



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PANİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ERKEN DÖNEM
UYUM BOZUCU ŞEMALAR VE İNTİHAR OLASILIĞI İLE
İLİŞKİSİ

Dr. Havvanur KATMER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

BURSA/2025



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PANİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ERKEN DÖNEM
UYUM BOZUCU ŞEMALAR VE İNTİHAR OLASILIğI İLE
İLİŐKİŐİ

Dr. Havvanur KATMER

Tez DanıŐmanı: Doç. Dr. Rukiye AY DİKER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum başta tez danışman hocam Doç. Dr. Rukiye Ay Diker olmak üzere Prof. Dr. Süheyla Ünal, Prof. Dr. Ömer Şenormancı, Prof. Dr. İbrahim Taymur, Doç. Dr. Güliz Şenormancı, Doç. Dr. Sinay Önen, Doç. Dr. İlkey Keleş Altun, Doç. Dr. Çetin Turan ve Başasistan Uz. Dr. E. Merve Akdağ ve sayın Klinik Psikolog Ersin Budak'a,

Birlikte yola çıktığım, uzmanlık eğitim sürecinin büyük bir kısmında yanlarında bulunamasam da bana olan desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Uzm. Dr. Melike Özaydın, Uzm. Dr. Fatma Nur Baldan Bahar ve Uzm. Dr. Veysel Doğan'a,

Tez sürecini birlikte yürüttüğüm, desteklerini esirgemeyen sevgili Dr. Hilal Büşra Ardiç Usta' ya,

Asistanlık sürecimde tanışma ve çalışma fırsatı bulduğum, birlikte zorluklara göğüs gerdiğimiz, birlikte gülüp eğlendiğimiz asistan arkadaşlarım ve tüm çalışma ekibimize,

Sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim, beni bugüne getiren canım annem babam ve ablama,

Her çağırıldığında sorgusuz koşup gelen, ilk göz ağrım, en iyi arkadaşım canım kardeşim Av. Mustafa Yıldırım' a

Çalışma hayatım boyunca verdiğim tüm kararlarda desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Uzm. Dr. Numan Alperen Katmer ve büyük aileme,

Son olarak da biriciğim, motivasyon kaynağım, canım kızım Beren Bilge'me en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Havvanur KATMER

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMA VE SİMGELER.....	iv
TABLolar.....	v
EK LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. PANİK BOZUKLUK.....	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Tanı ve Klinik Özellikler.....	2
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji.....	6
2.2. ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR.....	8
2.2.1. Şema Kavramının Tanımı ve Tarihçesi.....	8
2.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Oluşumu ve Değerlendirilmesi	9
2.2.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Panik Bozukluk.....	14
2.3. İNTİHAR.....	15
2.3.1. İntihar Davranışının Epidemiyolojisi.....	15
2.3.2. İntihar Risk Faktörleri.....	16
2.3.3. İntihar Kuramları.....	17
2.3.4. İntihar ve Panik Bozukluk.....	18
2.3.5. İntihar ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar.....	19

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
3.1. ÖRNEKLEM.....	20
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.2.1. Olgu Rapor Formu.....	21
3.2.2. Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ).....	21
3.2.3. Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ).....	21
3.2.4. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3).....	22
3.2.5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ).....	23
3.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	23
3.2.7. Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	24
3.3. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	41
6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	51
7. SONUÇ.....	51
8. KAYNAKLAR.....	52
9. EKLER.....	59

KISALTMA VE SİMGELER

ACTH: Adrenocorticotropic Hormone

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDUBŞ: Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

ICD: International Classification of Disease

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

KG: Kontrol Grubu

NPY: Nöropeptid Y

PAÖ: Panik ve Agorafobi Ölçeği

PB: Panik Bozukluk

PBŞÖ: Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği

RDC: Research Diagnostic Criteria

TŞP: Toplam Şema Puanı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YŞÖ-KF3: Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3

TABLULAR

Tablo 1: PB ve KG grupları arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması.....	25
Tablo 2: PB ve KG grupları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması.....	26
Tablo 3: PB grubunda psikofarmakolojik tedavi.....	27
Tablo 4: PB grubunda PBŞÖ ve PAÖ skorlarının dağılımı.....	27
Tablo 5: PB grubunda PBŞÖ, PAÖ alt ölçekleri ile diğer psikometrik ölçümler arasındaki korelasyon.....	28
Tablo 6: PB ve KG arasında YŞÖ-KF3 skorlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 7: PB ve KG arasında İÖÖ skorlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 8: PB grubunda İÖÖ ile YŞÖ-KF3 arasındaki korelasyon.....	33
Tablo 9: KG' de İÖÖ ile YŞÖ-KF3 arasındaki korelasyon.....	35
Tablo 10: PB grubunda İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorlarının etkinliği.....	37
Tablo 11: KG' de İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorlarının etkinliği.....	38
Tablo 12: İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada YŞÖ-KF3, PBÖ, BDE, BAE skorlarının etkinliği.....	39

EK LİSTESİ

EK-1 OLGU RAPOR FORMU.....	59
EK-2 PANİK VE AGORAFOBİ ÖLÇEĞİ (PAÖ).....	60
EK-3 PANİK BOZUKLUK ŞİDDET ÖLÇEĞİ (PBŞÖ).....	65
EK-4 YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORM-3 (YŞÖ-KF3).....	67
EK-5 İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İÖÖ).....	71
EK-6 BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE).....	72
EK-7 BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE).....	75



ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Panik Bozukluk (PB) vakaları ve sağlıklı gönüllülerde erken dönem uyum bozucu şemalar (EDUBŞ) ve intihar olasılığı ile ilişkisinin karşılaştırılması ve PB vakalarında EDUBŞ ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmamız hastanemiz psikiyatri polikliniklerine tedavi olmak amacıyla başvuran, DSM-5 aracılığıyla yapılan görüşme ile PB tanısı doğrulanmış 65 kişi ve aktif psikiyatrik şikâyeti ve tanısı olmayan, yüz yüze görüşme yapıp genel psikopatoloji açısından değerlendirilmiş 65 kişiden oluşan Kontrol Grubu (KG) ile yapılmıştır. Tüm katılımcılar Olgu Rapor Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE); Pb grubu ayrıca Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ), Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: PB grubunda PAÖ Toplam puanları ile YŞÖ-KF3 tüm şema puanları, İÖÖ Toplam Puan, BAE, BDE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. PB grubu vakaların KG' ye göre YŞÖ-KF3 şema puan ortalamalarının çoğu (Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim, Cezalandırıcılık, Yüksek Standartlar hariç hepsi) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. İntihar olasılığı açısından gruplar karşılaştırıldığında; PB grubu vakaların KG' ye göre, İÖÖ Toplam Puan ve tüm alt ölçek (Umutsuzluk, İntihar Düşüncesi, Olumsuz Kendilik, Düşmanlık) puanları, BDE ve BAE ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. İÖÖ Toplam Puan skorlarının PB grubunda %72'sinin, KG' de %52'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorları tarafından açıklandığı bulundu. İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada PB grubunda sadece BDE skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulunurken, KG' de BAE ve YŞÖ-KF3 Kusurluluk skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Yapılan hiyerarşik doğrusal regresyon analizi incelendiğinde her iki grubun da İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada sadece TŞP (Toplam Şema Puanı) skorlarının

istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu; BDE, BAE ve PAÖ puan toplamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili olmadığı görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda PB vakalarında EDUBŞ' nin yaygın olduğu, PB grubunda KG' ye göre daha fazla EDUBŞ görüldüğü, bu şemaların intihar olasılığı, anksiyete ve depresif belirtilerle korelasyon gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Her ne kadar uyum bozucu şema yaygın görülse de PB vakalarında intihar olasılığı ile sadece depresif belirtilerin ilişkili olduğu, PB olmayan vakalarda ise kusurluluk şeması ve anksiyete belirtilerinin ilişkili olduğu görüldü. Çalışmamız regresyon modellerinden elde edilen sonuçlar klinisyenlerin intihar olasılığını azaltmada PB vakalarında depresyona, PB olmayan vakalarda ise kusurluluk şeması ve anksiyete belirtilerine odaklanmalarının yararlı olabileceğini göstermiştir. Buna ek olarak genel şema skorları dikkate alındığında her iki grupta da şemaların intihar olasılığını belirleyen önemli bir değişken olduğu; bu nedenle şemaların kümülatif etkilerinin intihar olasılığı üzerindeki etkilerine klinisyenlerin odaklanmaları gerektiğini akla getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: panik bozukluk, erken dönem uyum bozucu şemalar, intihar olasılığı

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to compare early maladaptive schemas and suicide probability between cases of Panic Disorder (PD) and healthy volunteers, and to evaluate the relationship between early maladaptive schemas and suicide probability in PD cases.

Materials and Methods: This study was conducted with 65 individuals who were diagnosed with panic disorder (PD) through interviews based on DSM-5 criteria and who applied to the psychiatry outpatient clinics of our hospital for treatment, as well as a Control Group (CG) consisting of 65 individuals without active psychiatric complaints or diagnoses, who were evaluated face-to-face in terms of general psychopathology. All participants were assessed using the Case Report Form, Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Panic Disorder Severity Scale (PDSS), Suicide Probability Scale (SPS), Young Schema Questionnaire Short Form-3 (YSQ-SF3), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI)

Results: In the PD group, there was a statistically significant positive correlation between the total PAS scores and all schema scores of YSQ-SF3, the SPS Total Score, as well as the BAI and BDI scores. It was found that the mean schema scores on the YSQ-SF3 were significantly higher in the PD group compared to the CG for most schemas, except for Entitlement/Insufficient Self-Control, Punitiveness, and Unrelenting Standards. When comparing the groups in terms of suicide probability, it was found that the total score of the SPS and all its subscales (Hopelessness, Suicide Ideation, Negative Self-Evaluation, and Hostility), as well as the mean scores of the BDI and BAI, were statistically significantly higher in the PD group compared to the control group. It was found that 72% of the Total Score of İÖÖ in the PB group and 52% in the CG group were statistically significantly explained by YŞÖ-KF3, BDE, and BAE scores. While only BDE scores were found to have a statistically significant effect on explaining the Total Score of İÖÖ in the PB group, BAE and YŞÖ-KF3 Defectiveness scores were found to have a statistically significant effect in the CG group. When the hierarchical linear regression analysis was examined, it was observed that only the Total Schema Score (TSS) had a statistically significant effect on

explaining the SPS Total Scores in both groups, while the total scores of BDI, BAI, and PAS were not statistically significant.

Conclusion: The study concluded that Early Maladaptive Schemas (EMS) are prevalent in PB cases, with the PB group exhibiting a higher prevalence of EMS compared to the CG group. These schemas were found to correlate with suicide probability, anxiety, and depressive symptoms. Although maladaptive schemas were commonly observed, it was determined that only depressive symptoms were associated with suicide probability in PB cases, whereas defectiveness schema and anxiety symptoms were associated in non-PB cases. The findings from the regression models suggest that clinicians may benefit from focusing on depression in PB cases and on defectiveness schema and anxiety symptoms in non-PB cases to reduce suicide probability. Additionally, considering the overall schema scores, it was observed that schemas are a significant variable in determining suicide probability in both groups. This underscores the importance of clinicians focusing on the cumulative effects of schemas on suicide probability.

Keywords: panic disorder, early maladaptive schemas, suicide probability

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Panik bozukluk (PB); beklenmedik ve yineleyen panik ataklarla seyreden, ataklar arası dönemde atakların tekrarlayacağıyla ilgili tasalanma süreci ve/veya kişinin işlevselliğini ve kişiler arası ilişkileri önemli derecede etkileyen davranış değişikliklerine neden olabilen, kronik ve tekrarlayan psikiyatrik bir tablodur (1). Yineleyen panik ataklar sırasında yoğun korku ve içsel sıkıntıya, şiddetli somatik ve bilişsel semptomlar eşlik eder (1,2).

İntihar davranışı; kişinin kendini öldürme niyetiyle kendisinin ölümüne ya da yaralanmasına yol açabilecek bir eylemde bulunması ya da bunu planlamasıdır (3). İntihar, dünya genelinde yaygın bir halk sağlık sorunudur (4). İntiharın en önemli risk faktörü psikiyatrik bozukluklar olup, literatürde intihar olgularının çoğunun anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu, PB' nin intihar riskini genel popülasyona göre 10 kat arttırdığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (4-6).

Şemalar, kişinin çevredekilerle ve kendisiyle olan ilişkisine ait anı, biliş, duygu ve bedensel yaşantılarından oluşan, kendilik ve dünya hakkındaki düşünce ve duygularını etkileyen, süreklilik gösteren kalıplar olarak Young (7) tarafından tanımlanmıştır. Şemalar, katı bir yapıya sahip olup, değişime direnç gösterirler (7). Erken çocukluk döneminde karşılaşılan problemleri çözmek için rehberlik yapan şemalar, temelde devamlılığın sürdürülmesine yardımcı olurken; karşılanmamış temel ihtiyaçlar sonucunda oluşan bazı uyum bozucu şemalar, bu işlevin dışına çıkmakta ve zaman içinde ruhsal bozukluklara neden olabilmektedirler (7-9). Yapılan çalışmalarda kontrol grubuna kıyasla, PB ve diğer anksiyete bozukluğu olan kişilerde EDUBŞ skorlarının daha yüksek olarak bulunduğu bildirilmiştir.(10,11). EDUBŞ' nin varlığı; işlevselliğin bozulmasıyla ve kötü prognozla ilişkilendirilmiş olup uyum bozucu şemaların intihar riski üzerindeki etkisini gösteren çalışmaların sayısı giderek artmaktadır (12,13).

Biz bu araştırmada PB vakalarında, EDUBŞ ve intihar olasılığı ile ilişkisinin sağlıklı kontrollerden farklı olduğu hipotezinden hareketle; PB ile bu fenomenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamız sonucunun PB vakalarında intihar risk faktörlerinin belirlenmesine ve terapötik yaklaşımlara katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 PANİK BOZUKLUK

2.1.1.Tanım

PB; beklenmedik yineleyen panik ataklarla seyreden, kişinin işlevselliğini ve kişiler arası ilişkileri önemli derecede etkileyen, kronik ve tekrarlayan psikiyatrik bir bozukluktur (1). Panik atak sırasında kişide dakikalar içinde doruk noktaya ulaşan DSM-5-TR' de tanımlanan somatik ve bilişsel 13 belirtiden en az dördünün ani olarak ortaya çıktığı yoğun korku ve sıkıntıyla seyreden bir durumdur (1). Panik atakları, PB dışında diğer ruhsal bozukluklar ve birtakım sağlık durumlarında da oraya çıkabilir. PB vakalarında, ataklardan en az birinden sonra panik ataklarının tekrarlayacağıyla ilgili kaygı ve tasalanma ve/ veya bu süreçte kişinin uyumunu bozan davranış değişiklikleri (kaçınma ve güvenlik arama davranışları) görülmektedir (1,2).

2.1.2. Tanı ve Klinik Özellikler

PB, DSM-5-TR ve ICD-11'de Anksiyete Bozuklukları arasında sınıflandırılmıştır (14).

DSM-5-TR PB Tanı Kriterleri şunlardır:

A. Dakikalar içinde doruk noktaya ulaşan aşağıda belirtilen somatik ve bilişsel belirtilerden dördü ya da daha fazlasının ani olarak ortaya çıktığı yoğun korku ve içsel sıkıntıyla seyreden yineleyen ve beklenmedik panik atakları:

- Çarpıntı, kalbin hızlı atması veya küt küt atması
- Terleme
- Titreme ya da sarsılma
- Boğuluyor gibi olma, soluk alıp vermede zorlanma
- Soluğun tıkanıldığını hissetme
- Göğüste sıkışma veya ağrı hissetme
- Karın ağrısı veya bulantı
- Sersemlik, bayılacak gibi hissetme, baş dönmesi, ayakta duramama
- Üşüme, titreme, ateş basması ya da ürperme hissetme

- Uyuşma hissetme (duyumsuzluk veya karıncalanma hissi)
- Kendine yabancılaşma veya gerçek dışılık
- “Çıldırma” korkusu veya denetimini yitirme
- Ölüm korkusu

B. Panik atakların en az birinden sonra, aşağıda belirtilenlerden en az biri, bir ay veya daha uzun süreyle görülür:

- Panik ataklarının tekrarlayacağı ve atakların muhtemel sonuçlarıyla (denetim kaybı, kalp krizi gibi) ilgili devamlı tasalanma ve kaygı duyma
- Panik atağı geçirmemek için tasarlanmış, kişinin uyumunu bozan davranış değişiklikleri gösterme

C. Klinik tablo bir maddenin veya sağlık durumunun fizyolojik etkileriyle açıklanamaz.

D. Klinik tablo başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz (1).

Panik ataklar, PB dışında diğer ruhsal bozukluklar (diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozukluğu vb.) ve birtakım sağlık durumlarında (kardiyak patolojiler, solunumsal patolojiler, vestibüler sistem patolojileri gibi) da ortaya çıkabilir (15). Ancak bunların çoğu PB tanı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamaz (1). DSM-4 de “panik atak tanı kriterleri” DSM-5’te “panik atağı belirleyicisi” olarak yer almıştır (1,16). DSM-5’ te panik atak ruhsal bir bozukluk olarak kodlanamaz (1). PB dışı gelişen panik ataklar bir belirleyici olarak tanıda belirtilmelidir (1). Kulak çınlaması, denetimsiz çığlık atma ya da ağlama gibi kültüre özgü belirtiler panik atak tanısı için gerekli dört belirtiden sayılmamalıdır (1)

Panik atakları farklı şekillerde meydana gelebilmektedir:

Beklenmedik panik atak: PB’ da en sık görülen,, bilinen bir tetikleyici olmadan “beklenmedik” şekilde ortaya çıkarlar (17). PB tanısı konulabilmesi için beklenmedik ve öngörülemeyen yineleyici panik atakların en azından hastalığın başlangıç döneminde görülmesi gerekmektedir (18). Noktürnal panik atağı, kişiyi uykudan uyandıran beklenmedik tür panik atağı olup PB olan kişilerin yaklaşık üçte biri ila dörtte birinde en az bir kez ortaya çıkmaktadır (15).

Duruma bağlı panik atak: Görünür bir tetikleyici varlığında ortaya çıkan, sosyal fobi ve özgül fobide en sık görülen panik atak tipidir (17).

Durumsal olma eğilimli panik atak: Her zaman olmamakla beraber belli ortam ya da durumlarda ortaya çıkan ataklar olup bu tür panik ataklar genellikle agorafobide görülür (17).

DSM-5'te panik atak tipleri doğrudan adlandırılmamış olsa da, DSM-IV'teki "beklenmedik," "duruma bağlı" ve "durumsal yatkınlık gösteren" panik atak kategorilerinin işlevi korunmuştur. DSM-5, bu tipleri daha geniş bir bağlamda ele alır ve panik atakların farklı ruhsal bozukluklarla ilişkisini vurgular.

Vakaların %30-40'ında semptomlar kaybolur, %10-20' sinde semptomlar önemli derecede devam eder %50 sinde ise sınırlı sayıda belirti olarak semptomlar devam eder (19). Ancak sınırlı belirtili ataklar daha uzun sürüp kişide yeti yitimine yol açabilmektedir (2).

Agorafobi ve veya başka komorbid tanıların olması, fobik kaçınmaların fazla ve şiddetli olması, tedavinin gecikmesi, düşük sosyoekonomik düzey PB için kötü prognoz faktörleridir (14). PB tanılı kişilerin %91' inde komorbid psikiyatrik tanı bulunur (2). En sık eşlik eden komorbid durum majör depresif bozukluktur (2).

