileceği ve bu kavramsallaştırma aracılığıyla ile panik bozukluğuna yönelik şema terapi tedavilerinin geliştirilebileceği, bozukluğa özgü inançların ve bu inançları devam ettiren uyumsuz başa çıkma tepkilerinin daha sağlıklı yollarla değiştirilmesine olanak sağlanacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Alcan, N. Ç. (2004). *Panik bozuklukta yaşam kalitesi*. Tıpta uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Alkın, T. (2002). Birinci basamakta panik bozukluğu tedavisi. *Klinik Psikiyatri* ,5(3), 22-31.
- Alkın, T., Monkul, S. ve Onur, E. (2004). Panik-agorafobi spektrumu kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 15(3), 215-223.
- Altıntaş, E., Uğuz, Ş., ve Levent, B. A. (2015). Panik bozuklukta yaşam kalitesi: 3 aylık izlem çalışması. *Cukurova Medical Journal* , 40(2), 288-297.
- Anlı, İ. ve Can, Y. (2017). Alkol kullanım bozukluklarında erken dönem uyumsuz şemaların üstesinden gelme biçimleri: şema terapi çerçevesinde bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi* , 18(32), 15-31.
- Arslan, M. (2002). *Panik bozuklukta başlangıç ve klinik özellikleri açısından cinsiyet farklılıkları*. Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Atalay, N. D. ve Bayraktar, E. (1995). Panik atağı ve panik bozukluk. *Türkiye Psikiyatri Dizini Anksiyete Monografıları Serisi*, (6), 225-254
- Atay, İ. M., Eren, İ. ve Gündoğar, D. (2012). Isparta il merkezinde intihar girişimi: ölüm düşünceleri yaygınlığı ve risk faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 23(2), 89-98.
- Ateşçi, F. Ç., Karadağ, F., Amuk, T., Özdel, O. ve Oğuzhanoğlu, N. K. (2003). Panik bozukluğunda özkıyım düşünceleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 4(2), 81-86.
- Bakım, B., Karamustafalıoğlu, O., Akpınar, A., Tankaya, O., Özçelik, B., Ceylan, Y. Yavuz, B., Bozkurt, S., Alpak, G. ve Gönenli, S., (2011). Panik bozukluk hastlarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının cinsel işlev üzerine etkileri. 24:182-188. doi: 10.5350/DAJPN2011240303.

- Ball, S. A. and Young, J. (1998). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. *Cognitive and Behavioral Practice* , 270-281.
- Başaran, S. K. ve Sütçü, S. T. (2016). Panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):79-94. doi:10.18863.
- Beck, A. and Emery, G. (2015). Anksiyete bozuklukları ve fobiler. (V. Öztürk, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Bortolon, C., Capdevielle, D. and Boulenger, J.P. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.018i>.
- Böke, Ö., Pazvantoğlu, O., Babadağı, Z., Ünverdi, E., Ay, R. ve Şahin, A. R. (2015). Panik bozukluğunda üst bilişler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* ,16(1), 1-6.
- Burke, KC., Burke, JD., Regier, DA. and Rae, DA., (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arc Gen Psychiatry*, 46(7), 511-518.
- Burns, D. (2016). Panik atakta ilaçsız yeni anksiyete terapisi ile hayatınız değişebilir. (M. Şaşıoğlu, Çev.). İstanbul: Psikonet.
- Caner, M., (2009). *Evli bireylerde kendi ebeveynlerini algılama biçimleri, erken dönem uyum bozucu şemalar ve eşe yönelik değerlendirmeler arasındaki ilişkiler: şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Delice, M., Tabo, A., Alataş, G. ve Alagün, M. (2015). Panik bozukluğu olan hastalarda eksen 1 ve eksen 11 eştanısı açısından cinsiyet farklılıkları. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 28:58-65. doi: 10.5350/DAJPN2015280106
- Demet, M. ve Çökmüş, F. P. (2017). Panik bozukluğunda tanısal değerlendirme ve tedavi seçimi. *53. Ulusal Psikiyatri Kongresi*. Bursa.
- Deniz, İ. (2014). *Panik bozukluk tanılı hastaların çocukluk çağı ihmal ve/veya istismar yaşantıları yönünden incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- Diler, R. S., Tamam, L. ve Özpoyraz, N. (1998). Panik bozukluğu sağaltımında bilişsel-davranışçı terapi ve farmakoterapi: Bir olgu. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 23(4), 233-239.
- Doğan, O. (2012). The epidemiology of anxiety disorders. *Anatolian Journal of Psychiatry* , 158-164.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U. and Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 151(3), 413-420.
- Ergil, G. (2006). *Panik bozukluğu hastaları ve birinci derece akrabalarında afektif mizacın araştırılması*. Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Fard, ZG., Scneheider, S., Hudson, JL., Habibi, M., Pooravari, M. and Heidair, ZH. (2014). Early maladaptive schemas as predictors of child anxiety: the role of child and mother schemas. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 1 (2), 9-18.
- Farrelı, J. M., Reiss, N. and Shaw, I. (2015). Şema terapi klinisyenin rehberi. (S. Alkan, Çev.). İstanbul: Psikonet.
- Geçtan, E. (2003). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Metis yayınları.
- Gomes, A. L. and Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Arch Sex Behav* , 311-320.
- Güleç, M. (2009). Psikosomatik hastalıklarda mizaç ve karakter. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(3), 201-214.
- Gewelt, SE. (2017). *Early maladaptive schemas in anxiety disorders-an investigation of schemas' relation to symptoms in a complex sample*. Master's thesis, University of Oslo, Oslo.
- Hamilton, S. P., Fyer, A. J., Durne, M., Heiman, G. A., Leon, A. B. and Hodge, S. E. (2003). Further genetic evidence for a panic disorder syndrome mapping to chromosome 13q. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* , 2550-2555.
- Hawke, L. D. and Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* , 257-276.