Agorafobi; kişinin hemen çıkamayacağını veya yardım alamayacağını düşündüğü ortamlarda panik atak ya da benzeri durumlar yaşama korkusu ve bu nedenle bu tür ortamlarda bulunmaktan kaçınmasıdır (17). Agorafobi genellikle panik atakların olumsuz bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (17). DSM-4' te PB agorafobili ve agorafobisiz olarak kodlanmış, DSM-5'te agorafobi PB' dan ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmış ve PB için bir belirleyici olmaktan çıkarılmıştır (1,16). Agorafobi tanısı PB tanısından bağımsız olarak konulabilir (1). Hastanın klinik durumu her iki bozukluk için tanı ölçütlerini karşılaması halinde, iki tanı birlikte konması gerekir (1).

Agorafobi İçin DSM-5-TR Tanı Kriterleri:

A. Aşağıda belirtilen beş durumun iki veya daha fazlasıyla ilgili belirgin kaygı veya korku duyma:

- Toplu taşıma kullanmak.
- Açık alanlarda bulunmak.
- Kapalı alanlarda bulunmak.
- Sırada bekleme veya kalabalık yerlerde bulunmak.

- Yalnız başına ev dışında olmak.

B. Kişi, panik atak belirtileri ya da yetersiz hissettiren, utanç veren (altına kaçırma, düşme korkusu vb.) belirtilerin olması halinde yardım alamayabileceğini ya da kaçmanın güç olabileceğini düşünmesi nedeniyle bu tür durumlardan korkar veya kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı, hemen her zaman, korku veya kaygı doğurur.

D. Agorafobiye neden olan etkenlerden etkili bir şekilde uzak durulur, bir refakatçiye gereksinim duyulur ya da yoğun korku veya yoğun kaygıyla bunlara katlanılır.

E. Agorafobiye bağlı olarak hissedilen korku veya kaygı, gerçek tehlikenin boyutuyla ve içinde bulunulan toplumsal-kültürel bağlamla kıyaslandığında abartılıdır.

F. Kaygı, korku veya kaçınma durumu sürekli ve en az altı ay boyunca devam eder.

G. Kaygı, korku veya kaçınma, klinik olarak farkedilebilir bir sıkıntıya veya kişinin sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bir bozulmaya neden olur.

H. Eğer bireyin sağlık durumu ile ilgili başka bir hastalık (örneğin, inflamatuvar bağırsak hastalığı veya Parkinson hastalığı) mevcutsa, hissedilen korku, kaygı veya kaçınma bu duruma kıyasla belirgin şekilde aşırıdır.

I. Kaygı korku veya kaçınma, başka bir psikiyatrik bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz(1).

PB vakalarının %35-75'inde agorafobi tanısı da bulunmakta ve agorafobik eşlik eden vakalarda tedaviye yanıt ve işlevsellik daha kötü saptanmıştır(20). Agorafobi süregelen bir durum olup tedavisiz yatışma oranı %10 dur(15). Agorafobinin uzun sürmesinden sonra sekonder depresyon, distimik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu riski belirgin artar (15).

2.1.3. Epidemiyoloji

PB ortalama başlangıç yaşı 20-30, tedaviye başvuru yaşı 25-45 yaş aralığındadır (17,21). Yapılan çeşitli çalışmalarda PB yaşam boyu yaygınlık oranı %1,6- 5,2, agorafobinin yaşam boyu yaygınlık oranı %0,8-2,6, en az bir kez panik atak geçirme yaşam boyu oranı ise %10 olarak bulunmuştur (22-26).

PB, diğer anksiyete bozuklukları gibi kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir (22). PB prevalansının kadın/erkek oranı yapılan çalışmalarda 1.7 ile 2.3 olarak bulunmuş ve agorafobinin eşik ettiği durumlarda kadın/ erkek oranının arttığı bildirilmiştir (22–26). Diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi PB ergenlik, erken yetişkinlik döneminde başlar ve orta yaşta zirveye ulaşır, daha sonra ileri yaşla birlikte tekrar azalma eğilimi gösterir (22).

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik

PB' un kalıtsal aktarımı ile ilişkili yapılan aile ve ikiz çalışmalarında ailede PB tanısı olanların, aile öyküsü olmayanlara göre PB geliştirme olasılığı yaklaşık sekiz kat artmış olarak bildirilmiş olup, uluslararası yapılan yaşam boyu prevalans çalışmalarında da panik probandlarının birinci derece akrabalarındaki yaşam boyu prevalans oranları, PB' nin yaşam boyu prevalans oranlarının 7-8 katı olduğu bulunmuştur (27,28). Yapılan son çalışmalarda PB kalıtım oranı %30-40 olduğu gösterilmiştir (29).

2.1.4.2. Biyokimyasal ve Endokrin Dizgeler

Beyindeki nörotransmitter (serotonin, norepinefrin, dopamin ve gamma-aminobütirik asit gibi) sistemindeki dengesizlik, PB semptomlarına neden olabileceği düşünülmekte ve bu biyolojik teori PB tedavisinde etkili olan antidepresan ve anksiyolitiklerin etkileriyle desteklenmektedir (30,31). Yapılan çalışmalar sonucu PB tanılı kişilerin presinaptik norepinefrin oto-reseptörlerinde aşırı duyarlılık olduğu ve panik atak sırasında aşırı bir uyarılmış tepkinin artmış sempatik sistem tonusu ve katekolamin salınımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (29,32).

PB etyolojisinde rol oynadığı düşünülen moleküllerden biri olan nöropeptid Y (NPY)' nin anksiyolitik özelliklere sahip olduğunu ve stres dayanıklılığını arttıran koruyucu rol üstlendiğini bildiren çalışmalar bulunmakta ve bu çalışmalarda PB tanılı kişilerde diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi NPY konsantrasyonlarında azalma gözlemlendiği bildirilmiştir (30,33).

Kortikotropin salıverici hormon, stres anında hipotalamustan salınarak hipotaloma-pitiüter aksı aktive ederek ACTH (Adrenocorticotropik Hormone) aracılığıyla sürrenal bezlerden kortizol salınımından sorumludur (14). Yapılan

çalışmalarda ACTH ve kortizol düzeylerinin PB vakalarında kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (34).

2.1.4.3. Nörogörüntüleme alışmaları

Beynin korku ve bunaltı ağının merkezi amigdalada bulunur (14). Amigdaladan çıkan lifler hipotalamus, locus seruleus ve periakvaduktal korteks yoluyla bunaltı yanıtına ve periferal belirtiler üzerinde rol oynarken; prefrontal korteks ve ön singulat gyrustan amigdalaya önleyici sinyaller iletilir (14). Amigdalanın merkez çekirdeğinden çıkan iletiler beyin sapı ve hipotalamusu uyararak panik atak semptomlarının ortaya çıkmasına neden olur (35). Yapılan çalışmalarda korku ağının aktivasyon eşiğinin düşmesi , kortikal yapıdaki bir anormallik sonucu korku ağının aşırı uyarılmasıyla PB arasında ilişki olabileceğiyle ilgili hipotezler öne sürülmüştür (35,36).

PB yapısal ve fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında temporal loblarda, hipokampus ve amigdalada yapısal anormallikler saptanmış, sağ temporal lobunda kortikal atrofi, serebral kan akımında azalma saptanmıştır (2). Serebral kan akımındaki azalma panik ataklar sırasında gelişen baş dönmesi gibi merkezi sinir sistemi belirtilerine, hiperventilasyon, hipokapniye ve hipokapniyle tetiklenen periferik sinir sistemi semptomlarına neden olabilir (2).

2.1.4.4. Psikososyal Nedenler

Yapılan alışmalarda PB tanılı kişilerde erken dönem yaşam olayları ve stresli yaşam olaylarının etyolojideki rolü üzerinde durulmuştur (18). alışmalar; ocukluk çağında uzun süreli ebeveynden ayrılmalar, yakın birinin kaybı, cinsel ya da fiziksel travma öyküsü, süreğen kişiler arası sorunlar ve hastalık gibi fiziksel tehdit oluşturan sorunların PB tanılı kişilerde daha sık olduğunu ve çocukluk çağında sigara içmenin PB riskini artırdığını göstermiştir (18,37). Literatürde boşanma, ayrılık ve kaybın PB ihtimalini arttırdığına dair veriler bulunmaktadır (23)

Psikoanalitik kuram: Psikoanalitik yaklaşıma göre panik atak, diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi benliğin geliştirdiği savunma düzeneklerinin yetersiz kalması sonucu gelişir (14,21). PB tanılı kişilerde sık kullanılan savunma düzenekleri “bastırma” ve “ yer değiştirme” dir (21). “Yer değiştirme”, kişide çatışma ve bunaltıya neden olabilecek çocukluktan kalma yasak ve dürtüler asıl yöneleceği nesne yerine başa nesneye yöneltilerek çatışma ve bunaltının azaltılmasına hizmet eder

ve agorafobinin de gelişiminde rol alan bir savunma mekanizmasıdır (14). PB' nin psikodinamik temelinde ayrıca ayrılık anksiyetesi ve bağlanma biçimleri gibi etkenlerin rolü olabileceği düşünülmektedir (38). Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma biçimlerinden kaygılı/ikircikli bağlanma, PB dahil çoğu kaygı bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (39). Çocukluktaki ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yetişkin PB ve agorafobisi gelişiminde önemli rol oynadığını bildiren çalışmalar olmakla birlikte bu ilişkinin PB' ye özgül olmadığı; başta anksiyete bozukluklar olmak üzere diğer ruhsal bozuklukların gelişiminde de rol oynadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (40).

Bilişsel-davranışçı kuram: Bilişsel kurama göre panik atak, bedensel ya da ruhsal kökenli duyuların neden olduğu olağan endişelerin felaketleştirerek yorumlanmasına bağlı oluşur (21). Panik atak geçiren kişiler, atak sırasında yaşadıkları belirtileri tehlikeli, zararlı ve ölümcül olduğu şeklinde felaketleştirerek yorumlaması sonucu kaygı düzeyi arttığı için bedensel veya ruhsal duyular artar (41). Bir süre sonra kişiler anksiyete belirtilerinin tekrar geleceğinden korkmaya başlarlar ve dikkatleri atakla ilgili bedensel ve ruhsal belirtilere odaklanmaları kişinin daha fazla belirti ve duyumun algılanmasına ve daha fazla anksiyeteye dolasıyla kısır döngüye yol açar (21,41). Geçirilen ilk atak sonrası kişi bedensel ya da ruhsal olabilen öncü belirtiye koşullanır ve belirti koşullu uyaran haline gelir (41,42).

2.2.ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR

2.2.1. Şema Kavramının Tanımı ve Tarihçesi

Şema terimi ilk kez 1932 yılında Barlett (43) tarafından kullanılmıştır. Şemalar duyuşsal verilerin yorumlanmasında etkili olan, bilginin uzun dönemli belleğe kodlanmasını biçimleyen, bellekte bulunan bilgilerin geri getirilip yeniden işleme biçimini belirleyen, hareketlerin düzenlemesine yardımcı olan bilişin yapı parçalarıdır (43,44).

Piaget'ye (44) göre şema içinde birden fazla bileşeni olan, yaşam boyu oluşum ve gelişim gösteren kavramsal bilgi birikimidir. Birey yeni bir durumla karşılaştığında, bu durumun şemalara uygun biçime getirilmesine özümleme (asimilasyon) denir (44). Yeni gelen bilgi var olan şemalara uygun hale getirilemezse yeni bir şema geliştirilmesi veya var olan şema yeni gelişen durumu açıklayacak şekilde genişletilmesi sürecine

uyum (akomodasyon) denir (44). Şemalar yaşam boyu karşı karşıya kaldığımız güçlükleri hızlıca tanımlamamızı ve hızla yanıt oluşturmamızı sağlar (44).

Bilişsel kuramda ara inançlar ve temel inançlar ile temeli atılan şema kavramı Young (9) tarafından geliştirilmiştir. Young' a (7) göre şema; kişinin çevredekilerle ve kendisiyle olan ilişkisine ait anı, biliş, duygu ve bedensel yaşantılarından oluşan, kendilik ve dünya hakkındaki düşünce ve duygularını etkileyen süreklilik gösteren katı ve değişime dirençli kalıplardır. Erken çocukluk döneminde rehberlik yapan şemalar temelde devamlılığın sürdürülmesine rol alırken, karşılanmamış temel ihtiyaçlar sonucunda oluşan uyum bozucu şemalar zaman içinde ruhsal bozukluklara neden olabilmektedirler (7,8).

2.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Oluşumu ve Değerlendirilmesi

EDUBŞ, yaşamın erken dönemlerinde şekillenen ve ömür boyu süregelen “kendini sabote eden” bilişsel ve duygusal kalıplardır. (7,9). Davranışlar şemalar tarafından güdümlenir ancak şemanın bir paçası olmayıp çoğu zaman şemalarla nasıl başa çıktığımızı yansıtırlar (9). Şemaların uyumsuzluğu, genellikle kişilerin algıları artık doğru olmasa da, diğer insanlarla etkileşimlerinde şemalarını devam ettirdikleri yaşamın ilerleyen dönemlerinde belirgin hale gelir ve yetişkinlikte çocukluk döneminde yaşadıkları olaylara benzer yaşam olayları tarafından tetiklenir (7). EDUBŞ' nin her biri şiddet ve yayılım bakımından sürekli bir dizi üzerinde yer alır ve şema ne kadar güçlüyse, o kadar kolay tetiklenir ve sonuçları o kadar ağır olur (9).

Young ve arkadaşları (7) yaptıkları çalışmada istikrar, sevgi ve güvenlik gibi temel ihtiyaçların karşılanmaması durumunda “Duygusal Yoksunluk” veya “Terk Edilme/ İstikrarsızlık” gibi şemaların; travmatizasyon veya mağduriyet gibi yaşam olayları sonucu “Güvensizlik/ Suistimal edilme”, “Hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık” veya “Kusurluluk/ Utanma” gibi şemaların; ebeveynlerin çocuğa sağlıklı olan bir şeyi olması gerekenden fazla sağlayarak gerçekçi sınırlar ve özerklik gibi öncelikli gereksinimlerinin karşılanmaması sonucu “Bağımlılık/ Yetersizlik” veya “Hak Görme/ Büyüklük” gibi şemalarının gelişimine yol açabileceği bildirilmiştir. Tüm şemaların kökeni travma olmasa da birçoğu gelişim dönemleri boyunca tekrarlayan olumsuz yaşantılardan kaynaklandığı; çocuğun ebeveyninin düşünce,

duygu ve davranışlarının seçici bir şekilde içselleştirme ve özdeşleşmesinin de şema oluşumunda rolü olduğu bildirilmiştir (7).

Young ve arkadaşları (7) tarafından, 5 temel şema alanına ait 18 şema tanımlanmıştır:

- Zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma:
 - ❖ Bağımlılık/ Yetersizlik,
 - ❖ İç içe geçme/ Gelişmemiş benlik,
 - ❖ Hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık,
 - ❖ Başarısızlık.
- Zedelenmiş sınırlar:
 - ❖ Yetersiz özdenetim,
 - ❖ Hak görme/ Ayrıcalıklılık.
- Kopukluk ve reddedilmişlik:
 - ❖ Sosyal izolasyon/ Yabancılaşma,
 - ❖ Terk edilme/ İstikrarsızlık,
 - ❖ Güvensizlik/ Suistimal edilme,
 - ❖ Kusurluluk / Utanma,
 - ❖ Duygusal Yoksunluk.
- Diğer yönelimlilik:
 - ❖ Kendini feda,
 - ❖ Boyun eğicilik,
 - ❖ Onay arayıcılık.
- Aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık:
 - ❖ Karamsarlık,
 - ❖ Yüksek standartlar/ aşırı eleştiricilik,
 - ❖ Cezalandırıcılık,
 - ❖ Duyguları bastırma.

Terk edilme/ İstikrarsızlık: Terk edilme şemasına sahip kişiler, hayatlarındaki önem verdikleri kişilerle kurdukları ilişkilerin devamlılık göstermeyeceğine dair kaygı ve güvensizlik bulunur(7). Kişi kendi için önemli kişilerin, duygusal ilişki kurmaya, destek ve koruma sağlamaya devam edemeyeceklerine; çünkü yakında ölecekleri veya onu daha iyi biri için terk edecekleriyle ilgili inançları mevcuttur(45). Bu şemaya sahip kişiler yalnız kalmaya karşı düşük tolerans gösterirler ve önem verdikleri kişileri kaybetme konusunda oldukça hassastır ve ilişkilerindeki en ufak bozulmaları felaket olarak algılayabilmektedir (46).

Duygusal yoksunluk: Bu şemaya sahip kişilerde duygusal destek ihtiyaçlarının karşılanmayacağıyla ilgili inanışlar mevcut olup mahrum kalınan duygusal destek alanları: ilgi(bakım ve şefkat), empati(anlayış, dinlenme ve duyguların karşılıklı paylaşımı) ve korunmadır(yönlendirme veya rehberlik) (7).

Güvensizlik/ Suistimal edilme: Güvensizlik şemasına sahip kişiler diğerlerinin ona yalan söyleyeceği, onu küçük göstereceği, manipüle edeceği, ondan faydalanacağıyla ya da diğerlerinden zarar göreceğiyle ilgili inanışları mevcut olup çevrelerindeki diğer insanlarla karşılaştırıldığında hemen her zaman aldatıldığı veya "en kötüsüne maruz kaldığı" hissine kapılabilirler (7).

Kusurluluk / Utanma: Kusurluluk şemasına sahip kişiler, kusurlu, istenmeyen, yetersiz, eksik ve sevmeye layık olmayan kişiler olduklarıyla ilişkili bilişlere sahip olup; eleştiriye, reddedilmeye ve suçlanmaya karşı aşırı hassasiyet, kendine güvensizlik, algılanan kusurlarına yönelik utanç hisleri mevcuttur (7,46).

Sosyal izolasyon/ Yabancılaşma: Bu şemaya sahip kişilerin genelde diğer insanlar tarafından kabul görmediklerine ve istenmediklerine dair bilişlere sahiptirler ve çevredeki insanlara uyum sağlayamadıklarını, herhangi bir topluluğun gerçek bir parçası olmadıklarını hissederler (7,46).

Bağımlılık/ Yetersizlik: Bağımlılık şemasına sahip kişiler üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmekte yetersiz kalacaklarına; kendine bakma, sorunları çözme, karar verme, yeni görevlerle başa çıkma gibi durumlarla, diğerlerinden yardım almadan başa çıkamayacaklarına inanırlar (7,45).

Hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık: Bu şemaya sahip kişiler hiç umulmadık bir anda felaketle karşılaşacağına ve bununla baş edemeyeceğiyle

ilişkili bilişlere sahip olup korkulan durum: tıbbi bir felaket (örneğin, kalp krizi, inme vb.), duygusal bir felaket (örneğin, delirmek), dışsal bir felaket (örneğin, asansörlerin çökmesi, uçak kazaları, deprem) olabilir (7). Bu kişiler sıklıkla tehlike altında hissederler ve panik atak geçirebilirler (46).

İç içe geçme/ Gelişmemiş benlik: Bu şemaya sahip bireylerde, yakın ilişki kurduğu kişi veya kişilerle, bireyselleşme veya normal sosyal gelişimi engelleyecek derecede aşırı duygusal bağlanma, yakınlık kurma davranışı ve ilişki kurduğu kişinin sürekli desteği olmadan hayatını idame edemeyeceği, mutlu olamayacağıyla ilgili inanışları mevcuttur (7).

Başarısızlık: Bu şemaya sahip kişiler genel olarak yetersiz oldukları; okul, kariyer, spor gibi kariyer alanlarında etrafındaki kişilere kıyasla başarısız olduğu veya başarısız olacağıyla ilgili bilişlere sahiptir (7,45).

Boyun eğicilik: Boyun eğicilik şemasına sahip kişiler öfke, intikam veya terk edilmemek adına kontrolü başkalarına teslim edilmesi gerektiğiyle ilgili bilişlere sahip olup boyun eğicilik temelde iki şekilde olur; ihtiyaçlarda boyun eğicilik (tercihlerin, kararların ve isteklerin bastırılması), duygularda boyun eğicilik (öfkenin bastırılması) (7). Kişi kendi isteklerinin, görüşlerinin ve duygularının diğerleri için önemli olmadığını düşünür ve bu durum öfkenin birikmesine ve sonucunda psikosomatik semptomlar madde kötüye kullanımı pasif- agresif davranışlar gibi uygun olmayan semptomlar ortaya çıkmasına neden olur (45).

Kendini feda: Bu şemaya sahip kişiler başkalarına acı vermekten ve suçlu hissetmekten kaçınmak; duygusal bağ kurmak ve saygınlık kazanmak için kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederek başkalarının ihtiyaçlarına aşırı odaklanırlar (7).

Onay arayıcılık: Bu şemaya sahip kişiler başkaları tarafından tanınmak, onaylanmak, hayranlık ve dikkat kazanmak için statü, görünüm, para veya başarıya, aşırı önem verirler(7). Kişinin gerçek benlik ve saygınlık duygusu, diğerlerinin tepkilerine bağlı olup reddedilmeye karşı aşırı duyarlılıkları mevcuttur (45).

Hak görme/ Ayrıcalıklılık: Bu şemaya sahip bireyler kendilerini ayrıcalıklı ve diğerlerinden üstün görme eğiliminde olup normal sosyal kurallara uymak zorunda olmadıklarına inanırlar (7). Bu kişiler dikkat çekmek veya onay kazanmaya değil, güç ve kontrol elde etmeye aşırı odaklanmışlardır ve karşı tarafın istek, hak ve düşüncelerini aldırmaksızın istediği her şeyi yapabileceklerini düşünürler (7,45).

Yetersiz özdenetim: Bu şemaya sahip bireyler, kişisel amaç ve hedeflerine ulaşırken engelleri tolere edemez, duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol etmekte zorlanır ve bu denetimi sağlamak için çaba göstermeye isteksizdir (7).

Karamsarlık: Bu şemaya sahip bireyler, yaşamın negatif taraflarına odaklanır, olumlu taraflarını küçültür veya ihmal ederler (7). Hayatlarında her şeyin kötü gideceğine dair abartılı bir beklentileri; küçük veya kötü bir duruma düşmelerine neden olabilecek bir hata yapmaya karşı abartılı korkuları nedeniyle sürekli endişe ve kararsızlık hali mevcuttur (7,45).

Duyguları bastırma: Bu şemaya sahip kişiler, duygu ve dürtülerini kontrol edememe korkusundan kaçınmak ve diğerlerinin onayını almak için duygu ve dürtülerini (öfke ve saldırganlığın gibi negatif dürtüler ve/ veya sevinç, sevgi cinsel heyecan gibi pozitif dürtüler) aşırı miktarda bastırıp mantıklı ve akılcı olmaya önem verirler (7,9).

Yüksek standartlar/ Aşırı eleştiricilik: Yüksek standartlar şemasına sahip bireyler, benimsedikleri katı ve yüksek standartlara uygun hareket etmeleri gerektiğine inanarak her zaman daha fazla efor sarfetmeleri gerektiğini düşünür ve bu nedenle hem kendilerine hem de başkalarına karşı aşırı eleştirel olabilirler. (7). Yüksek standartlar; mükemmeliyetçilik (ayrıntılara aşırı dikkat), birden fazla yaşam alanında sıkı kurallar (gerçekçi olmayan derecede yüksek ahlaki, etik, kültürel veya dini prensipler) veya verimlilik (daha fazlasını başarma ihtiyacı) ilgili olabilir (47).

Cezalandırıcılık: Bu şemaya sahip kişiler; mazur görülebilecek durumları hesaba katma , empati yapma ve insanoğlunun kusurluluğunu kabul etmekte isteksiz olup yapılan hataların her zaman cezalandırılması gerektiğine inandıkları için kendileri dahil, standartlara uymayan kişilere karşı hoşgörüsüz ve cezalandırıcıdır (7).

2.2.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Panik Bozukluk

Karşılanmamış temel ihtiyaçlar sonucu oluşan uyum bozucu şemalar çeşitli ruhsal bozukluklara sebep olabilmektedir (9). Yapılan çalışmalarda, PB ve diğer anksiyete bozukluğu tanımlı kişilerde kontrol gruplarına göre daha yüksek EDUBŞ puanları bulunmuştur (10). Hedley ve arkadaşları (48) agorafobili PB vakalarıyla yaptıkları çalışmada “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık” şemasının PB semptomlarının sürmesinde rol alabileceğini bildirmişlerdir. Kwak ve Lee (11)

tarafından yapılan çalışmada PB hastalarında “Kendini Fedâ” şema puanları OKB hastalarından, “Hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık” şema puanı ise hem OKB hastalarından hem de kontrol gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Woo ve Lee (49), PB vakalarıyla sağlıklı kontrolleri karşılaştırarak yaptıkları çalışmada; PB grubunda “Hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık” ile “Terk edilme/istikrarsızlık” şema puanlarının belirgin yüksek bulunmuştur. Erdem (50) 2018’ de yaptığı çalışmada ise PB vakalarında “Başarısızlık”, “İç içe geçme/ Gelişmemiş benlik”, “Hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık” ve “Karamsarlık” şemalarında KG’ ye göre daha puan aldıklarını bildirmiştir. Şemaların kişilik bozukluklarındaki rolü iyi bilinmekle birlikte, Eksen I bozuklukları olan hastaların terapi sonuçları üzerindeki çalışmalara ihtiyaç vardır (51). Renner ve arkadaşları (51) yaptıkları çalışmada, agorafobili/agorafobisiz PB vakaları için “zedelenmiş özerklik” şema alanına ait şemaların (iç içe geçme, başarısızlık, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık, bağımlılık) maruz bırakma terapi sonucu üzerinde önemli rol oynadığını, daha yüksek şema puanlarına sahip bireylerin daha düşük terapötik başarı oranları gösterdiğini saptamışlardır.

Şema Terapi, Young (7) tarafından, Eksen II ve diğer terapi yöntemlerine dirençli zor vakalar için geliştirilmiş; bilişsel, davranışsal, psikodinamik, nesne ilişkileri ve varoluşsal yaklaşımları bütünleştiren bir psikoterapi yöntemi olup, PB vakaları üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır (52).

2.3 İNTİHAR

İntihar davranışı; kişinin kendini öldürme niyetiyle kendisinin ölümüne ya da yaralanmasına yol açabilecek bir eylemde bulunması ya da bunu planlamasıdır (3). İntihar davranışı kavramı; tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncelerini kapsayan bir terimdir (53,54). Kişinin kendini öldürme niyetiyle bulunduğu eylem sonucu hayatına son vermesine “tamamlanmış intihar”; intihar niyetiyle olsa da sonucu ölümcül olmayan eylemler ise “intihar girişimi” olarak tanımlanır. “İntihar düşüncesi” ise intiharı düşünme ya da planlama ancak, bununla ilgili eyleme geçmeme olarak tanımlanır (53,54).

2.3.1. İntihar Davranışı Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporlarına göre, her yıl dünya çapında 700.000'den fazla insan intihar sonucu yaşamını yitirmektedir (55). DSÖ 2021 raporlarına göre; 2000 ile 2019 yılları arasındaki 20 yılda, yaşa göre standardize edilmiş küresel intihar hızı %36 azalmış olup 2019' da intihar hızı yüz binde 9'a gerilemiştir (55). Türkiye' de bu oran yüz binde 2,3 olarak bildirilmiş olup Türkiye için hesaplanan intihar hızları dünya ortalamasının altında olmasına karşın, dünyada intihar hızları azalma eğilimi gösterirken Türkiye' de artmaktadır (55,56). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) raporlarına göre 2000' de Türkiye' de yüz binde 2,8 olan kaba intihar hızı; 2019' da yüz binde 4,21' e, 2022' de yüz binde 4,88' e yükselmiştir (56,57).

DSÖ verilerine göre yaşa göre standardize edilmiş intihar hızları 2019 yılı için erkeklerde yüz binde 12,6; kadınlarda yüz binde 5,6 olarak bulunmuştur (55). Ülkemizde de bir çok ülke gibi intihar eden erkeklerin sayısı fazla olsa da 20 yaş altı intihar eden kadın erkek sayıları birbirine yaklaşmaktadır (56).

TÜİK 2022 yılı verilerine göre, intihara bağlı kaba ölüm hızları; 15-19 yaş grubunda yüz binde 6,54; 20-24 yaş grubunda yüz binde 8,13; 25-29 yaş grubunda yüz binde 8,72; 30-34 yaş grubunda yüz binde 7,27; 35-39 yaş grubu yüz binde 6,24; 40-44 yaş grubu yüz binde 5,67; 45-74 yaş gurubu arasında yüz binde 5 in altına düşen intihara bağlı kaba ölüm hızları 75 yaş ve üzerinde tekrar yüz binde 5' den fazla olarak kaydedilmiştir (57).

2.3.2. İntihar Risk Faktörleri

İntihar davranışı, genellikle birden fazla risk etmeninin birbiri ile etkileşimi sonucu gelişmekte olup risk etmenleri; bireysel, çevresel, ilişkisel ya da toplumsal olabilir (58). İntihar davranışıyla ilgili başlıca risk etmenleri:

- Ergenlik ve ileri yaş,
- Erkek cinsiyet,
- Önceki intihar girişimleri,
- Ailede intihar öyküsü/ genetik,

- Psikiyatrik hastalıklar,
- Kişilik bozuklukları,
- Alkol/madde kullanım bozukluğu,
- Dürtüsellik ve kronik agresyon,
- Katı bilişsel inanışlar,
- Travma, istismar öyküsü, önemli kayıplar, kronik stresörler,
- Akut yaşam olayları ve kriz durumları,
- Düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, işsizlik,
- Sosyal destek yetersizliği, yalnız yaşamak,
- Düşük zekâ düzeyi,
- Tıbbi hastalıklar, ağrı,
- İntihar araçlarının ulaşılabilir olması ve model alma (medyadan ve/ veya akrandan),
- Sağlık sistemine ulaşmada zorluk (59).

Ergenlik döneminde yaşanan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler intihar hızının yüksek olmasına katkıda bulunurken; ileri yaşta ise yaşlılıkla birlikte “kendini gereksiz hissetme”, “yaşamak için neden bulamama”, bedensel düşkünlük ve eşlik eden hastalıklar ölümcül intihar davranışı riskini arttırmaktadır (53,60).

İntihar girişimi oranları kadınlarda, tamamlanmış intiharlar ise erkeklerde daha fazladır(61). Toplumsal cinsiyet rolleri, cinsiyet eşitsizlikleri, postpartum süreçler kadınlarda intihar girişimi riskini arttıran risk faktörleriyken; erkeklerin kadınlara göre daha dürtüsel olması, alkol/madde kullanımının daha fazla olması, yardım arama davranışının azlığı, daha ölümcül intihar yöntemlerinin kullanılması da erkeklerde tamamlanmış intihar hızını arttıran faktörlerden bazılarıdır (62).

İntihar için en önemli risk faktörü, psikiyatrik bozukluklar olup başta majör depresif olmak üzere, bipolar bozukluk, şizofreni, kişilik bozuklukları (en sık borderline kişilik bozukluğu), alkol/ madde kullanım bozuklukları, PB gibi anksiyete bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, demans, yeme bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozukluk intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir(59,62). Psikiyatrik

bozukluklarda sorun çözme becerilerinde azalma, yargılamada bozulma ve dürtü kontrolünde güçlük gibi nedenlerle sosyal toplumsal işlevsellik kaybı olması intihar riskini artırır (59,62).

Tamamlanmış intihar için en önemli risk göstergesi, önceki intihar girişimleri olup intihar riski değerlendirilirken geçmiş intihar davranışları mutlaka sorgulanmalıdır(59). Öyküde intihar davranışı sayısının fazla olması, daha ölümcül intihar yöntemlerinin kullanılmış olması, girişimlerin planlanarak; yardım çağrısı ya da manipülasyon için değil gerçekten ölüm motivasyonu ile gerçekleşmiş olması yeni bir intihar davranışı riskinin yüksek olduğunu gösterir (59,63,64).

Ailede intihar davranışı öyküsünün olması; model alma, ortak çevresel zorlayıcılar ve kalıtsal bir aktarımla kişide intihar davranışı riskini artırır(65). Yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmaları kalıtsal aktarımın intihar davranışında önemli yeri olduğunu desteklemekte ve major psikopatolojinin ailesel aktarımından bağımsız olarak intihar davranışının kalıtılabilirliğini göstermektedir (66–68).

2.3.3. İntihar Kuramları

Durkheim'in intihar kuramı, intiharla ilişkili ilk bilimsel kuramdır ve intiharın aslında toplumsal kaynaklı olabileceğini ve içinde bulunduğu toplumun özelliklerini yansıttığını ifade eder(69,70). Durkheim'in yaklaşımı birçok yönüyle eleştirilse bile intiharın toplumbilimsel yönünü öne çıkarması bakımından önemlidir (70).

Freud tarafından “organizmanın organik öncesi , cansız bir duruma dönme eğilimi” olarak tanımlanan “ölüm itkisi” kavramı psikanalitik açıdan intihara bakışta önemli olup Melanie Klein ve Jacques Lacan harici çoğu Freud sonrası teorisyence reddedilmiştir(71). Freud (72), insanlarda ölüm ve yaşam itkilerinin birbiriyle harmanlanmış biçimde bulunduğu ve kişinin duygulanımında yer aldıklarını ifade etmiştir(71). Psikanalitik bakış açısında “ içe atılan nesnenin yok edilmesi”, narsizim, saldırganlık gibi birçok görüş ve unsur bulunmakla birlikte araştırmacıların üzerinde fikir birliği sağladığı kavram “ çift-değerlilik (ambivalans)” olup, ölüm arzusuna eşit derecede güçlü yaşam arzusu olarak yorumlanmaktadır (71,73).

Thomas Joiner (74) “Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı” ile hem kişisel hem toplumsal etmenleri göz önüne almış, geliştirdiği kuramda intihar sürecini üç

kavramdan söz edilmiştir: "Algılanan yük olma", "Engellenmiş aidiyet", "Edinilmiş intihar yeterliliği" (75,76). Kurama göre aidiyet hissetmeyen ve çevresine yük olduğunu düşünen kişiler intiharı düşünebilir ve tıbbi ciddiyeti düşük girişimlerde bulunabilir ancak kişinin intihar edebilmesi için kişide ölüm korkusunun azalması ya da ortadan kalkması gerekir (74–76). İntiharla ilgili birçok kuram bulunmakla birlikte "Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı" olguları açıklama gücü bakımından öne çıkmaktadır (75).

2.3.4. İntihar ve Panik Bozukluk

PB, sıkça ölüm korkusuyla ilişkilendirilen bir anksiyete bozukluğu olmasına rağmen ilginç bir şekilde intihar düşünceleri ve girişimleri açısından da artmış bir risk olduğu bildirilmekte, literatür PB' nin intihar riskini genel popülasyona göre 10 kat artırdığını ve intihar nedeniyle ölen bireylerin %1'inde PB tanısının mevcut olduğunu göstermektedir (6). PB tanılı kişilerde intihar girişimi oranı çalışmaların yöntemine göre %0 ile %42 arasında değişmekte olup çalışmalardaki tutarsızlığın sebebi çalışmalarda komorbid psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin çalışmalara dahil edilip edilmemesi ve/veya örneklem küçüklüğü gibi durumlarla ilgili olabilir (77). Yapılan bir çok çalışmada depresif belirtilerin PB hastalarında intihar riskiyle ilgili en önemli faktörlerden biri olduğunu vurgulamıştır (78–80). Tezcan ve arkadaşlarının (81) yaptıkları çalışmada yaşam boyu intihar düşüncesi yaygınlığı %22,6 ve intihar girişimi yaygınlığı %4,8 olarak bildirilmiştir. 2022 yılında yayınlanan meta-analizde PB vakalarının intihar girişimlerinin oranı %17 olarak saptanmıştır (82).

PB ve intihar olasılığı arasındaki ilişki karmaşıktır ve farklı çalışmalarda değişken sonuçlar elde edilmiş olup, PB tanının intihar olasılığını azalttığını gösteren bir çalışma bulunmamakla birlikte, literatürde PB ile intihar olasılığı arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (83).

2.3.5. İntihar Olasılığı ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

Psikiyatrik tanı almış bireylerde, EDUBŞ' nin KG' ye göre daha yaygın olduğu ve bu şemaların varlığının işlevsellikte bozulma ve kötü prognozla ilişkili olduğu literatürde sıkça vurgulanmıştır (12). Bu nedenle, psikiyatrik tanı almış bireylerde şemaların değerlendirilmesi, intihar riskini yönetmek için önemli bir klinik uygulama olabilir. Yapılan bir meta-analizde, intihar olasılığı ile “Kusurluluk-Utanma” şema puanları arasında güçlü bir ilişki, “Sosyal İzolasyon”, “Başarısızlık” ve “Bağımlılık/Yetersizlik” şema puanları ile orta seviyede bir ilişki, “Boyun Eğicilik” ve “Duyguları Bastırma” şema puanları arasında ise zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (84). 2023 yılında yapılan intihar olasılığı ve EDUBŞ ilişkisini araştıran bir çalışmada Kopukluk/Reddedilmişlik şema alanında yer alan şemalar (Terk edilme/ İstikrarsızlık, Güvensizlik/ Suistimal edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk / Utanma, Sosyal izolasyon/ Yabancılaşma) ile intihar riski arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirilmiştir (13).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.ÖRNEKLEM

Araştırma 01.06.2023-01.06.2024 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dörtçelik Ruh Sağlığı Ek Binası'nda ayaktan psikiyatri polikliniklerinde yapılmıştır. Çalışmamız tedavi olmak amacıyla hastaneye başvuran; DSM-5'e göre "Panik Bozukluk" tanı kriterlerini karşılayan kişiler ile psikiyatrik tanısı ve aktif psikiyatrik şikâyeti olmayıp araştırma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan sağlıklı kişiler ile yürütülmüştür.

Çalışmamız, planlandığı gibi 18-65 yaş arasında, okur yazar, mental kısıtlılık ve ağır nörolojik bozukluğu olmayan PB tanılı 65 katılımcı ve 65 sağlıklı katılımcı ile yapılmıştır. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan tüm katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onam alınmıştır. İlk adımda PB tanısı psikiyatri hekimleri tarafından DSM-5 aracılığıyla yapılan görüşme ile doğrulanmıştır. DSM-5'e göre PB dışı psikiyatrik bozukluk kriterlerini karşıladığı düşünülen vakalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Sağlıklı KG için seçilen kişilerle de yüz yüze görüşme yapıp genel psikopatoloji açısından değerlendirilmiştir. Tüm katılımcılara görüşmeciler tarafından Olgu rapor formu ve Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBSÖ) uygulanmıştır. Daha sonra katılımcılara yaklaşık olarak 30-40 dakika süren bir öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır. Tüm katılımcılar Olgu Rapor Formu, Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği, Panik ve Agorafobi Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Young Şema Ölçeği ve depresyon ve anksiyetenin intihar olasılığı üzerine etkisi nedeniyle Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamız için etik kurul izni S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas E.A.H. Etik Kurulundan 19.04.2023 tarihinde 2011-KAEK-25 2023/04-04 protokol kodu ile "Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda EDUBŞ ve İntihar Olasılığı ile İlişkisi" isimli tıpta uzmanlık tezi için etik kurul onayı almıştır (Ek-1). Araştırmada veriler kesitsel bir desende toplanmış olup, araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı bir desende gerçekleştirilmiştir. Araştırma Helsinki Bildirgesi çerçevesinde gerçekleştirilmiş olup, çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişiler dahil edilmiştir.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Olgu Rapor Formu

Olgu rapor formu, bu çalışma için araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, öğrenim düzeyi, çalışma hayatı, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı ve kullanım süresi, sigara-alkol-madde kullanımı, geçmiş intihar öyküsü ve yöntemi, 1. Derece akrabalarda psikiyatrik tanı ve intihar öyküsü, mevcut komorbid hastalıklar gibi sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilgili sorular bulunmaktadır (Ek-2).