- Halford, K., Doolan, B. and Eadie, K., (2002). Schemata as moderators of clinical effectiveness of a comprehensive cognitive behavioral program for patients with depression or anxiety disorders. *Behavior Modification*, 26(5), 571–593.
- Hedley, L. M., Hoffart, A. and Sexton H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(2), 131-142.
- İzci, F. (2011). *Panik bozukluğu olan hastalarda alekstimi ile mizaç ve karakter özelliklerinin klinik değişkenlerle ilişkisi*. Tıpta uzmanlık tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Jacob, G., Genderen, H. v. and Seebauer, L. (2014). *Mod terapisi*. (N. Azizlerli, Çev. İstanbul: Psikonet.
- Kaldırımçı, AT. (2014). *Panik bozukluk ve ağrı bozukluğu olgularında bağlanma stilleri, ayrılma anksiyetesi, savunma biçimleri, mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması*. Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni* ,45(2), 65-74.
- Karaosmanoğlu, A. (2016). *Eyvah ! Kötü bir şey olacak*. İstanbul : Psikonet.
- Karaosmanoğlu, A., Soygüt, G. ve Kabul., H. (2011). Psychometric properties of the Turkish Young compensation inventory. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 20, 171-179.
- Klaus, NM., Fristad, MA. (2008). Internalizing condition. Wolraich, ML., Drotar, DD., Dworkin, PH., Perrin, EC. (Ed), *Devolopment behavioral pediatrics* (627-668). İngiltere: Mosby.
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M., ve Erkmen, H. (2003). Panik bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam* ,16(4), 219-222.
- Kwak, K. H. and Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Resarch* , 230(3), 757-762.
- Kırkpınar, İ., Deveci, E., Çamur, D., Kılıç, A. (2014). Somatoform bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 84-93.

- Lochner, C., Seedat, S. and Stein, D. J. (2010). Chronic hair-pulling: Phenomenology-based subtypes. *Journal of Anxiety Disorders* , 24(2), 196-202.
- Nordahl, H. M. and Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* , 254-264.
- Özbay, D. (2009). *Panik bozukluğu olan hastalarda c02 inhalasyonu ile panik atağı sırasında, serebral kan akımının spect ile değerlendirilmesi*. Tıpta uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Özdemir, S., Ünal, S. ve Özdemir, F. (2016). Panik bozukluğu ve major depresyonda bağlanma boyutlarının araştırılması. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* , 2(1), 40-45.
- Özen, EM., Serhadlı, NA., Türkcan, AS. ve Ülker., GE. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon, *Düşünen Adam*, 23(1), 60-65.
- Özkan, M., Özen, Ş. ve Öztunç, N. (2005). Panik bozukluğunda komorbid eksen-1 bozukluklarının oluşumunda travmatik yaşam olaylarının rolü. *Klinik Psikiyatri* , 8(1),53-59.
- Özsoy, F. ve Kuloğlu, M. (2017). Major depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üst bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi. *Journal Of Contemporary Medicine* ,7(1), 42-49.
- Priemer, M., Talbot, F. and French, DJ. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: a randomised controlled trial. *Behaviour Change*, 32(1), 59-73.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. and Young, J. E. (2012). Şema terapi ayırıcı özellikler. (M. Şaşıoğlu, Çev.). İstanbul : Piskonet.
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. and Huibers, M. (2013). treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 20(2), 166-180. doi: 10.1111/cpsp.12032.
- Samancı, A., Uçarar, N., Erkmen, H., Şahin, H. ve Karaman, E. (1998). Panik bozukluk, sekonder depresyon ve deksametazon supresyon testi. *Klinik Psikofarmakoloji* , 8(2), 81-89.