3.2.2. Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ)

PB tanılı hastalarda semptomlarının şiddetini ölçmek için Bandelow (85) tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Tural ve arkadaşları (86) tarafından 2000 yılında yapılmış olup Cronbach Alpha değeri 0.86 olarak bildirilmiştir. Yüksek duyarlılık ve özgüllük oranları kesme puanı 11 olarak belirlendiğinde bulunmuştur (86). Beş alt boyuttan oluşan ölçek, toplam on dört soru içermektedir ve her bir soru, 0-4 aralığında puanlanan 5’li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Alt ölçekler sırasıyla; A (panik atak özellikleri), B (agorafobi- kaçınma davranışları), C (beklenti anksiyetesi), D (yeti yitimi ve işlevsellikteki bozulma), E (sağlık endişesi) şeklinindedir. Araştırmamızda alt ölçeklerin zenginliği ve agorafobiyi alt ölçek olarak değerlendirme imkânı sağladığı için DSM-4 formu kullanılmıştır (Ek-4).

3.2.3. Panik Bozukluk şiddet Ölçeği (PBşÖ)

PB vakalarında panik atağı sıklığı, panik atakları sırasındaki zorlanmayı, beklenti anksiyetesinin varlığı ve şiddetini, agorafobik korku/kaçınma varlığı ve şiddetini, panik atağıyla ilgili duyumlardan korku/kaçınma varlığı ve şiddetini, çalışma ve toplumsal işlevsellikte bozulma varlığını değerlendirmek için Shear ve arkadaşları (87) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Monkul ve arkadaşları (88) tarafından 2004 yılında yapılmış olup Cronbach Alfa değerini panik

grubu için 0.71-0.74 arasında değiştiği bulunmuştur Ölçek yedi maddelidir ve görüşmeci tarafından puanlanır. Puanlamalar son 1 ay göz önünde bulundurularak yapılır ve puan aralığı 0-28 olup yüksek puanlar daha şiddetli belirtileri göstermektedir. Ölçek kesme puanı 7 olarak belirlendiğinde %99 duyarlılık ve %98 özgüllük bulunmuştur (88). Çalışmamızda öz bildirim ölçeği olan DSM-5 formu yerine görüşmeci tarafından doldurulan DSM-4 formu kullanılmıştır (Ek-3).

3.2.4. Young Şema Ölçeği Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

Young ve arkadaşları (89) tarafından geliştirilmiş orijinal formda, 5 temel şema alanına ait 18 şemayı değerlendiren 205 madde bulunur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (90) tarafından 2009 yılında yapılmış olup Cronbach Alfa değerı 0.95 olarak bildirilmiştir. Kısa form 90 maddeden oluşan 6'lı likert tipi bir öz bildirim ölçeği olup 5 alanda toplam 14 şema alt boyutu değerlendirilir. Kısa formda "iç içe geçme" ve "bağımlılık" şemaları, "sosyal izolasyon" ve "güvensizlik" şemaları, "ayrıcalıklılık" ve "yetersiz özdenetim" şemaları birleşmiş; "boyun eğicilik" şeması ise "içe içe geçme/bağımlılık" ve "terk edilme" şema boyutlarına dağıldığı için ayrı bir boyut olarak yer verilmemiştir. Şemalardan elde edilen yüksek skorlar, bu şemanın bireyin yaşamında baskın ve etkili olduğunu gösterir. Ayrıca çalışmamızda tüm madde yanıtlarının toplam puanının soru sayısına bölünmesiyle hesaplanan, şemaların kümülatif etkisini görmek amacıyla Toplam Şema Puanı (TŞP) kullanılmıştır (Ek-5).

Young Şema Ölçeği Kısa Form 3 'te şema alanları ve boyutları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

1. **Kopukluk ve Reddedilmişlik:** Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik, Terk Edilme, Kusurluluk, Duygusal Yoksunluk
2. **Zedelenmiş Özerklik ve Kendini ortaya koyma:** Başarısızlık, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İçe Geçme/ Bağımlılık,
3. **Zedelenmiş Sınırlar:** Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim
4. **Diğerı Yönelimlilik:** Onay Arayıcılık, Kendini Feda
5. **Aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık:** Karamsarlık, Cezalandırıcılık, Duyguları Bastırma, Karamsarlık, Yüksek Standartlar

3.2.5 İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İntihar riskini değerlendirmek için Cull ve Gill (91) tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 36 maddeden oluşan, her madde 1-4 puan üzerinden puanlanan 4'lü likert tipi derecelendirme ölçeğidir. Ölçeğin “umutsuzluk”, “düşmanlık”, “intihar düşüncesi” ve “olumsuz kendilik” olarak dört alt boyutu vardır: Ölçekten alınan yüksek skorlar intihar olasılığının yüksekliğini göstermektedir. Ancak olasılık puanı bir kişinin ölümlerle sonuçlanan bir girişimde bulunacağını kesin olarak bildirmemektedir. Ölçeğin ilk olarak Türkçeye çevirisi Eskin (92) tarafından yapılmış olup klinik olarak Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Atlı ve arkadaşları (93) tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.89; alt ölçekler için 0.70- 0.89 arasında olduğu bildirilmiştir (93) . Ölçeğin 2018 yılında Batıgün ve Şahin (94) tarafından uyarlanmış 36 maddeden oluşan formu da bulunmaktadır. Çalışmamızda Eskin (92) tarafından çevrilen formu kullanılmıştır (Ek-6).

3.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla 1961 yılında Beck ve arkadaşları (95) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve arkadaşları (96) tarafından 1989 yılında yapılmış olup Cronbach Alfa değeri 0.80 olarak rapor edilmiştir. Bu ölçek 4'lü likert tipi 21 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan, son bir haftadaki duygudurumlarına uygun şekilde envanteri yanıtlamaları istenmektedir. Envanterden alınan yüksek puanlar, depresif belirtilerde artışa işaret etmektedir. Envanterin amacı tanı koymak değil, belirtilerin derecesini belirlemek ve objektif tedavi takibine olanak sağlamaktır (Ek-7).

3.2.7. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla 1988 yılında Beck ve arkadaşları (97) tarafından geliştirilen öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 4'lü likert tipinde 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan **0–7 puan** minimal düzeyde anksiyeteyi, **8–15 puan** hafif düzeyde anksiyeteyi, **16–25 puan** orta düzeyde anksiyeteyi ve **26–63 puan** şiddetli anksiyeteyi göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy (98) tarafından gerçekleştirilmiş olup Cronbach alfa değeri 0.93 olarak rapor edilmiştir (Ek-8).

3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. PB ve KG grupları arasında demografik ve klinik özelliklerle ilgili oranların karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi; PB ve KG arasında YŞÖ-KF3, İÖÖ, BDE ve BAE skorlarının karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar t Testi; PB grubunda PBŞÖ ile diğer psikometrik ölçümler arasındaki korelasyon ve İÖÖ ile YŞÖ-KF3 arasındaki korelasyonlar Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak incelendi. PB ve KG grubunda İÖÖ ve İÖÖ- İntihar Düşüncesi skorlarını açıklamada YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorlarının etkinliği Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile incelendi. PB ve KG grubunda İÖÖ toplam puan skorlarını açıklamada TŞP, PAÖ, BDE ve BAE skorlarının etkinliği Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizi ile incelendi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Çalışmamız, PB tanımlı 65 kişi ve psikiyatrik tanısı olmayan 65 kişiden oluşan KG ile yapılmıştır. Tablo 1’ de grupların sosyodemografik özellikler bakımından karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde, her iki grupta da vakaların 36’sının (%55,4) kadın, vakaların 29’unun (%44,6) erkek idi. Araştırmada değerlendirilen PB grubu vakaların yaş ortalamalarının 38,19±10,95, kontrol grubu vakaların yaş ortalamalarının ise 37,14±8,95 olduğu bulundu. Bağımsız Gruplar t Testine göre iki grup arasında yaş ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği ($t=0,60$, $p=0,552$) bulundu. PB vakaların 20’sinin (%30,8) bekar, 6’sının (%9,2) boşanmış, 39’unun (%60) evli olduğu bulundu. KG vakaların 19’unun (%29,2) bekar, 4’ünün (%6,2) boşanmış, 42’sinin (%64,6) evli olduğu bulundu. Ki-Kare Testine göre PB ve KG arasında medeni durum ($X^2=0,54$, $p=0,765$) ve öğrenim düzeyi ($X^2=2,13$, $p=0,144$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (Tablo 1).

Tablo 1: PB ve KG grupları arasında demografik özelliklerin karşılaştırılması

		PB		KG		X ²	p
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	36	55,4	36	55,4	0,00	-
	Erkek	29	44,6	29	44,6		
Yasadığı yer	Köy	3	4,6	0	0,0	6,32	0,043
	İlçe	13	20,0	23	35,4		
	Merkez	49	75,4	42	64,6		
Öğrenim düzeyi	İlköğretim ve altı	6	9,2	2	3,1	2,13	0,144
	Lise ve üstü	59	90,8	63	96,9		
Çalışma hayatı	Öğrenci	7	10,8	1	1,5	20,55	<0,001
	Çalışmıyor/işsiz	21	32,3	6	9,2		
	Düzensiz çalışıyor	8	12,3	5	7,7		
	Düzenli çalışıyor	29	44,6	53	81,5	17,47	<0,001
Medeni durum	Bekar	20	30,8	19	29,2	0,54	0,765
	Boşanmış	6	9,2	4	6,2		
	Evli	39	60,0	42	64,6		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	t	p
Yaş		38,19	10,95	37,14	8,95	0,60	0,552

X^2 =Ki-Kare Testi. Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t Testi.

Yaşadıkları yere göre incelendiğinde PB grubu vakaların, 3'ünün (%4,6) köyde, 13'ünün (%20) ilçede, 49'unun (%75,4) merkezde yaşadığı; KG vakaların 23'ünün (%35,4) ilçede, 42'sinin (%64,6) ise merkezde yaşadığı bulundu. Ki-Kare Testine göre PB ve kontrol grupları arasında yaşadığı yer ($X^2=6,32$, $p=0,043$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 1).

Öğrenim düzeyi ve çalışma durumuna göre incelendiğinde PB grubu 1'inin (%1,5) okur yazar olduğu, 5'inin (%7,7) ilköğretim, 34'ünün (%52,3) orta-öğretim, 22'sinin (%33,8) üniversite mezunu, 3'ünün (%4,6) ise diğer (açık öğretim) öğrenim düzeyine sahip olduğu; vakaların 7'sinin (%10,8) öğrenci, 21'inin (%32,3) çalışmıyor/işsiz, 8'inin (%12,3) düzensiz çalıştığı, 29'unun (%44,6) düzenli çalıştığı bulundu. KG vakaların 1'inin (%1,5) okur yazar olduğu, 1'inin (%1,5) ilköğretim, 8'inin (%12,3) orta öğretim, 55'inin (%84,6) üniversite mezunu olduğu; vakaların 1'inin (%1,5) öğrenci, 6'sının (%9,2) çalışmıyor/işsiz, 5'inin (%7,7) düzensiz çalıştığı, 53'ünün (%81,5) düzenli olarak çalıştığı bulundu. Ki-Kare Testine göre PB ve KG arasında çalışma hayatı ($X^2=20,55$, $p<0,001$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 1).

Tablo 2: PB ve KG grupları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

		PB		KG		X^2	p
		n	%	n	%		
Sigara	Kullanıyor	36	55,4	22	33,8	6,10	0,014
	Kullanmıyor	29	44,6	43	66,2		
Alkol	Kullanıyor	11	16,9	15	23,1	0,77	0,380
	Kullanmıyor	54	83,1	50	76,9		
Madde	Kullanıyor	0	0,0	0	0,0	-	-
	Kullanmıyor	65	100,0	65	100,0		
Özgeçmişinde İntihar Öyküsü	Var	5	7,7	0	0,0	5,20	0,023
	Yok	60	92,3	65	100,0		
Akrabalarda intihar öyküsü	Var	3	4,6	0	0,0	3,07	0,080
	Yok	62	95,4	65	100,0		
Soy geçmişinde psikiyatrik hastalık	Var	22	33,8	11	16,9	4,91	0,027
	Yok	43	66,2	54	83,1		
Hipertansiyon	Var	7	10,8	4	6,2	0,89	0,344
	Yok	58	89,2	61	93,8		
Diyabet	Var	3	4,6	3	4,6	0,00	-
	Yok	62	95,4	62	95,4		
Koroner hastalık	Var	3	4,6	1	1,5	1,03	0,310
	Yok	62	95,4	64	98,5		
Kalp hastalığı	Var	3	4,6	0	0,0	3,07	0,080
	Yok	62	95,4	65	100,0		

$X^2=Ki-Kare Testi$.

Klinik özelliklere göre incelendiğinde PB grubu vakaların KG vakalarına göre, sigara kullanma ($X^2=6,10$, $p=0,014$), özgeçmişte intihar öyküsü olma ($X^2=5,20$, $p=0,023$), soy geçmişinde psikiyatrik tanı öyküsü olma ($X^2=4,91$, $p=0,027$) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 3: PB grubunda psikofarmakolojik tedavi

		PB	
		n	%
İlaç kullanım süresi/yıl	İlaç kullanmıyor	19	29,2
	<1 yıl ilaç kullanıyor	29	44,6
	>1 yıldır ilaç kullanıyor	17	26,2

PB grubu vakaların 19'unun (%29,2) ilaç kullanmadığı, 29'unun (%44,6) 1 yıldan az bir süredir ilaç kullandığı, 17' sinin (%26,2) 1 yıldan fazla süredir ilaç kullandığı bulundu (Tablo 3).

Tablo 4: PB grubunda PBŞÖ ve PAÖ skorlarının dağılımı

	Ort.	SS.	Min.	Max.
Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ)	11,14	5,36	2,00	23,00
Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ)	19,20	10,61	2,00	48,00
PAÖ A- Panik Atak Özellikleri	5,31	3,29	0,00	13,00
PAÖ B- Agorafobi ve Kaçınma	5,06	3,13	0,00	12,00
PAÖ C- Beklenti Anksiyetesi	3,43	2,21	0,00	8,00
PAÖ D- Yeti Yitimi	2,94	3,06	0,00	10,00
PAÖ E- Sağlık Endişesi	2,46	1,86	0,00	8,00

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks=Maximum

PB vakalarında PBŞÖ ortalamalarının $11,14 \pm 5,36$ (Min.=2,00-Maks. = 23,00), Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ortalamalarının $19,20 \pm 10,61$ (Min.=2,00-Maks.=48,00) PAÖ A alt ölçek ortalamalarının $5,31 \pm 3,29$ (Min.=0,00- Maks. = 13,00), PAÖ B alt ölçek ortalamalarının $5,06 \pm 3,13$ (Min.=0,00-Maks.=12,00), PAÖ C alt ölçek ortalamalarının $3,43 \pm 2,21$ (Min.=0,00-Maks.=8,00), PAÖ D alt ölçek ortalamalarının $2,94 \pm 3,06$ (Min.=0,00-Maks.=10,00), PAÖ E alt ölçek ortalamalarının $2,46 \pm 1,86$ (Min.=0,00-Maks.=8,00) olduğu bulundu (Tablo 4).

Tablo 5: PB grubunda PBŞÖ, PAÖ alt ölçekleri ile diğer psikometrik ölçümler arasındaki korelasyon

		PBŞÖ	PAÖ Toplam	PAÖ-A Panik Atak Özellikleri	PAÖ-B Agorafobi ve Kaçınma	PAÖ-C Beklenti Anksiyetesi	PAÖ-D Yeti Yitimi	PAÖ-E Sağlık Endişesi
YŞÖ-KF3 Terk Edilme	r	0,464	0,321	0,244	0,480	0,524	0,595	0,483
	p	<0,001	0,009	0,050	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk	r	0,305	0,304	0,174	0,265	0,141	0,405	0,246
	p	0,013	0,014	0,165	0,033	0,262	0,001	0,049
YŞÖ-KF3 Kusurluluk	r	0,344	0,503	0,198	0,286	0,449	0,327	0,330
	p	0,005	<0,001	0,113	0,021	<0,001	0,008	0,007
YŞÖ-KF3 Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	r	0,460	0,493	0,359	0,398	0,327	0,496	0,302
	p	<0,001	<0,001	0,003	0,001	0,008	<0,001	0,015
YŞÖ-KF3 İç İç Geçme/ Bağımlılık	r	0,273	0,386	0,185	0,344	0,325	0,359	0,275
	p	0,028	0,002	0,141	0,005	0,008	0,003	0,026
YŞÖ-KF3 Başarısızlık	r	0,208	0,444	0,240	0,185	0,278	0,293	0,187
	p	0,097	<0,001	0,054	0,139	0,025	0,018	0,136
YŞÖ-KF3 Tehditler Karşısında Dayanısızlık	r	0,319	0,379	0,250	0,199	0,182	0,412	0,235
	p	0,010	0,002	0,044	0,111	0,146	0,001	0,060
YŞÖ-KF3 Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim	r	0,286	0,298	0,188	0,245	0,218	0,276	0,244
	p	0,021	0,016	0,134	0,049	0,081	0,026	0,050
YŞÖ-KF3 Onay Arayıcılık	r	0,404	0,386	0,343	0,270	0,382	0,351	0,439
	p	0,001	0,002	0,005	0,030	0,002	0,004	<0,001
YŞÖ-KF3 Kendini Feda	r	0,339	0,583	0,303	0,224	0,196	0,452	0,311
	p	0,006	<0,001	0,014	0,072	0,119	<0,001	0,012
YŞÖ-KF3 Cezalandırıcılık	r	0,356	0,375	0,323	0,198	0,277	0,383	0,275
	p	0,004	0,002	0,009	0,114	0,026	0,002	0,027
YŞÖ-KF3 Karamsarlık	r	0,457	0,392	0,237	0,409	0,410	0,493	0,461
	p	<0,001	0,001	0,057	0,001	0,001	<0,001	<0,001
YŞÖ-KF3 Duyguları Bastırma	r	0,304	0,334	0,285	0,273	0,324	0,394	0,204
	p	0,014	0,006	0,022	0,028	0,009	0,001	0,103
YŞÖ-KF3 Yüksek Standartlar	r	0,240	0,277	0,214	0,159	0,206	0,234	0,306
	p	0,055	0,025	0,087	0,206	0,100	0,061	0,013
İÖÖ TOPLAM	r	0,539	0,467	0,417	0,358	0,420	0,509	0,400
	p	<0,001	<0,001	0,001	0,003	<0,001	<0,001	0,001
İÖÖ Umutsuzluk	r	0,513	0,520	0,422	0,402	0,387	0,441	0,356
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,001	<0,001	0,004
İÖÖ İntihar Düşüncesi	r	0,524	0,552	0,397	0,420	0,462	0,468	0,417
	p	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
İÖÖ Olumsuz Kendilik	r	0,147	-0,180	0,090	0,020	0,206	0,253	0,173
	p	0,243	0,151	0,473	0,877	0,099	0,042	0,169
İÖÖ Düşmanlık	r	0,426	0,347	0,325	0,220	0,181	0,347	0,248
	p	<0,001	0,005	0,008	0,079	0,149	0,005	0,046
Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	r	0,716	0,701	0,588	0,409	0,524	0,625	0,617
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Beck Depresyon Envanteri (BDE)	r	0,662	0,634	0,512	0,356	0,478	0,622	0,517
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001

r=Pearson Korelasyon Analizi, YŞÖ-KF3= Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3, PBŞÖ=Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği, PAÖ=Panik ve Agorafobi Ölçeği, İÖÖ=İntihar Olasılığı Ölçeği

PB vakalarının aldıkları PBŞÖ ve PAÖ alt ölçek puanları Pearson Korelasyon Analizine göre incelendiğinde;

PBŞÖ puanları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,305$, $p=0,013$), Karamsarlık ($r=0,457$, $p<0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,460$, $p<0,001$), Duyguları Bastırma ($r=0,304$, $p=0,014$), Onay Arayıcılık ($r=0,404$, $p=0,001$), İç İç Geçme/ Bağımlılık ($r=0,273$, $p=0,028$), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim ($r=0,286$, $p=0,021$), Kendini Feda ($r=0,339$, $p=0,006$), Terk Edilme ($r=0,464$, $p<0,001$), Cezalandırıcılık ($r=0,356$, $p=0,004$), Kusurluluk ($r=0,344$, $p=0,005$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($r=0,319$, $p=0,010$), İÖÖ Toplam Puanı ($r=0,539$, $p<0,001$), Umutsuzluk ($r=0,513$, $p<0,001$), İntihar Düşüncesi ($r=0,524$, $p<0,001$), Düşmanlık ($r=0,426$, $p<0,001$), BAE ($r=0,716$, $p<0,001$), BDE ($r=0,662$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

PAÖ Toplam puanları ile YŞÖ-KF3 Terk Edilme ($r=0,321$, $p=0,009$), Duygusal Yoksunluk ($r=0,304$, $p=0,014$), Kusurluluk ($r=0,503$, $p=0,009$), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik ($r=0,493$, $p<0,001$), İç iç geçme/ Bağımlılık ($r=0,386$, $p=0,002$), Başarısızlık ($r=0,444$, $p<0,001$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($r=0,379$, $p=0,002$), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim ($r=0,298$, $p=0,016$), Onay arayıcılık ($r=0,386$, $p=0,002$), Kendini Feda ($r=0,583$, $p<0,001$), Cezalandırıcılık ($r=0,375$, $p=0,002$), Karamsarlık ($r=0,3392$, $p=0,001$), Duyguları Bastırma ($r=0,334$, $p=0,006$), Yüksek Standartlar ($r=0,277$, $p=0,025$), İÖÖ Toplam Puan ($r=0,467$, $p<0,001$), İÖÖ Umutsuzluk ($r=0,520$, $p<0,001$), İÖÖ İntihar Düşüncesi ($r=0,552$, $p<0,001$), İÖÖ Düşmanlık ($r=0,347$, $p=0,005$), BAE ($r=0,701$, $p<0,001$), BDE ($r=0,634$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

PAÖ A alt ölçeği puanları ile YŞÖ-KF3 Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,359$, $p=0,003$), Duyguları Bastırma ($r=0,285$, $p=0,022$), Onay Arayıcılık ($r=0,343$, $p=0,005$), Kendini Feda ($r=0,303$, $p=0,014$), Cezalandırıcılık ($r=0,323$, $p=0,009$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($r=0,250$, $p=0,044$), İÖÖ Toplam Puan ($r=0,417$, $p=0,001$), Umutsuzluk ($r=0,422$, $p<0,001$), İntihar Düşüncesi ($r=0,397$, $p=0,001$), Düşmanlık ($r=0,325$, $p=0,008$), BAE ($r=0,588$, $p<0,001$), BDE ($r=0,512$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

PAÖ-B puanları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,265$, $p=0,033$), Karamsarlık ($r=0,409$, $p=0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,398$, $p=0,001$), Duyguları Bastırma ($r=0,273$, $p=0,028$), Onay Arayıcılık ($r=0,270$, $p=0,030$), İç İç Geçme/ Bağımlılık ($r=0,344$, $p=0,005$), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim ($r=0,245$, $p=0,049$), Terk Edilme ($r=0,480$, $p<0,001$), Kusurluluk ($r=0,286$, $p=0,021$), İÖÖ Toplam Puan ($r=0,358$, $p=0,003$), Umutsuzluk ($r=0,402$, $p=0,001$), İntihar Düşüncesi ($r=0,420$, $p<0,001$), BAE $r=0,409$, $p=0,001$), BDE ($r=0,356$, $p=0,004$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

PAÖ-C puanları ile YŞÖ-KF3 Başarısızlık ($r=0,278$, $p=0,025$), Karamsarlık ($r=0,410$, $p=0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,327$, $p=0,008$), Duyguları Bastırma ($r=0,324$, $p=0,009$), Onay Arayıcılık ($r=0,382$, $p=0,002$), İç İç Geçme/ Bağımlılık ($r=0,328$, $p=0,008$), Terk Edilme ($r=0,524$, $p<0,001$), Cezalandırılma ($r=0,277$, $p=0,026$), Kusurluluk ($r=0,449$, $p<0,001$), İÖÖ Toplam Puan ($r=0,420$, $p<0,001$), Umutsuzluk ($r=0,387$, $p=0,001$), İntihar Düşüncesi ($r=0,462$, $p<0,001$), BAE ($r=0,524$, $p<0,001$), BDE ($r=0,478$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

PAÖ-D puanları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,405$, $p=0,001$), Başarısızlık ($r=0,293$, $p=0,018$), Karamsarlık ($r=0,493$, $p<0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,496$, $p<0,001$), Duyguları Bastırma ($r=0,394$, $p=0,001$), Onay Arayıcılık ($r=0,351$, $p=0,004$), İç İç Geçme/ Bağımlılık ($r=0,359$, $p=0,003$), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim ($r=0,276$, $p=0,026$), Kendini Feda ($r=0,452$, $p<0,001$), Terk Edilme ($r=0,595$, $p<0,001$), Cezalandırıcılık ($r=0,383$, $p=0,002$), Kusurluluk ($r=0,327$, $p=0,008$), Tehditler Karşısında Dayanısızlık ($r=0,512$, $p=0,001$), İÖÖ Toplam Puan ($r=0,509$, $p<0,001$), Umutsuzluk ($r=0,441$, $p<0,001$), İntihar Düşüncesi ($r=0,468$, $p<0,001$), Olumsuz Kendilik ($r=0,253$, $p=0,042$), Düşmanlık ($r=0,347$, $p=0,005$), BAE($r=0,625$, $p<0,001$), BDE ($r=0,622$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

PAÖ-E skorları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,246$, $p=0,049$), Karamsarlık ($r=0,461$, $p<0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,302$, $p=0,015$), Onay Arayıcılık ($r=0,439$, $p<0,001$), İç İç Geçme/ Bağımlılık ($r=0,275$, $p=0,026$), Kendini Feda ($r=0,311$, $p=0,012$), Terk Edilme ($r=0,483$, $p<0,001$), Cezalandırıcılık ($r=0,275$, $p=0,027$), Kusurluluk ($r=0,330$, $p=0,007$), Yüksek standartlar ($r=0,306$,

p=0,013), İOÖ Toplam Puan (r=0,400, p=0,001), Umutsuzluk (r=0,356, p=0,004), İntihar Düşüncesi (r=0,417, p=0,001), Düşmanlık (r=0,248, p=0,046), BAE (r=0,617, p<0,001), BDE (r=0,517, p<0,001) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 6: PB ve KG arasında YŞÖ-KF3 skorlarının karşılaştırılması

	PB		KG		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
YŞÖ-KF3 Terk Edilme	9,49	4,85	6,94	2,37	3,815	<0,001
YŞÖ-KF Duygusal Yoksunluk	10,49	5,91	7,00	2,89	4,276	<0,001
YŞÖ-KF3 Kusurluluk	10,09	4,74	8,00	2,57	3,130	0,002
YŞÖ-KF3 Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	18,15	7,57	12,83	4,01	5,008	<0,001
YŞÖ-KF3 İç İç Geçme/Bağımlılık	17,49	8,57	12,66	3,62	4,188	<0,001
YŞÖ-KF3 Başarısızlık	13,03	6,70	9,42	3,18	3,933	<0,001
YŞÖ-KF3 Tehditler Karşısında Dayanaksızlık	12,37	5,72	9,63	3,82	3,211	0,002
YŞÖ-KF3 Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim	21,32	8,13	19,02	6,16	1,824	0,070
YŞÖ-KF3 Onay Arayıcılık	19,98	6,08	17,74	5,04	2,292	0,024
YŞÖ-KF3 Kendini Feda	17,15	6,30	14,06	4,52	3,214	0,002
YŞÖ-KF3 Cezalandırıcılık	20,34	6,64	18,89	5,90	1,313	0,192
YŞÖ-KF3 Karamsarlık	18,18	6,87	9,09	3,63	9,435	<0,001
YŞÖ-KF3 Duyguları Bastırma	11,91	6,40	9,92	4,12	2,103	0,037
YŞÖ-KF3 Yüksek Standartlar	8,23	4,33	7,98	3,57	0,354	0,724

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, YŞÖ-KF3= Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3

EDUBŞ' ye göre incelendiğinde, bağımsız gruplar t testinde PB grubu vakaların KG vakalarına göre Duygusal Yoksunluk (t=4,276, p<0,001), Başarısızlık (t=3,933, p<0,001), Karamsarlık (t=9,435, p<0,001), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik (t=5,008, p<0,001), Duyguları Bastırma (t=2,103, p<0,001), Onay arayıcılık (t=2,292, p=0,024), İç İç Geçme/ Bağımlılık (t=4,188, p<0,001), Kendini Feda (t=3,214, p=0,002), Terk Edilme (t=3,815, p<0,001), Kusurluluk (t=3,130, p=0,002), Tehditler Karşısında Dayanaksızlık (t=3,211, p=0,002) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 7: PB ve KG arasında İÖÖ skorlarının karşılaştırılması

	PB		KG		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
İÖÖ Toplam Puan	71,32	12,97	62,19	10,69	2,74	0,007
İÖÖ Umutsuzluk	25,80	6,03	21,92	6,02	3,668	<0,001
İÖÖ İntihar Düşüncesi	10,71	3,21	9,26	2,04	3,065	0,003
İÖÖ Olumsuz Kendilik	22,77	4,81	20,62	4,12	4,38	<0,001
İÖÖ Düşmanlık	12,05	3,54	10,38	2,45	3,111	0,002
Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	25,51	12,79	4,23	3,07	13,044	<0,001
Beck Depresyon Envanteri (BDE)	17,22	10,46	5,80	3,33	8,387	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, İÖÖ= İntihar Olasılığı Ölçeği

İntihar olasılığı açısından gruplar karşılaştırıldığında, bağımsız gruplar t testinde PB grubu vakaların KG vakalarına göre İÖÖ Toplam Puan ($t=2,74$, $p=0,007$), Umutsuzluk ($t=3,668$, $p<0,001$), İntihar Düşüncesi ($t=3,065$, $p=0,003$), Olumsuz Kendilik ($t=4,38$, $p<0,001$), Düşmanlık ($t=3,111$, $p=0,002$), BAE ($t=13,044$, $p<0,001$), BDE ($t=8,387$, $p<0,001$) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 7).

Tablo 8: PB grubunda İÖÖ ile YŞÖ-KF3 arasındaki korelasyon

		İÖÖ Toplam Puan	İÖÖ Umutsuzluk	İÖÖ İntihar düşüncesi	İÖÖ Olumsuz kendilik	İÖÖ Düşmanlık
YŞÖ-KF3 Terk Edilme	r	0,510	0,487	0,567	0,086	0,409
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,495	0,001
YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk	r	0,501	0,459	0,278	0,312	0,379
	p	<0,001	<0,001	0,025	0,011	0,002
YŞÖ-KF3 Kusurluluk	r	0,679	0,619	0,498	0,343	0,516
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,005	<0,001
YŞÖ-KF3 Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	r	0,713	0,641	0,530	0,400	0,496
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
YŞÖ-KF3 İç içe Geçme/ Bağımlılık	r	0,605	0,607	0,413	0,273	0,438
	p	<0,001	<0,001	0,001	0,028	<0,001
YŞÖ-KF3 Başarısızlık	r	0,594	0,551	0,447	0,295	0,431
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,017	<0,001
YŞÖ-KF3 Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	r	0,607	0,617	0,354	0,233	0,533
	p	<0,001	<0,001	0,004	0,062	<0,001
YŞÖ-KF3 Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim	r	0,437	0,429	0,350	0,003	0,547
	p	<0,001	<0,001	0,004	0,980	<0,001
YŞÖ-KF3 Onay Arayıcılık	r	0,423	0,512	0,401	0,080	0,206
	p	<0,001	<0,001	0,001	0,529	0,100
YŞÖ-KF3 Kendini Feda	r	0,420	0,470	0,479	0,034	0,258
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,787	0,038
YŞÖ-KF3 Cezalandırıcılık	r	0,383	0,465	0,326	-0,044	0,376
	p	0,002	<0,001	0,008	0,728	0,002
YŞÖ-KF3 Karamsarlık	r	0,515	0,501	0,404	0,203	0,391
	p	<0,001	<0,001	0,001	0,106	0,001
YŞÖ-KF3 Duyguları Bastırma	r	0,536	0,595	0,361	0,177	0,381
	p	<0,001	<0,001	0,003	0,158	0,002
YŞÖ-KF3 Yüksek Standartlar	r	0,202	0,287	0,339	-0,181	0,190
	p	0,107	0,021	0,006	0,148	0,130

r=Pearson Korelasyon Analizi, YŞÖ-KF3= Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3, İÖÖ=İntihar Olasılığı Ölçeği.

PB grubunda YŞÖ-KF3 ile İÖÖ skorları korelasyonu Pearson Korelasyon Analizinde:

İÖÖ Toplam Puan skorları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk (r=0,310, p=0,012), Başarısızlık (r=0,594, p<0,001), Karamsarlık (r=0,515, p<0,001), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik (r=0,713, p<0,001), Duyguları Bastırma (r=0,536, p<0,001), Onay Arayıcılık (r=0,423, p<0,001), İç İçe Geçme/ Bağımlılık (r=0,605, p<0,001), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim (r=0,437, p<0,001), Kendini Feda (r=0,420, p<0,001), Terk Edilme (r=0,510, p<0,001), Cezalandırıcılık (r=0,383, p=0,002), Kusurluluk (r=0,679, p<0,001), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık (r=0,607, p<0,001) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

İÖÖ- Umutsuzluk skorları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,459$, $p<0,001$), Başarısızlık ($r=0,551$, $p<0,001$), Karamsarlık ($r=0,501$, $p<0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,641$, $p<0,001$), Duyguları Bastırma ($r=0,595$, $p<0,001$), Onay Arayıcılık ($r=0,512$, $p<0,001$), İç İçe Geçme/ Bağımlılık ($r=0,607$, $p<0,001$), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim ($r=0,429$, $p<0,001$), Kendini Feda ($r=0,407$, $p<0,001$), Terk Edilme ($r=0,487$, $p<0,001$), Cezalandırıcılık ($r=0,465$, $p<0,001$), Kusurluluk ($r=0,619$, $p<0,001$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($r=0,617$, $p<0,001$), Yüksek Standartlar ($r=0,287$, $p=0,021$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

İÖÖ-İntihar Düşüncesi skorları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,278$, $p=0,025$), Başarısızlık ($r=0,447$, $p<0,001$), Karamsarlık ($r=0,404$, $p=0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,530$, $p<0,001$), Duyguları Bastırma ($r=0,361$, $p=0,003$), Onay Arayıcılık ($r=0,401$, $p=0,001$), İç İçe Geçme/ Bağımlılık ($r=0,413$, $p=0,001$), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim ($r=0,350$, $p=0,004$), Kendini Feda ($r=0,479$, $p<0,001$), Terk Edilme ($r=0,567$, $p<0,001$), Cezalandırıcılık ($r=0,326$, $p=0,008$), Kusurluluk ($r=0,498$, $p<0,001$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($r=0,354$, $p=0,004$), Yüksek Standartlar ($r=0,339$, $p=0,006$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

İÖÖ-Olumsuz Kendilik skorları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,312$, $p=0,011$), Başarısızlık ($r=0,295$, $p=0,017$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,400$, $p=0,001$), İç İçe Geçme /Bağımlılık ($r=0,273$, $p=0,028$), Kusurluluk ($r=0,343$, $p=0,005$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

İÖÖ-Düşmanlık skorları ile YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk ($r=0,379$, $p=0,002$), Başarısızlık ($r=0,431$, $p<0,001$), Karamsarlık ($r=0,391$, $p=0,001$), Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik ($r=0,496$, $p<0,001$), Duyguları Bastırma ($r=0,381$, $p=0,002$), İç İçe Geçme/ Bağımlılık ($r=0,438$, $p<0,001$), Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim ($r=0,547$, $p<0,001$), Kendini Feda ($r=0,258$, $p=0,038$), Terk Edilme ($r=0,409$, $p=0,001$), Cezalandırıcılık ($r=0,376$, $p=0,002$), Kusurluluk ($r=0,516$, $p<0,001$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($r=0,533$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 8).

Tablo 9: KG' da İÖÖ ile YŞÖ-KF3 arasındaki korelasyon

		İÖÖ- Toplam Puan	İÖÖ Umutsuzluk	İÖÖ İntihar Düşüncesi	İÖÖ Olumsuz Kendilik	İÖÖ Düşmanlık
YŞÖ-KF3 Terk Edilme	r	0,220	0,176	0,229	0,057	0,240
	p	0,078	0,161	0,066	0,653	0,054
YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk	r	-0,076	-0,115	-0,228	0,153	-0,117
	p	0,548	0,362	0,068	0,222	,0355
YŞÖ-KF3 Kusurluluk	r	,0490	0,502	0,477	0,058	0,409
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,648	0,001
YŞÖ-KF3 Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	r	0,175	0,171	0,025	0,072	0,203
	p	0,163	0,173	0,846	0,571	0,104
YŞÖ-KF3 İç içe Geçme/ Bağımlılık	r	0,305	0,288	0,203	0,089	0,305
	p	0,014	0,020	0,105	0,482	0,013
YŞÖ-KF3 Başarısızlık	r	0,256	0,180	0,173	0,201	0,192
	p	0,040	0,152	0,167	0,108	0,126
YŞÖ-KF3 Tehditler Karşısında Dayanısızlık	r	0,110	0,156	0,077	-0,154	0,290
	p	0,385	0,216	0,544	0,220	0,019
YŞÖ-KF3 Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdenetim	r	-0,067	-0,085	-0,002	-0,082	0,056
	p	0,599	0,502	0,990	0,518	0,655
YŞÖ-KF3 Onay Arayıcılık	r	-0,077	-0,063	0,083	-0,196	0,081
	p	0,543	0,615	0,513	0,118	0,519
YŞÖ-KF3 Kendini Feda	r	-0,035	0,113	-0,073	-0,255	0,058
	p	0,781	0,371	0,564	0,041	0,644
YŞÖ-KF3 Cezalandırıcılık	r	-0,074	-0,096	-0,095	-0,100	0,158
	p	0,556	0,448	0,452	0,427	0,208
YŞÖ-KF3 Karamsarlık	r	0,243	0,173	0,254	0,030	0,374
	p	0,051	0,169	0,041	0,815	0,002
YŞÖ-KF3 Duyguları Bastırma	r	0,172	0,236	0,123	-0,087	0,213
	p	0,172	0,059	0,328	0,488	0,088
YŞÖ-KF3 Yüksek Standartlar	r	-0,052	0,012	-0,051	-0,196	0,115
	p	0,681	0,922	0,687	0,118	0,362

r=Pearson Korelasyon Analizi, YŞÖ-KF3= Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3, İÖÖ=İntihar Olasılığı Ölçeği.