- Saygılı, S. ve Karamustafalıoğlu, O. (2010). Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Düşünen Adam Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , 23(1), 32-37.
- Sebre, S., Sprugevica, I., Bonevski, D., Pakalniskiene, V., Popescu, D. and Turchina, T., (2004). Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse & Neglect the international journal*, 28(1), 113-127.
- Soygüt, G. ve Demir, E. Y. (2014). Şema terapisi ile izlenen bir olgu bağlamında panik bozukluğu ile şemalar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dizini Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* , 3(2), 109-115.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young şema ölçeği kısa form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84
- Sümer, H. (2016). *Panik Atak, anksiyete ve depereyon ruhun gemisi*. İstanbul: Cinius Yayınları.
- Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R. ve Çekem, B. (2009). Bağlanma ve psikopatoloji: bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24 (63), 38-45.
- Tamam, L. (2009). Panik Bozukluk. *Aktuel Medicine* , 17(3), 32-38.
- Türkçapar, H. (2016). Panik bozukluk ve agorafobinin bilişsel davranışçı tedavisi. Hakan Türkçapar'a ait 2015-16 bahar yarıyılı ders notları. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü, Gaziantep.
- Unoka, Z., Tollgyes, T., Czobor, P. and Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* , 198(6), 1-7.
- Varol, Ş. (1990). *Lise son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeylerini etkileyen bazı etmenler*. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G. ve Gnel, B. (2003). Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta depresyon ve kişilik bozukluğu komorbiditesi. *Düşünen Adam Dergisi*,16(1): 28-34.
- Yoosefi, A., Rajeziesfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Asaadi, A. and Maleki, F. (2016). Early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Global Journal of Health Science* , 8(10), 167-177.
- Young, J. and Klosko, J. (2011). Hayatı yeniden keşfedin.(D. Güler, ev.). İstanbul: Psikonet.
- Zadahmad, M. ve Torkan, H. (2016). Investigation of the multiple relationships between early maladaptive schemas and coping styles with anxiety. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(1), 49-53.
- Zileli, L. (1981). Psikonevrozlar. O. Öztürk. (Ed), *Ruh sağlığı ve hastalıkları* (195-221). Ankara: Meteksan.

EKLER

Ek 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi Psikolojik Danışman Zümrüt ERDEM tarafından yürütülen "*Panik Bozukluğu Hastalarında Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışlarının Şema Terapi Modeli Çerçevesinde İncelenmesi*" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı panik bozukluğu hastalarında bulunan erken dönem uyum bozucu şemaların incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya zumrutdogan2@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:..... İmzası:.....

Ek 2 Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Öğrenim düzeyiniz:

() Okur-yazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Üniversite mezunu () Master/ Doktora

4. Bir işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

5. Medeni durumunuz nedir ?

() Bekar () Evli () Boşanmış

6. Çocuğunuz var mı?

() Var () Yok

7. Ailenin eğitim durumu

Annenizin Eğitimi:

Okur yazar değil ()
İlkokul mezunu ()
Ortaokul mezunu ()
Lise mezunu ()
Üniversite mezunu ()

Babanızın eğitimi:

okur yazar değil ()
ilkokul mezunu ()
ortaokulmezunu ()
lise mezunu ()
üniversite mezunu ()

8. Aileden birinin tanısı konulmuş kronik hastalığı :

() Yok () Var, fiziksel () Var, psikolojik

9. Çocukluk ya da ergenlik döneminde önemli bir fiziksel rahatsızlık geçirdiniz mi?
Varsa belirtiniz:

() Var () Yok

10. Şu anda herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?

() Var () Yok

11. Çocukluk ya da ergenlik döneminde travmatik yaşam öykünüz var mı? (cinsel ya da fiziksel istismar, doğal felakaetler, kaza, ciddi bir hastalık, işkence, ölüm tehditi, yakın kaybı, vb)

Var

Yok

12. Daha önce psikolojik nedenlerle ilaç tedavisi aldınız mı?

Evet

Hayır

13. Daha önce psikoterapi hizmeti aldınız mı?

Evet

Hayır

14. Tanı aldığınız hastalıkla ilgili var olan kaç yaşınızda başladı?

Ek 3 Young Şema Ölçeği

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğimize dayanarak cevap verin.

Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1-** Benim için tamamıyla yanlış
- 2-** Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3-** Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4-** Benim için orta derecede doğru
- 5-** Benim için çoğunlukla doğru
- 6-** Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. ____ Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. ____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. ____ Uyumsuzum.
5. ____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. ____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. ____Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. ____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. ____Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlılarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseydiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyarak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.

19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. ____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. ____Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. ____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.

38. _____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hissedebilir veya suçluluk duyarız
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İstediklerimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissedirim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarımı ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissedirim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.

59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissedirim.

77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

Ek 4 Young Telafi Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. **Eğer isterseniz ifadeyi size en yakın gelecek şekilde yeniden yazıp derecelendirebilirsiniz.** Daha sonra 1 den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

beni gözetmeyeceklerinden

A: Örnek: ---4---İnsanların benden hoşlanmayacaklarından ^ endişe duyarım

1. ___ Kırıldığımı çevremdeki insanlara belli ederim.
2. ___ İşler kötü gittiğinde sıklıkla başkalarını suçlarım.
3. ___ İnsanlar beni hayal kırıklığına uğrattığında veya ihanet ettiğinde çok fazla öfkelenir ve bunu gösteririm.
4. ___ İntikam almadan öfkem dinmez.
5. ___ Eleştirildiğimde savunmaya geçerim.
6. ___ Başarılarımı veya galibiyetimi başkalarının taktir etmesi önemlidir.
7. ___ Pahalı araba, elbiseler, ev gibi başarının görünür ifadeleri benim için önemlidir.
8. ___ En iyi ve en başarılı olmak için çok çalışırım.
9. ___ Tanınmış olmak benim için önemlidir.
10. ___ Başarı, ün, zenginlik, güç veya popülerite kazanma ile ilgili hayaller kurarım.
11. ___ İlgi odağı olmak hoşuma gider.
12. ___ Diğer insanlardan daha cilveli / baştan çıkarıcı bir insanımdır.
13. ___ Hayatımda düzen olmasına çok önem veririm (Organizasyon, düzenlilik, planlama, gündelik işler).
14. ___ İşler kötü gitmesin diye çok çaba harcarım.
15. ___ Hata yapmamak için karar verirken kılı kırk yararım.
16. ___ Çevremdeki insanların yaptıklarını fazlasıyla kontrol ederim.
17. ___ Çevremdeki insanlar üzerinde denetim veya otorite sahibi olabildiğim ortamlardan hoşlanırım.
18. ___ Hayatımla ilgili bir şey söyleyen, bana karışan insanlardan hoşlanmam.
19. ___ Uzlaşmakta veya kabullenmekte çok zorlanırım.
20. ___ Kimseye bağımlı olmak istemem.
21. ___ Kendi kararlarımı almak ve kendime yeterli olmak benim için hayati önem taşır.
22. ___ Bir insana bağlı kalmakta veya yerleşik bir düzen kurmakta güçlük çekerim.
23. ___ İsteddiğimi yapma özgürlüğüm olması için “bağımsız biri” olmayı tercih ederim.
24. ___ Kendimi sadece bir iş veya kariyerle sınırlamakta zorlanırım, hep başka seçeneklerim olmalıdır.
25. ___ Genellikle kendi ihtiyaçlarımı başkalarınınkinden önde tutarım.
26. ___ İnsanlara sık sık ne yapmaları gerektiğini söylerim. Her şeyin doğru bir şekilde yapılmasını isterim.