KG grubunda YŞÖ-KF3 ile İÖÖ skorları korelasyonu Pearson Korelasyon Analizinde:

İÖÖ Toplam Puan skorları ile YŞÖ-KF3 Başarısızlık ($r=0,256$, $p=0,040$), İç içe Geçme/ Bağımlılık ($r=0,305$, $p=0,014$), Kusurluluk ($r=0,490$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

İÖÖ-Umutsuzluk skorları ile YŞÖ-KF3 İç İçe Geçme/ Bağımlılık ($r=0,288$, $p=0,020$), Kusurluluk ($r=0,502$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

İÖÖ-İntihar Düşüncesi skorları ile YŞÖ-KF3 Karamsarlık ($r=0,254$, $p=0,041$) ve Kusurluluk ($r=0,477$, $p<0,001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

İÖÖ- Olumsuz Kendilik skorları ile YKŞÖ Kendini Feda skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,255$, $p=0,041$) bulundu.

İÖÖ-Düşmanlık skorları ile YŞÖ-KF3 Karamsarlık ($r=0,374$, $p=0,002$), İç İçe Geçme/ Bağımlılık ($r=0,305$, $p=0,013$), Kusurluluk ($r=0,409$, $p=0,001$) ve Tehditler Karşısında Dayanısızlık ($r=0,290$, $p=0,019$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 9).

Tablo 10: PB grubunda İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorlarının etkinliği

	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
	B	SH	Beta			AL	ÜL
(Sabit)	38,862	4,867		7,986	<0,001	29,078	48,647
YŞÖ-KF3 Terk Edilme	-0,290	0,329	-0,108	-0,882	0,382	-0,952	0,371
YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk	-0,049	0,283	-0,022	-0,174	0,863	-0,618	0,519
YKŞÖ Kusurluluk	0,566	0,408	0,207	1,385	0,173	-0,256	1,387
YŞÖ-KF3 Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	0,356	0,245	0,208	1,452	0,153	-0,137	0,850
YŞÖ-KF3 İç içe Geçme/ Bağımlılık	0,147	0,207	0,097	0,707	0,483	-0,270	0,564
YŞÖ-KF3 Başarısızlık	0,110	0,243	0,057	,453	0,652	-0,378	0,598
YŞÖ-KF3 Tehditler Karşısında Dayanısızlık	0,301	0,277	0,132	1,084	0,284	-0,257	0,858
YŞÖ-KF3 Ayrıcalıklılık /Yetersiz Özdenetim	0,173	0,174	0,109	0,997	0,324	-0,176	0,523
YŞÖ-KF3 Onay Arayıcılık	0,134	0,235	0,063	0,572	0,570	-0,338	0,606
YŞÖ-KF3 Kendini Fedâ	0,197	0,248	0,096	0,795	0,431	-0,301	0,694
YŞÖ-KF3 Cezalandırıcılık	-0,013	0,230	-0,007	-0,057	0,955	-0,475	0,449
YŞÖ-KF3 Karamsarlık	0,244	0,190	0,129	1,283	0,206	-0,138	0,625
YŞÖ-KF3 Duyguları Bastırma	-0,195	0,268	-0,096	-0,729	0,470	-0,734	0,344
YŞÖ-KF3 Yüksek Standartlar	-0,202	0,340	-0,068	-0,594	0,555	-0,886	0,482
Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	-0,022	0,132	-0,022	-0,166	0,868	-0,288	0,244
Beck Depresyon Envanteri (BDE)	0,376	0,161	0,303	2,341	0,023	0,053	0,699

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. $R^2=0,72$, $F=7,62$, $p<0,001$,

YŞÖ-KF3= Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3, İÖÖ =İntihar Olasılığı Ölçeği

Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine göre PB grubu vakaların İÖÖ Toplam Puan skorlarının %72'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=7,62$, $p<0,001$) YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada sadece Beck Depresyon Envanteri ($p=0,023$, GA:0,053-0,699) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 10).

Tablo 11: KG' de İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorlarının etkinliği

	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
	B	SH				Beta	AL
(Sabit)	52,388	6,559		7,987	<0,001	39,200	65,575
YŞÖ-KF3 Terk Edilme	-0,258	0,595	-0,057	-0,433	0,667	-1,455	0,939
YŞÖ-KF3 Duygusal Yoksunluk	-0,720	0,498	-0,195	-1,445	0,155	-1,721	0,281
YŞÖ-KF3 Kusurluluk	2,132	0,547	0,512	3,900	<0,001	1,033	3,232
YŞÖ-KF3 Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	0,728	0,472	0,273	1,540	0,130	-0,222	1,678
YŞÖ-KF3 İç içe Geçme/ Bağımlılık	0,421	0,485	0,142	0,868	0,390	-0,554	1,396
YŞÖ-KF3 Başarısızlık	-0,719	0,541	-0,214	-1,329	0,190	-1,806	0,368
YŞÖ-KF3 Tehditler Karşısında Dayanaksızlık	-0,688	0,458	-0,246	-1,502	0,140	-1,608	0,233
YŞÖ-KF3 Ayrıcalıklılık Yetersiz Özdenetim	-0,293	0,231	-0,169	-1,271	0,210	-0,757	0,171
YŞÖ-KF3 Onay Arayıcılık	-0,248	0,302	-0,117	-0,821	0,416	-0,854	0,359
YŞÖ-KF3 Kendini Feda	0,253	0,303	0,107	0,834	0,409	-0,357	0,863
YŞÖ-KF3 Cezalandırıcılık	-0,268	,0261	-0,148	-1,029	0,309	-0,792	0,256
YŞÖ-KF3 Karamsarlık	0,888	0,461	0,302	1,927	0,060	-0,039	1,814
YŞÖ-KF3 Duyguları Bastırma	0,081	0,400	0,031	0,201	0,841	-0,724	0,885
YŞÖ-KF3 Yüksek Standartlr	-0,687	0,390	-0,230	-1,761	0,085	-1,472	0,097
Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	1,235	0,481	0,355	2,567	0,013	0,268	2,202
Beck Depresyon Envanteri (BDE)	0,199	0,488	0,062	0,408	0,685	-0,783	1,181

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. $R^2=0,51$, $F=3,11$, $p=0,003$,

YŞÖ-KF3= Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3, İÖÖ =İntihar Olasılığı Ölçeği

Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine göre KG grubu vakaların İÖÖ Toplam Puan skorlarının %52'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=3,11$, $p=0,001$) YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada sadece YŞÖ-KF3 Kusurluluk ($p<0,001$, GA:1,033 – 3,232) ve Beck Anksiyete Envanteri ($p=0,013$, GA:0,268 – 2,202) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 11).

Tablo 12: İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada YŞÖ-KF3, BDE, BAE ve PAÖ skorlarının etkinliği

GRU P	Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA		
		B	SH	Beta			AL	ÜL	
PB	1	(Sabit)	43,899	3,822		11,486	<0,001	36,261	51,536
		TŞP	11,620	1,590	0,677	7,310	<0,001	8,443	14,796
	2	(Sabit)	45,680	4,009		11,394	<0,001	37,663	53,697
		TŞP	8,836	2,291	0,515	3,857	<0,001	4,254	13,417
		BAE	0,043	0,105	0,048	0,406	0,686	-0,167	0,252
		BDE	0,208	0,149	0,192	1,396	0,168	-0,090	0,505
	3	(Sabit)	45,692	4,042		11,303	<0,001	37,606	53,778
		TŞP	8,780	2,337	0,512	3,757	<0,001	4,106	13,454
		BAE	0,033	0,121	0,038	0,276	0,783	-0,208	0,275
		BDE	0,202	0,155	0,187	1,303	0,198	-0,108	0,511
		PAÖ	0,024	0,151	0,022	0,156	0,876	-0,278	0,326
	KG	4	(Sabit)	42,614	5,786		7,365	<0,001	31,051
TŞP			11,854	3,128	0,431	3,790	<0,001	5,604	18,105
5		(Sabit)	44,333	5,776		7,675	<0,001	32,783	55,883
		TŞP	10,716	3,581	0,390	2,993	0,004	3,556	17,877
		BAE	-0,739	0,397	-0,223	-1,859	0,068	-1,533	0,056
		BDE	0,598	0,411	0,196	1,455	0,151	-0,224	1,420

SH= Standart Hata AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, BAE= Beck Anksiyete Envanteri, BDE= Beck Depresyon Envanteri, PAÖ= Panik ve Agorafobi Ölçeği, TŞP= Toplam Şema Puanı (TŞP, tüm madde yanıtlarının toplam puanının soru sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır)

Model 1: R²=0,46, F=53,43, p<0,001, Model 2: R²=0,49, F=18,99, p<0,001, Model 3: R²=0,48, F=14,03, p<0,001.

Model 4: R²=0,19, F=14,36, p<0,001, Model 5: R²=0,24, F=6,45, p<0,001.

Çok Değişkenli Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizine göre PB grubu vakaların İÖÖ Toplam skorlarının %46'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=53,43, p<0,001) TŞP skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BAE ve BDE skorlarının eklenmesiyle İÖÖ Toplam skorlarının %49'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=18,99, p<0,001) TŞP, BAE ve BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 2 incelendiğinde İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada sadece TŞP (p<0,001, GA:4,254-13,417) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Model 2'ye PAÖ skorlarının eklenmesiyle İÖÖ Toplam skorlarının %48'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=14,03, p<0,001) TŞP, BAE, BDE ve PAÖ skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 3 incelendiğinde İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada sadece TŞP (p<0,001, GA:4,106-13,454) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 12).

Hiyerarşik Doğrusal Regresyon Analizine göre kontrol grubu vakaların İÖÖ Toplam skorlarının %19'unun istatistiksel acıdan anlamlı seviyede ($F=14,36$, $p<0,001$) TŞP skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e BAE ve BDE skorlarının eklenmesiyle İÖÖ Toplam skorlarının %24'ünün istatistiksel acıdan anlamlı seviyede ($F=6,45$, $p<0,001$) TŞP, BAE ve BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 2 incelendiğinde İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada sadece TŞP ($p=0,004$, GA:3,556-17,899) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo 12).



5.TARTIŞMA

Çalışmamız klinik seyir ve şiddet bakımından farklı özellik gösteren PB tanımlı kişiler ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından PB grubu ile benzer özellik gösteren sağlıklı KG ile yapılmıştır. En önemli risk faktörlerinden biri psikiyatrik tanının bulunması olan intihar davranışının; birçok psikopatolojiyle ilişkilendirilmiş olan EDUBŞ ile ilişkisi incelenmiştir. EDUBŞ ile İntihar Olasılığı ilişkisinin PB ve KG' de karşılaştırılması amaçlanmıştır.

PB grubunda PAÖ Toplam puanları ile YŞÖ-KF3 tüm şema puanları, İÖÖ Toplam Puan, BAE, BDE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. PB grubu vakaların KG' ye göre YŞÖ-KF3 şema puan ortalamalarının çoğu (Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim, Cezalandırıcılık, Yüksek Standartlar hariç hepsi) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. İntihar olasılığı açısından gruplar karşılaştırıldığında; PB grubu vakaların KG' ye göre, İÖÖ Toplam Puan ve tüm alt ölçek (Umutsuzluk, İntihar Düşüncesi, Olumsuz Kendilik, Düşmanlık) puanları, BDE ve BAE ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde İÖÖ Toplam Puan skorlarının PB grubunda %72'sinin, KG' de %52'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorları tarafından açıklandığı bulundu. İÖÖ Toplam Puan skorlarını açıklamada PB grubunda sadece BDE skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulunurken, KG' de BAE ve YŞÖ-KF3 Kusurluluk skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Yapılan hiyerarşik doğrusal regresyon analizi incelendiğinde her iki grubun da İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada sadece TŞP (Toplam Şema Puanı) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu; BDE, BAE ve PAÖ puan toplamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili olmadığı görüldü.

Çalışmamızda planlandığı gibi PB ve KG arasında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bakımından anlamlı istatistiksel fark saptanmamış olup cinsiyet bakımından incelendiğinde diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi kadınlarda daha sık olarak saptanmış ve literatürle uyumlu olarak bulunmuştur. Kadın/erkek oranı çalışmamızda 1,2 olarak bulunmuş olup, literatüre bakıldığında bu oran 1,7-2,3 arasında

değişmektedir (22). Aradaki fark örneklem grubunun darlığı ve örneklem seçimimizle ilişkili olabilir. Literatür araştırmasında PB başlangıç yaşı 20-30, tedaviye başvuru yaşı 25-45 olarak bulunmuştur (21). Çalışmamızda yaş ortalaması 38 olarak bulunmuş olup, çalışmaya katılanların %73,8'i yeni tanı ve/veya 1 yıldan kısa süredir tedavi altında olan kişilerden oluşmaktadır. Saygılı ve arkadaşları (99) PB vakalarıyla yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını 35,5 olarak, Arkan ve arkadaşları (100) ise $32\pm 9,1$ olarak bildirmiş olup çalışmamız sonucu literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda medeni durum açısından PB ile KG arasında anlamlı fark bulunmama ile birlikte, literatürde boşanma, ayrılık ve kaybın PB ihtimalini arttırdığına dair veriler bulunmaktadır (101). Aradaki fark örneklem grubunun darlığıyla ilişkili olabilir.

PB vakalarında görülen beklenmedik anda gelen ataklar, güvenlik arama davranışları ve kaçınma davranışları kişinin toplumsal uyumunu ve işlevselliğini bozabilir(2). Çalışmamızda PB vakalarında düzenli çalışma oranı %44,6 iken KG da %81,6 olduğu saptandı. İki grup arasında düzenli çalışma oranları ($X^2=17.47$, $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği saptanmış olup çalışmamız literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Soy geçmişte psikiyatrik tanı öyküsü olma oranının PB grubunda KG' ye göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuş olup, literatürde de PB vakalarında ailede psikopatoloji oranlarının artmış olduğu bilgisini destekler niteliktedir (29). İntihar davranışının önemli yordayıcılarından biri kabul edilen soy geçmişinde intihar öyküsü oranlarında ise yaptığımız çalışmada iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (59).

Literatürde kaygı bozukluklarının intihar olasılığını 6-10 kat arttırdığı ve intihar nedeniyle ölen kişilerin %1'inde PB olduğu bildirilmektedir (6). PB tanılı kişilerde intihar girişimi oranı çalışmaların yöntemine göre %0-42 arasında değişmekte olup çalışmalardaki tutarsızlığın sebebi çalışmalarda komorbid psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin çalışmalara dahil edilip edilmemesi ve/veya örneklem küçüklüğü gibi durumlarla ilgili olabileceği bildirilmektedir (77). Tezcan ve arkadaşlarının (81) PB tanılı kişilerle yaptıkları çalışmada intihar girişimi oranı %4,8 olarak bildirmişlerdir. 2022 yılında yayınlanan meta-analizde PB vakalarının intihar girişimlerinin oranı %17 olarak saptanmıştır (82). Çalışmamızda iki grup arasında özgeçmişinde intihar öyküsü bulunma oranları istatistiksel anlamlı farklılık saptanmış

olup PB grubunda bu oran %7,7 olarak saptanmıştır. Aradaki fark örneklem grubunun darlığı ve örneklem seçimiyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, bir diğer klinik özellik olan sigara kullanım oranlarının PB grubunda KG' ye göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde sigara kullanımının PB riskini arttırdığı ve PB semptomlarının sürmesini ve/ veya ağırlaşmasına neden olduğunu öne süren çalışmalar bulunmaktadır (37,102). Alkol kullanımı kısa süreli bir anksiyolitik etki ederken, kan seviyeleri düştükçe anksiyetenin ve panik semptomlarının alevlenmesine yol açabildiğiyle ilgili görüşler bulunmaktadır (103). Literatürde alkol kullanım bozukluğu ile PB arasında çift yönlü etyolojik ilişki olduğu ve PB' ye komorbid olarak sık eşlik ettiğiyle ilgili veriler bulunmakla birlikte çalışmamızda alkol kullanımı bakımından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (18) Aradaki fark örneklem grubunun darlığı ve örneklem seçimiyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hastalık şiddetini belirlemek için PBŞÖ ve PAÖ kullanılmış olup bu ölçekler tanısal değerlendirme için değil hastalık şiddetini belirleme ve tedavi takibi için geliştirilmiştir. Atakların şiddeti, sıklığı, beklenti anksiyetesi, agorafobik kaçınmalar, yeti yitimi ve işlevsellik kayıplarıyla ilgili sorular içermekte ve yüksek puanlar hastalık şiddetinin yanı sıra, kişinin uyum bozucu davranış değişikliklerini göstermektedir (88). Çalışmamızda PB vakalarının PBŞÖ ve PAÖ toplam puanları; BDE, BAE skorları, EDUBŞ ve İÖÖ ölçek skorlarının çoğu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Literatürde EDUBŞ' nin varlığı; işlevselliğin bozulmasıyla ve kötü prognozla (hastalık şiddeti, tedaviye direnç, intihar, alkol/madde kötüye kullanımı gibi) ilişkilendirilen çalışmalar bulunmaktadır (12,13). Sınırlı süreli şema terapinin PB belirtileri üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada terapi öncesi PBŞÖ puanlarıyla YKŞÖ-KF3 puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamış ancak sınırlı süreli şema terapi sonrası PBŞÖ ve YŞÖ-KF3 puanlarının korele bir şekilde düşmesi şemaların PB şiddeti üzerindeki etkisini destekler niteliktedir (104). Literatür bilgisinden hareketle uyum bozucu şemaların varlığı psikopatoloji gelişiminde rol oynadığı gibi şemaların yaygınlık ve şiddetinin artması PB hastalık şiddeti, prognozu ve intihar olasılığını arttırıyor olabilir. Çalışmamız literatürü destekler nitelikte olup BAE ve BDE ile saptanan korelasyon da uyum bozucu şemaların sayısının hastalık şiddeti ve intihar olasılığını arttırdığı görüşünü desteklemektedir.

PAÖ' nün alt ölçekler sırasıyla; A (panik atak özellikleri), B (agorafobi-kaçınma davranışları), C (beklenti anksiyetesi), D (yeti yitimi ve işlevsellikteki bozulma), E (sağlık endişesi) şeklindedir. PAÖ' nün B alt ölçeği agorafobik durum ve olayların sayısı ve kaçınmaların şiddeti hakkında bilgi vermektedir. Agorafobi, PB vakalarının %35-75'ine eşlik etmektedir (20). Çalışmamızda PAÖ-B puan ortalaması $5,06 \pm 3,13$ bulunmuş olup, 65 PB vakasının 32'sinin (%49,2) ortalama üzerinde puan aldığı; 45'inin (%69,2) agorafobik yer ve durumların sıralandığı B2 maddesinde en az iki agorafobik yer/durum tariflemiştir. Kullanılan testler tanı koydurucu olmayıp subjektif olsa da elde edilen PAÖ-B skorları agorafobik kaçınmalar hakkında bilgi vermektedir. Literatürde agorafobik belirti varlığı tedaviye yanıt ve prognozda kötüleşmeyle ilişkilendirilmekte olup PAÖ-B skorlarının YŞÖ-KF3, BDE, BAE ve İÖÖ skorlarıyla pozitif korelasyon göstermesi literatürü destekler niteliktedir (20,105). Agorafobik belirtiler gösteren PB vakalarında, şema terapi, kişilerin uyumsuz şemalarını tanımlamalarına ve dönüştürmelerine yardımcı olarak, kaçınma davranışlarını azaltmada ve bağımsız bir yaşam sürmelerine katkıda bulunabilir

EDUBŞ' nin çeşitli ruhsal bozukluklara sebep olabildiği bilinmekte, literatürde bunu destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (9,10).

Kopukluk/Reddedilmişlik şema alanı koşulsuz kabul, bakım, güvenlik, empati ve saygı gibi erken çocukluk döneminde önemli ihtiyaçların yeterince karşılanmaması sonucu ortaya çıkan şemaları (Kusurluluk, Terk Edilme, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik Duygusal Yoksunluk) içerir (46). Çalışmamızda PB grubu ile KG' de bu şema alanına ait tüm şema puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup Woo ve Lee (49), PB vakalarıyla sağlıklı kontrolleri karşılaştırarak yaptıkları çalışmada; PB grubunda Terk edilme/İstikrarsızlık şema puanını belirgin yüksek bulduklarını bildirmiştir. Literatürde PB vakalarıyla yapılan çalışmalarda bu şema alanına ait diğer şemalarla ilgili veri bulunamamıştır. Çalışmamızda PB grubunda aynı zamanda BAE ve BDE ortalamalarında da anlamlı yükseklik saptanması, KG' ye kıyasla daha yüksek uyumsuz şema puanlarının açıklanmasında bir karıştırıcı faktördür. Hawke ve Provencher(106)'in duygudurum ve kaygı bozukluklarının şemalarla ilişkisini gözden geçirdikleri çalışmada, kaygı bozukluğu olan kişilerde KG' ye kıyasla tüm şema puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde EDUBŞ' nin varlığının kaygı düzeyini yordadığı birçok çalışma bulunmaktadır (107). Yıldız (108) yaptığı

çalışmada BDE puanları ile YŞÖ-KF3 tüm şema alanlarından pek çok şema puanlarıyla arasında anlamlı korelasyon saptanmış olup literatürde birçok ilgili çalışma bulunmaktadır.

Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma şema alanı bağımsızlık ve rekabet gibi erken çocukluk dönemindeki evrensel ihtiyaçların karşılanmaması sonucu, kişinin kendi kimliğini ortaya koyamama, tehditler karşısında kendini dayanıksız görme, kendi yaşamlarını kurmak ve hedeflerine ulaşmak için gerekli becerilere sahip olmakla ilgili sorunları içeren şemaları (İç İçe Geçme/Bağımlılık, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, Başarısızlık) içerir (46). Çalışmamızda PB grubu ile KG' de bu şema alanına ait tüm şema puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup bu şemalar literatürde PB vakalarındaki bedensel duyumlara hassasiyet, agorafobik kaçınma, güvenlik arayıcı davranışlar ve panik ataklarla ilişkilendirilmiştir (48,52). Woo ve Lee (49), PB vakalarıyla sağlıklı kontrolleri karşılaştırarak yaptıkları çalışmada; PB grubunda Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık şema puanını belirgin yüksek bulunmuştur. Erdem (50) tarafından 2018' de yapılan çalışmada ise PB vakalarında Başarısızlık, İç İçe Geçme/ Gelişmemiş Benlik ve Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık şemalarında KG' ye göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Kwak ve Lee (11) PB ile KG karşılaştırdıkları çalışmada Hastalıklar ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık şemasının PB grubunda daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Hedley ve arkadaşları (48) PB vakalarıyla yaptıkları çalışmada “Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık” şemasının PB semptomlarının sürmesinde rol alabileceğini bildirmişlerdir. Renner ve arkadaşları (51) yaptıkları çalışmada, agorafobili/agorafobisiz PB vakaları için “zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma” şema alanına ait şemaların (bağımlılık, başarısızlık, iç içe geçme, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık) maruz bırakma terapi sonucu üzerinde önemli rol oynadığını, daha yüksek şema puanlarına sahip bireylerin daha düşük terapötik başarı oranları gösterdiğini saptamışlardır. PB vakalarında **bu** şema alanına ait şemaların yüksek düzeyde olduğu ve semptomların sürmesinde önemli bir rol oynadığı yapılan araştırmalarla gösterilmiştir. Bu nedenle, PB' nin terapötik müdahalesinde bu şema alanına özel olarak odaklanması, tedavi sürecinin etkinliğini artırabilir.

Diğeri Yönelimlilik şema alanı, bireyin kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederek diğer insanların beklenti ve isteklerine aşırı odaklanması ile ilişkili şemaları (kendini

fedâ, onay arayıcılık) içerir (46). Çalışmamızda PB grubu ile KG' de Kendini Fedâ ve Onay Arayıcılık şema puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kwak ve Lee (11) PB ile KG karşılaştırdıkları çalışmada Kendini Fedâ şemalarının PB grubunda daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Kendi Fedâ şemasına sahip kişiler, duygusal bağ kurmak ve saygınlık kazanmak için kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederek başkalarının ihtiyaçlarına aşırı odaklanırlar (7). Literatürde bu şemaya sahip olan PB vakalarının, semptomları sebebiyle diğerlerinin ihtiyaçlarını karşılayamadığı ve diğerlerinden de yardım istemekte zorluk yaşadıklarından dolayı şiddetli semptomlarla ilişkilendirilmiştir (11). Literatürde PB vakalarıyla yapılan çalışmalarda Onay Arayıcılık şemasıyla ilgili veri bulunamamış olup, PB grubunda aynı zamanda BAE ve BDE ortalamalarında da anlamlı yükseklik saptanması karıştırıcı faktör olarak neden olmuş olabilir.

Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama şema alanı, kişinin duygu ve düşüncelerini kontrol altında tutması ve yüksek davranış standartlarına uyması gerektiği inancıyla ilişkili şemaları (karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar, cezalandırıcılık) içerir. Çalışmamızda PB grubu ile KG' de Karamsarlık ve Duyguları Bastırma şema puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup literatürde Karamsarlık şeması, hayatta her şeyin kötü gideceğine dair abartılı beklentilerle açıklanmakta ve PB oluşumu ve sürdürümüyle ilişkilendirilmiştir (9,50). Erdem(50) tarafından 2018' de yapılan çalışmada ise PB grubunun KG' ye göre daha yüksek Karamsarlık şema puanı aldığı bildirilmiştir. Duyguları bastırma şeması, bireyin yoğun duygusal deneyimlerini ifade etmekten kaçınması, duygularını görmezden gelmesi veya bastırmasıyla karakterizedir. Bu şema, bireyin kendini ifade etmekte zorlanmasına, duygusal içe kapanmaya ve zamanla artan psikolojik yük nedeniyle depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir(109). Literatürde PB vakalarıyla yapılan çalışmalarda Duyguları Bastırma şemasıyla ilgili veri bulunamamış olup, PB grubunda aynı zamanda BAE ve BDE ortalamalarında da anlamlı yükseklik saptanması PB grubunda KG' ye göre bu şema puanlarının yüksek saptanmasına sebep olmuş olabilir.

İntihar ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. PB, sıkça ölüm korkusuyla ilişkilendirilen bir anksiyete bozukluğu olmasına rağmen ilginç bir şekilde intihar düşünceleri ve girişimleri açısından da artmış bir risk olduğu bildirilmekte, literatür PB' nin intihar riskini genel popülasyona göre 10 kat artırdığını ve intihar

nedeniyle ölen bireylerin %1'inde PB tanısının mevcut olduğunu göstermektedir (6). Literatürde panik ataktaki kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu gibi bilişsel belirtiler kişinin kaçış arayışına girmesine ve bu belirtilerin intihar girişimlerini güçlü bir şekilde öngördüğü bildirilmiştir (110). Başka bir çalışmada ise baş dönmesi, karıncalanma, uyuşma, kızarma, titreme, mide bulantısı gibi alfa adrenerjik uyarımı sonucu oluşan semptomların; gerçek dışılık ve “çıldırma” korkusu gibi bilişsel semptomların intihar düşüncesini öngördüğü bulunmuştur (111). Bu kişilerde sıklıkla majör depresif bozukluk, alkol-madde kötüye kullanım bozukluğu ve/veya kişilik bozuklukları (özellikle borderline kişilik bozukluğu) eşlik ettiğini ve intihar davranışının komorbid durumla da ilişkili olabileceği bu nedenle intihar riski taşıyan PB vakalarında genel psikopatolojinin değerlendirilmesinin önemli olabileceği bildirilmiştir (77,81). Çalışmamızda intihar olasılığı açısından gruplar karşılaştırıldığında, PB grubunun KG' ye göre tüm İÖÖ puanları yüksek bulunmuş olup literatür bilgisini destekler niteliktedir. PB grubunda aynı zamanda BAE ve BDE ortalamalarında da yükseklik saptanması, PB grubundaki daha yüksek intihar olasılığı sonucunu desteklemektedir. PB ve intihar olasılığı arasındaki ilişki karmaşıktır ve farklı çalışmalarda değişken sonuçlar elde edilmiş olup, literatürde PB ile intihar olasılığı arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (83).

Psikiyatrik tanı almış bireylerde, EDUBŞ' nin işlevsellikte bozulma ve kötü prognozla ilişkili olduğu, bu şemaların değerlendirilmesinin, intihar riskini yönetmek için önemli bir klinik uygulama olabileceği literatürde sıkça vurgulanmıştır (12). İÖÖ toplam puanları ile YŞÖ-KF3 korelasyonlarına bakıldığında; PB grubunda tüm şema alanlarıyla (Yüksek Standartlar hariç tüm şemalarla), KG' de ise sadece Başarısızlık, İç İçe Geçme/Bağımlılık, Kusurluluk şema skorlarıyla pozitif korelasyon saptanmıştır. Literatüre bakıldığında birçok psikopatoloji için EDUBŞ ile intiharı araştıran çalışmalar bulunmakla birlikte, PB vakalarında EDUBŞ ile intihar arası ilişkiyi ele alan çalışmalar sınırlıdır(13,84,112,113). Çalışmamız, bu alandaki literatüre katkı sunmaktadır.

Kopukluk/Reddedilmişlik şema alanı koşulsuz kabul, bakım, güvenlik empati ve saygı gibi erken çocukluk döneminde önemli olan ihtiyaçların yeterince karşılanmaması sonucu ortaya çıkan şemaları (Terk Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik) içerir (46). Bu şemalara sahip kişiler hayatlarındaki önemli kişilerle ilişkilerinin devamlılık göstermeyeceğine; duygusal

destek ihtiyaçlarının karşılanmayacağına; kusurlu, istenmeyen, işe yaramaz, değersiz olduklarına, herhangi bir topluluğun parçası olmadıklarına dair bilişlere sahiptirler (89). Çalışmamızda PB grubunda bu şema alanına ait tüm şema skorlarıyla toplam İÖÖ skorları korale olarak saptanmıştır. Literatürde intihar olasılığının Kusurluluk ve Sosyal İzolasyon/Güvensizlik şema puanlarıyla yüksek-orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (84). Kopukluk/reddedilmişlik şema alanına ait bilişler, bireylerin kendilerini başkalarına bağlanmaktan alıkoyan, aidiyet duygusunu engelleyen temel inançları oluşturmasına neden olup, literatürde Kişilerarası İntihar Kuramı'nda bahsedilen "engellenmiş aidiyet" duygusuna yatkın hale gelmesine ve bu bağlamda intihar riskinin artmasına neden olabileceği öne sürülmüştür (75,76,84). PB tanılı kişiler, panik atak yaşayabileceği korkusuyla topluluklardan uzak durduğunda, bu durum yalnızlık hissini artırarak aidiyet duygusunun daha da zayıflamasına yol açabilir.

Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma şema alanı özerklik ve rekabet gibi erken çocukluk dönemindeki evrensel ihtiyaçların karşılanmaması sonucu, kişinin kendi kimliğini ortaya koyamama, tehditler karşısında kendini dayanıksız görme, kendi yaşamlarını kurmak ve hedeflerine ulaşmak için gerekli becerilere sahip olmakla ilgili sorunları içeren şemaları (Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İçe Geçme/Bağımlılık, Başarısızlık) içerir (46). Çalışmamızda PB grubunda bu şema alanına ait tüm şema skorlarıyla Toplam İÖÖ puanları korale olarak saptanmıştır. Literatürde intihar olasılığının Başarısızlık, İç İçe Geçme/ Bağımlılık şema puanlarıyla orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (84). Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma şema alanına sahip bireylerin kendilerini başkalarına bağımlı ve yetersiz görmeleri "Algılanan Yük Olma" inancının gelişmesine neden olabilir. Kişilerarası İntihar Kuramında, bu kavram bağlamında kişinin başkalarına (örneğin ailesine) yük olduğunu ve başkalarının "onlarsız daha iyi olacağını" düşünebileceğini, bunun da ölme arzusunu tetikleyebileceği ileri sürülmektedir (76,84). PB hastaları, ataklar sırasında başkalarına ihtiyaç duyduklarında, kendilerini "bağımlı" ya da "yük" olarak hissedebilirler. Sürekli başkalarından destek alma ihtiyacı, suçluluk duygusunu artırabilir ve algılanan yük olma hissini güçlendirebilir.

Diğeri Yönelimlilik şema alanı kendi ihtiyaçlarını göz ardı edip diğer kişilerin ihtiyaçlarına fazlasıyla odaklanmayla ilgili şemaları (kendini feda, onay arayıcılık)

içerir (46). Bu şemalara sahip olan PB hastalarının, semptomları sebebiyle diğerlerinin ihtiyaçlarını karşılayamadığı ve diğerlerinden de yardım istemekte zorluk yaşadıklarından dolayı şiddetli semptomlarla ilişkilendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (11). Bu durum kişilerarası ilişkilerde daha kırılabilir olmalarına, kolaylıkla depresif duygudurum geliştirip kolaylıkla intihar davranışına yatkın hale gelmelerine neden oluyor olabilir. Yaptığımız çalışmada PB vakalarında bu şema alanına ait şema skorlarıyla toplam İÖÖ puanlarının korale olarak saptanmış olması literatürü destekler niteliktedir.

Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama şema alanı, kişinin duygu ve düşüncelerini kontrol altında tutması ve yüksek davranış standartlarına uyması gerektiği inancıyla ilişkili şemaları (karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar, cezalandırıcılık) içerir. Bastırılmış olan bu olumsuz duyguların kendine yöneltilmesi intihar davranışına riskini arttırabileceği görüşü mevcuttur (114). Ayrıca literatürde Karamsarlık şeması, hayatta her şeyin kötü gideceğine dair abartılı beklentilerle açıklanmakta, PB oluşumu ve sürdürümüyle ilişkilendirilmiş olup prognozu kötüleştiriyor olabilir (9,50). Literatürde intihar olasılığı ile Duyguları Bastırma şeması arasında korelasyon olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (84). Yaptığımız çalışmada PB vakalarında bu şema alanına ait şema skorlarıyla toplam İÖÖ puanlarının korale olarak saptanmış olması literatürü destekler niteliktedir.

Zedelenmiş Sınırlar şema alanında bulunan Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim şeması, bireyin kendini sınırlamakta, sabırlı olmakta ve sıkıcı ya da zorlayıcı görevleri tamamlamakta güçlük yaşama, kişinin hayal kırıklığına karşı düşük toleransı, dürtüsel davranışları ve kendini kontrol etmekte zorluklarla karakterizedir (7). Literatürde yetersiz özdenetim şeması ile intihar riski arasında anlamlı korelasyon bildiren çalışmalar bulunmakta olup çalışmamızda bu şema puanı ile toplam İÖÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptanması literatürü destekler niteliktedir(13,115,116).

Yaşam boyunca bireylerin davranış ve düşünce kalıplarını şekillendiren uyumsuz şemalar genel popülasyonda da yaygın bir şekilde bulunabilir, ancak bu şemaların etkileri bireyden bireye değişiklik gösterir. Bu çalışmada, panik bozukluk (PB) grubunda, İÖÖ Toplam puanı ile tüm şema alanları arasında yaygın korelasyon saptanmıştır. Buna karşılık, kontrol grubunda (KG) sadece Başarısızlık, İç İç Geçme/Bağımlılık ve Kusurluluk şema skorları ile pozitif korelasyon bulunmuştur. İç iç geçme/ bağımlılık şeması, bireyin kendi yeterliliğine olan inancını zayıflatıp

bireyin kendi başına bir şeyleri başaramayacağını düşünmesine neden olur (46). Kusurluluk ve Başarısızlık şemaları, bireyin kendisini aşırı derecede eleştirmesine, başarısızlıklarından hatalarından dolayı yoğun bir suçluluk hissetmesine neden olabilir (46). Bu tür şemalar, bireyin kendisiyle ilgili olumsuz algılar oluşturup duygusal dayanıklılığını zayıflatarak, stresli yaşam olayları karşısında bireyi intihara karşı daha savunmasız hale getirebilir.

Araştırmamızda, PB ve KG' de İÖÖ toplam puanlarının açıklanmasında YŞÖ-KF3, BDE ve BAE skorlarının etkisi çok değişkenli doğrusal regresyon analiziyle incelendiğinde, PB grubunda sadece BDE skorlarının, KG' de kusurluluk şeması ve BAE skorlarının İÖÖ toplam puanları ile anlamlı ve güçlü bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. PB hastalarında intihar riskinin büyük ölçüde depresif belirtilerle ilişkili olduğunu ve depresyonun bu grup için önemli bir risk faktörü olabileceğini ortaya koymaktadır. 2019 da PB hastalarında intihar risk faktörlerinin incelendiği bir meta-analizde BDE skorları intihar eğilimiyle anlamlı olarak ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (79). Yapılan bir çok çalışmada depresif belirtilerin PB hastalarında intihar riskini öngörmeye en önemli faktörlerden biri olduğunu vurgulanmıştır (78,80). Çalışmamız sonucu, literatürdeki çalışmalarla tutarlıdır ve depresyonun PB hastalarında hedeflenmesi gereken temel bir alan olduğunu desteklemektedir.

İÖÖ toplam puanlarının açıklanmasında TŞP, BAE, BDE ve PAÖ skorlarının etkisi hiyerarşik regresyon analiziyle incelendiğinde her iki grupta da sadece TŞP skorlarının İÖÖ Toplam skorlarını açıklamada istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu görüldü. Literatürde toplam şema puanları, çeşitli psikopatolojiler ile intihar riski arasında anlamlı korelasyon bildiren çalışmalar bulunmaktadır(108,117). PB grubunda BAE ve PAÖ puanlarıyla anlamlı ilişki saptanmamış olup, panik atakların sıklığı ve şiddeti ile intihar olasılığı arasında doğrudan bir ilişki olmadığını, bu ilişkinin daha çok depresyon ve şema yapılarına aracılık eden bir mekanizma üzerinden ilerlediğini düşündürmektedir.

Bulgular, uyumsuz şemaların ve depresyonun birlikte, ancak farklı mekanizmalarla, intihar riskini açıklamada etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuçlar, intihar riski taşıyan bireylerde şemalar ve depresyonun birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ve şema odaklı terapilerin depresyonla birlikte ele alınmasının tedavi sürecinin etkinliğini artırabileceğini göstermektedir.

6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmada sınırlı sayıda katılımcı değerlendirilmiş olup bu araştırma sınırlı sayıda vakadan elde edilen ölçümlerler ve bu araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının sonuçlarıyla sınırlıdır. Ölçüm araçlarından elde edilen sonuçların öz bildirim dayalı olması çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır. Buna ek olarak araştırmada ek hastalıkların ve tedavilerin etkileri ayrıntılı olarak incelenememiştir. PB'ye eşlik eden komorbid bir durum, panik belirtilerinin şiddeti, sıklığı ve ortaya çıkış şekli üzerinde belirleyici etkilere sahip olabilir. Çalışmamızda, Eksen I ve Eksen II komorbiditesi SCID ile değerlendirilmediğinden, hastaların pür PB olup olmadığı belirlenememiştir.

7. SONUÇ

Araştırma sonucunda PB vakalarında EDUBŞ' nin yaygın olduğu, PB grubunda KG'ye göre daha fazla EDUBŞ görüldüğü, bu şemaların intihar olasılığı, anksiyete ve depresif belirtilerle korelasyon gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde, PB ile ilişkili EDUBŞ' leri inceleyen çalışmalarda, **Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma** şema alanının (*İç İçe Geçme/Bağımlılık, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanaksızlık, Başarısızlık*) en sık değerlendirilen ve anlamlı sonuçlar elde edilen şema alanı olduğu görülmektedir. Çalışmamız sonucu literatürle uyumlu olup PB' nin terapötik müdahalesinde bu şema alanına özel olarak odaklanması, tedavi sürecinin etkinliğini artırabilir.