27. ___ Diğer insanlar gibi önce kendimi düşünürüm.
28. ___ Bulduğum ortamın rahat olması benim için çok önemlidir (örn: ısı, ışık, mobilya).
29. ___ Kendimi asi biri olarak görürüm ve genellikle otoriteye karşı koyarım.
30. ___ Kurallardan hoşlanmam ve onları çiğnemekten mutlu olurum.
31. ___ Hoş karşılanmasa veya bana uymasa da alışılmışın dışında olmayı severim.
32. ___ Toplumun standartlarında başarılı olmak için uğraşmam.
33. ___ Çevremdekilerden hep farklı oldum.
34. ___ Kendimden bahsetmeyi sevmem ve insanların özel yaşamımı veya hislerimi bilmelerinden hoşlanmam.
35. ___ Kendimden emin olmasam da veya kendimi kırılmış hissetsem de başkalarına hep güçlü görünmeye çalışırım.
36. ___ Değer verdiğim insana yakın dururum ve sahiplenirim.
37. ___ Hedeflerime ulaşmak için sık sık çıkarlarım doğrultusunda yönlendirici davranışlarda bulunurum.
38. ___ İstedikimi elde etmek için açıkça söylemektense dolaylı yollara başvururum
39. ___ İnsanlarla aramda mesafe bırakırım; bu sayede benim izin verdiğim kadar beni tanırlar.
40. ___ Çok eleştiririm.
41. ___ Standartlarımı korumak ve sorumluluklarımı yerine getirmek için kendimi yoğun bir baskı altında hissederim.
42. ___ Kendimi ifade ederken sıklıkla patavatsız veya duyarsızımdır.
43. ___ Hep iyimser olmaya çalışırım; olumsuzluklara odaklanmama izin vermem.
44. ___ Ne hissettiğime aldırmadan çevremdekilere güler yüz göstermem gerektiğine inanırım.
45. ___ Başkaları benden daha başarılı veya daha fazla ilgi odağı olduğunda kıskanırım veya kötü hissederim.
46. ___ Hakkım olanı aldığımdan ve aldatılmadığımdan emin olmak için çok ileri gidebilirim.
47. ___ İnsanları gerektiğinde şaşırtıp alt edebilmek için yollar ararım, dolayısı ile benden faydalanamazlar veya bana kötülük yapamazlar.
48. ___ İnsanların benden hoşlanması için nasıl davranacağımı veya ne söyleyeceğimi bilirim.

Ek 5 Young Kaçınma Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Daha sonra 1 den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ___ Beni üzen konular hakkında düşünmemeye çalışırım.
2. ___ Sakinleşmek için alkol alırım.
3. ___ Çoğu zaman mutluyumdur.
4. ___ Çok nadiren üzgün veya hüzünlü hissederim.
5. ___ Akli duygulara üstün tutarım.
6. ___ Hoşlanmadığım insanlara bile kızmamam gerektiğine inanırım.
7. ___ İyi hissetmek için uyuşturucu kullanırım.
8. ___ Çocukluğumu hatırladığımda pek bir şey hissetmem.
9. ___ Sıkıldığımda sigara içerim.
10. ___ Sindirim sistemim ile ilgili şikayetlerim var (Örn: hazımsızlık, ülser, bağırsak bozulması).
11. ___ Kendimi uyuşmuş hissederim.
12. ___ Sık sık baş başım ağrır.
13. ___ Kızgınken insanlardan uzak dururum.
14. ___ Yaşıtlarım kadar enerjim yok.
15. ___ Kas ağrısı şikayetlerim var.
16. ___ Yalnızken oldukça fazla TV seyredirim.
17. ___ İnsanın duygularını kontrol altında tutmak için aklını kullanması gerektiğine inanırım.
18. ___ Hiç kimseden aşırı nefret edemem.
19. ___ Bir şeyler ters gittiğindeki felsefem, olanları bir an önce geride bırakıp yola devam etmektir.
20. ___ Kırıldığım zaman insanların yanından uzaklaşıyorum.
21. ___ Çocukluk yıllarımı pek hatırlamam.
22. ___ Gün içinde sık sık şekerleme yaparım veya uyurum.
23. ___ Dolaşırken veya yolculuk yaparken çok mutlu olurum.
24. ___ Kendimi önümdeki işe vererek sıkıntı hissetmekten kurtulurum.

25. ___ Zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.
26. ___ Sıkıntılı olduğumda iyi hissetmek için bir şeyler yerim.
27. ___ Geçmişimle ilgili sıkıntılı anıları düşünmemeye çalışırım.
28. ___ Kendimi sürekli bir şeylerle meşgul edip düşünmeye zaman ayırmazsam daha iyi hissederim.
29. ___ Çok mutlu bir çocukluğum oldu.
30. ___ Üzgünken insanlardan uzak dururum.
31. ___ İnsanlar kafamı sürekli kuma gömdüğümü söylerler; başka bir deyişle, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelirim.
32. ___ Hayal kırıklıkları ve kayıplar üzerine fazla düşünmemeye eğilimliyim.
33. ___ Çoğu zaman, içinde bulunduğum durum güçlü duygular hissetmemi gerektirse de bir şey hissetmem.
34. ___ Böylesine iyi ana-babam olduğu için çok şanslıyım.
35. ___ Çoğu zaman duygusal olarak tarafsız/ nötr kalmaya çalışırım.
36. ___ İyi hissetmek için, kendimi ihtiyacım olmayan şeyler alırken bulurum.
37. ___ Beni zorlayacak veya rahatımı kaçırarak durumlara girmemeye çalışırım.
38. ___ İşler benim için iyi gitmiyorsa hastalanırım.
39. ___ İnsanlar beni terk ederse veya ölürse çok fazla üzülmem.
40. ___ Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni ilgilendirmez.