Her ne kadar uyum bozucu şema yaygın görülse de PB vakalarında intihar olasılığı ile sadece depresif belirtilerin ilişkili olduğu, PB olmayan vakalarda ise kusurluluk şeması ve anksiyete belirtilerinin ilişkili olduğu görüldü. Çalışmamız regresyon modellerinden elde edilen sonuçlar klinisyenlerin intihar olasılığını azaltmada PB vakalarında depresyona, PB olmayan vakalarda ise kusurluluk şeması ve anksiyete belirtilerine odaklanmalarının yararlı olabileceğini göstermiştir. Buna ek olarak genel şema skorları dikkate alındığında her iki grupta da şemaların intihar olasılığını belirleyen önemli bir değişken olduğu; bu nedenle şemaların toplam etkilerinin intihar olasılığı üzerindeki etkilerine klinisyenlerin odaklanmaları gerektiğini akla getirmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, DSM-5-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association,2022.
2. Kaplan R, Sadock, BJ. Kaplan Sadock"s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A, Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi;2009.
3. ÖNCÜ, B. İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. Psikiyatride Güncel. Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 2017, 7.1: 1-13.
4. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. BMJ. 09 Kasım 2015;351:h4978.
5. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. Psychosomatics. 1999;40(1):18-27.
6. Güleç G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. Turk Klin J Psychiatry-Spec Top. 20 Kasım 2016;2016;9(3).
7. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Press; 2006. 449, 653-658. s.
8. Arslan R. Çocukluk Dönemi Duygusal istismarı ile Depresyon Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolüne İlişkin Bir Gözden Geçirme. Klin Psikiyatri Derg. 2016;19(4):202-10.
9. Rafaeli, E., Bernstein, D. P. and Young, J. E. (2012). Şema terapi ayırıcı özellikler. (M. Şaşıoğlu, Çev.). İstanbul : Piskonet.
10. Yoosefi A, RajeziEsfahani S, Pourshahbaz A, Dolatshahee B, Assadi A, Maleki F, vd. Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. Glob J Health Sci. 01 Ekim 2016;8(10):167-77.
11. Kwak KH, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. Psychiatry Res. 30 Aralık 2015;230(3):757-62.
12. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. J Affect Disord. Şubat 2012;136(3):581-90.
13. Grażka A, Strzelecki D. Early Maladaptive Schemas and Schema Modes among People with Histories of Suicidality and the Possibility of a Universal Pattern: A Systematic Review. Brain Sci. 17 Ağustos 2023;13(8):1216.
14. Öztürk, M. Orhan; Uluşahin, N. Aylin, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 18. bs. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 335-39 s.
15. KÖROĞLU E. Klinik Psikiyatri. 3. bs. Ankara: Esenkal; 2020. 214-219 s.
16. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Ankara Hekimler Yayın Birliği. 1994.
17. Türkçapar, M. H. Panik Bozukluk ve Agorafobi Bilgilendirme Kitapçığı, [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.bilisseldavranisci.com/uploads/panikagorafobibilgihturkcapar.pdf>

18. TÜKEL R. Panik Bozukluğu. *Turk J Clin PSYCHIATRY*. 2002;5(70):5-13.
19. Onur E, Monkul S, Alkın T. Panik bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T (ed.s.) *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara; Pozitif Matbaacılık, 2006;41-67.
20. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Nisan 2006;63(4):415-24.
21. Tamam L. Panik Bozukluk [Panic Disorder]. 01 Mart 2009;17:32-8.
22. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. Eylül 2015;17(3):327-35.
23. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Haziran 2005;62(6):617-27.
24. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. Ağustos 2005;15(4):357-76.
25. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, vd. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
26. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res*. 1990;24 Suppl 2:3-14.
27. Maron E, Hettema JM, Shlik J. Advances in molecular genetics of panic disorder. *Mol Psychiatry*. Temmuz 2010;15(7):681-701.
28. Schumacher J, Kristensen AS, Wendland JR, Nöthen MM, Mors O, McMahon FJ. The genetics of panic disorder. *J Med Genet*. Haziran 2011;48(6):361-8.
29. Bonevski D, Naumovska A, Bonevski D, Naumovska A. Panic Attacks and Panic Disorder. İçinde: *Psychopathology - An International and Interdisciplinary Perspective*. IntechOpen; 2019.
30. Kyriakoulis P, Kyrios M. Biological and cognitive theories explaining panic disorder: A narrative review. *Front Psychiatry*. 30 Ocak 2023;14:957515.
31. Nutt DJ. Overview of Diagnosis and Drug Treatments of Anxiety Disorders. *CNS Spectr*. Ocak 2005;10(1):49-56.
32. Kalk NJ, Nutt DJ, Lingford-Hughes AR. The role of central noradrenergic dysregulation in anxiety disorders: evidence from clinical studies. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. Ocak 2011;25(1):3-16.
33. Bandelow B, Baldwin DS, Zwanzger P. Pharmacological Treatment of Panic Disorder. 23 Eylül 2013 [a.yer 11 Mart 2024]; Erişim adresi: <https://karger.com/books/book/223/chapter/5152328/Pharmacological-Treatment-of-Panic-Disorder>
34. Zou Z, Xiang M, Zhang Y, Huang Y, Wang J, He Y, vd. Associations of DNA methylation of HPA axis-related genes and neuroendocrine abnormalities in panic disorder. *Psychoneuroendocrinology*. Ağustos 2022;142:105777.
35. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry*. Nisan 2000;157(4):493-505.
36. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clin Psychol Rev*. Kasım 2009;29(7):623-37.

37. Cosci F, Knuts IJE, Abrams K, Griez EJJ, Schruers KRJ. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry*. Mayıs 2010;71(5):606-15.
38. Kaya MS. Panik bozukluk tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin bazı psikodinamik yapılarının objektif ve projektif testler ile karşılaştırılması [Internet] [doctoralThesis]. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2020 [a.yer 13 Mart 2024]. Erişim adresi: <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/handle/11616/19419>
39. Sümer N, Kaya B, Ünal S, Polat R, Selçuk E, Çekem B. Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi.
40. Atli DÖ. PAN K BOZUKLU U VE YET K N AYRILMA ANKS YETES BOZUKLU U HASTALARINDA CO2 DUYARLILI I.
41. Kuru E, Özdemir İ, BiLgiÇ AB. Panik Bozukluğu Olan Bireylerde Kişilik Özellikleri ve Bilişsel Özelliklerin Değerlendirilmesi: Klinik ve Sağlıklı Grupların Karşılaştırılması.
42. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice. Paperback ed. New York, NY: Guilford Press; 2011. 628 s.
43. Çakici D. ŞEMA KURAMININ OKUDUĞUNU ANLAMA SÜRECİNDEKİ ROLÜ.
44. Türkçapar, M. H. Bilişsel Davranışçı Terapi-Temel İlkeler ve Uygulama. 17. bs.
45. Martin R, Young JE. Schema Therapy, Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies, Third Edition ed.Keith S.Dobson. Guilford Press; 2010.
46. Young, J. and Klosko, J. (2011). Hayatı yeniden keşfedin.(D. Güler, Çev.). İstanbul: Psikonet.
47. Bricker D. A Client's Guide to Schema Therapy.
48. Hedley, L. M., Hoffart, A. ve Sexton H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(2), 131-142.
49. Woo NY, Lee BW, Lee HS. Characteristics of Early Maladaptive Schemas in Patients with Panic Disorder, Anxiety and Mood , Volume 7, No 2 , October, 2011.
50. Erdem Z. Panik Bozukluğu Hastalarında Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışlarını Şema Terapi Modeli Çerçevesinde İncelenmesi [Yüksek Lisans]. [Gaziantep]: T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
51. Renner V, Henker J, Joraschky P, Keller A, Petrowski K. [Not Available]. *Z Psychosom Med Psychother*. Eylül 2024;70(3):212-27.
52. Yancar Demir, E. ve Soygüt, G. (2014). Şema terapisi ile izlenen bir olgu bağlamında panik bozukluğu ile şemalar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 109-115.
53. Öncü B. İntihar Davranışı. Çetin F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N,Pehlivantürk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F, (ed). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 1. Baskı Ankara: HYB;2008 503-512.
54. Suicide - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. Erişim adresi: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
55. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization (WHO); 2021.

56. Deniz Özturan D. İntihar Davranışı Olan Hastaya Yaklaşım İlkeleri. İçinde: İntihar Davranışına Müdahale Klavuzu, ed Devrimci Özgüven H, Özdamar Ünal G. Ankara: Bayt; 2023. s. 1-7.
57. TÜİK kurumsal [İnternet]. 2023. İntihar İstatistikleri. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>
58. World Health Organization (WHO), Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization (WHO); 2014.
59. Devrimci Özgüven H, Eskin M. İntihar Riskinin Değerlendirilmesi. İçinde: İntihar Davranışına Müdahale Klavuzu, ed Devrimci Özgüven H, Özdamar Ünal G. Ankara: Bayt; 2023. s. 11-27.
60. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet Lond Engl*. 19 Mart 2016;387(10024):1227-39.
61. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, vd. Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 24 Ağustos 2010;71(12):21777.
62. Chehil S, Kutcher SP. *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. John Wiley & Sons; 2012. 176 s.
63. Bisconer SW, Gross DM. Assessment of suicide risk in a psychiatric hospital. *Prof Psychol Res Pract*. 2007;38(2):143-9.
64. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, vd. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. Şubat 2017;143(2):187-232.
65. Aydın M, Hacimusalar Y, Hocaoğlu Ç. İntihar Davranışının Nörobiyolojisi. *Psikiyatrl Güncel Yaklaşımlar*. 31 Mart 2019;11(1):1-23.
66. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1075-6.
67. McGuffin P, Marusic A, Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*. 2001;22(2):61-5.
68. Petersen L, Sørensen TIA, Kragh Andersen P, Mortensen PB, Hawton K. Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: a study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *J Affect Disord*. Şubat 2014;155:273-7.
69. Durkheim E (2017) İntihar, 4. Baskı (Çev.:Ö Ozankaya). İstanbul, Cem Yayınevi, 1987.
70. Durak Batıgün ayşegül, Şenkal Ertürk İ, Kömürcü Akik B. İntihara İlişkin Toplumbilimsel Kuramlar. İçinde: İntiharı Anlama ve Müdahale.
71. Canbolat F, Gençöz T. İntihara İlişkin Psikanalitik Kuramlar: Freud ve Sonrası. İçinde: İntiharı Anlama ve Müdahale.
72. Freud S (1961) *The ego and the id*. (Çev., Strachey). New York, NY, US: W.W. Norton & Co. (orjinal yayın tarihi, 1923).
73. Mikhailova O. Suicide in Psychoanalysis. *Psychoanal Soc Work*. 01 Ocak 2005;12:19-45.
74. Joiner TE, Ribeiro JD, Silva C. Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide, 2012 [İnternet]. [a.yer 12 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0963721412454873>

75. Eskin M. Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı. İçinde: İntiharı Anlama ve Müdahale.
76. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr. TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575-600.
77. Çelik S, Karakus Yılmaz B, Uygur AB. Psikiyatrik Hastalıklarda İntihar ve Acil Serviste İntihar Girişimine Müdahale: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Phoenix Med J.* 01 Kasım 2023;5(3):125-31.
78. Scheer V, Blanco C, Olfson M, Lemogne C, Airagnes G, Peyre H, vd. A comprehensive model of predictors of suicide attempt in individuals with panic disorder: Results from a national 3-year prospective study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;67:127-35.
79. Tietohl-Santos B, Chiamenti P, Librenza-Garcia D, Cassidy R, Zimmerman A, Manfro GG, vd. Risk factors for suicidality in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* Ekim 2019;105:34-8.
80. Barzilay R, White LK, Moore TM, Calkins ME, Taylor JH, Patrick A, vd. Association of anxiety phenotypes with risk of depression and suicidal ideation in community youth. *Depress Anxiety.* Eylül 2020;37(9):851-61.
81. Tezcan E, Çulha F, Karabulut C. Panic disorder and suicide. 1996;
82. Zhang Y, Wang J, Xiong X, Jian Q, Zhang L, Xiang M, vd. Suicidality in patients with primary diagnosis of panic disorder: A single-rate meta-analysis and systematic review. *J Affect Disord.* 01 Mart 2022;300:27-33.
83. Beck AT, Steer RA, Sanderson WC, Skeie TM. Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* Eylül 1991;148(9):1195-9.
84. Pilkington P, Younan R, Bishop A. Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *J Affect Disord Rep.* 01 Ocak 2021;3:100051.
85. Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol.* Haziran 1995;10(2):73-82.
86. Tural Ü. Panik ve agorafobi ölceğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2000;11:29-39.
87. Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grochocinski V, Vander Bilt J, vd. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *J Psychiatr Res.* 01 Eylül 2001;35(5):293-6.
88. Monkul ES, Tural Ü, Onur E, Fidaner H, Alkın T, Shear MK. Panic Disorder Severity Scale: Reliability and validity of the Turkish version. *Depress Anxiety.* 2004;20(1):8-16.
89. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 3rd ed. Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999. x, 83 s. (Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 3rd ed).
90. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakir Z. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. | *Türk Psikiyatri Dergisi.* C. 20. 2009. s. 75.
91. Cull JG, Gill WS (1990) Suicide probability scale, Western Psychological Services, Los Angeles.
92. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the Perceived Social Support from Friends and Family scales, Scale for Interpersonal Behavior, and Suicide Probability Scale. *J Clin Psychol.* Temmuz 1993;49(4):515-22.

93. Atli Z, Eskin M, Dereboy C. İntihar Olasılığı Olceginin (IOO) klinik orneklemde gecerlik ve guvenirligi. *Klin Psikiyatri Derg.* 2009;12(3):111-24.
94. Batigün AD, Şahin NH. İntihar Olasılığı Ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klin Psikol Derg.* 25 Haziran 2018;2(2):52-64.
95. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 01 Haziran 1961;4(6):561-71.
96. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerlilik, guvenirligi. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol.* 1989;7:3-13.
97. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* Aralık 1988;56(6):893-7.
98. Ulusoy M, hisli sahin N, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother Int Q.* 01 Ocak 1998;12.
99. Saygılı S, Karamustafalıoğlu O. Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 30 Mart 2010;32-7.
100. Arkan B, Ünsal Avdal E, Özgürsoy Uran BN. Panik Atak Tanısı Alan Hastaların Acil Servise Başvurma Sıklıkları ve Başlatan Stres Etkenleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 01 Nisan 2019;45(1):93-7.
101. Jonge P de, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet E, Stein D, vd. Cross-national Epidemiology of Panic Disorder and Panic Attacks in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety.* Aralık 2016;33(12):1155.
102. Zvolensky vd. (2003), sigara içmenin, panik bozukluğunun gelişimi, sürdürülmesi ve ağırlaştırılması ile özellikle ilişkilendirilebilecek birçok yolunu hipotez etmiştir.
103. Demiryürek E. Panik Bozukluk. İçinde: Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar 5, ed Akkaya R , Akkaya B. 1. bs 2022. s. 319-26.
104. Erkan E. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Kaygı Bozuklukları. *J Soc Res Behav Sci.* 25 Aralık 2023;9(20):596-606.
105. 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.
106. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *J Cogn Psychother.* 2011;25(4):257-76.
107. Ankara University, Komurcu B, Gor N, Ankara University. A Review of Early Maladaptive Schemas and Anxiety. *Nesne Psikol Derg.* 21 Aralık 2016;4(8):183-203.
108. Yıldız M. Üniversite Öğrencilerinde Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Depresif Belirtilere Etkisi. 2017;
109. Erken Dönem Uyumsuz Şemaları ile Depresif Belirtiler ve Öz-Duyarlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi görünümü [İnternet]. [a.yer 01 Şubat 2025]. Erişim adresi: <https://sobibder.org/index.php/sobibder/article/view/273/256>
110. Capron DW, Coughle JR, Ribeiro JD, Joiner TE, Schmidt NB. An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *J Psychiatr Res.* Şubat 2012;46(2):174-80.
111. Rappaport LM, Moskowitz DS, Galyner I, Yaseen ZS. Panic symptom clusters differentially predict suicide ideation and attempt. *Compr Psychiatry.* Mayıs 2014;55(4):762-9.

112. Nilsson KK. Early Maladaptive Schemas in Bipolar Disorder Patients With and Without Suicide Attempts. *J Nerv Ment Dis.* Mart 2016;204(3):236-9.
113. Ahmadpanah M, Astinsadaf S, Akhondi A, Haghighi M, Sadeghi Bahmani D, Nazaribadie M, vd. Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Compr Psychiatry.* Ağustos 2017;77:71-9.
114. Akbaydar B. İntihar Düşüncesi ve Girişimi Olan Ergenlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Erken Dönem Maladaptif Şemaların İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2022.
115. Dale R, Power K, Kane S, Stewart AM, Murray L. The Role of Parental Bonding and Early Maladaptive Schemas in the Risk of Suicidal Behavior Repetition. *Arch Suicide Res.* 09 Kasım 2010;14(4):311-28.
116. Erdoğan M, Kışlak Ş. Psilkotravmatolojik Açıdan Öfkeyi Yordayan Şema Alanlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilim İleri Araştırmalar Derg J Adv Res Health Sci.* 14 Şubat 2023;0(0):0-0.
117. Kan Uzel, H. (2020). The relationship of suicide probability with theory of mind and early maladaptive schemas in patients with schizophrenia.

9. EKLER

EK-1: Olgu Rapor Formu

 T.C. Sağlık Bakanlığı BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ				
	OLGU RAPOR FORMU				
Doküman Kodu: EY. FR. 16	Yayın Tarihi:23.11.2013	Revizyon Tarihi:05.11.2015	Revizyon No:03	Versiyon No:01	Sayfa No: 1 / 1

Tarih:

Panik bozukluk tanılı hastalarda Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve İntihar Olasılığı ile İlişkisi

1) Hasta Kodu	
2) Yaş	
3) Cinsiyet	1. Kadın 2. Erkek
4) Yaşadığı yer	1. Köy 2. İlçe 3. Şehir merkezi
5) Öğrenim düzeyi	1. Okur- yazar 2. İlköğretim 3. Ortaöğretim 4. Üniversite 5. Diğer
6) Çalışma hayatı	1. Öğrenci 2. Çalışmıyor/İşsiz 3. Düzensiz çalışıyor 4. Düzenli Çalışıyor
7) Medeni durum	1. Bekar 2. Boşanmış 3. Evli
8) Birlikte yaşadığı kişi/kişiler	1. Yalnız 2. Çekirdek aile 3. Geniş aile
9) Psikiyatrik tanı	
10) Psikiyatrik ilaç kullanımı ve kullanım süresi	
11) Sigara kullanımı	1. Var/süre 2. Yok
12) Alkol kullanımı	1. Var/süre 2. Yok
13) Madde kullanımı	1. Var/süre 2. Yok
14) Geçmiş intihar öyküsü , varsa yöntemi	1. Var (.....) 2. Yok
15) 1. Derece yakınlarında psikiyatrik hastalık	1. Var 2. Yok
16) 1. Derece yakınlarında psikiyatrik hastalık varsa tanısı:	
17)1. Derece yakınlarında intihar öyküsü , varsa yöntemi	1. Var (.....) 2. Yok
18) Hipertansiyon	1. Var 2. Yok
19) DM	1. Var 2. Yok
20) Koroner arter hastalığı	1. Var 2. Yok
21) Kalp Kapak hastalığı (mitral valp prolapsusu vs...)	1. Var 2. Yok
22) Diğer kronik hastalıklar

EK-2: Panik ve Agorafobi Ölçeği (PAÖ)

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

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

- Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- Terleme
- Titreme, sarsılma
- Ağız kuruluğu
- Nefes almada güçlük
- Boğulma duygusu
- Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örneğin midenin alt üst olması)
- Baş dönmesi, düşecek gibi olma baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- Nesnelere gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da "tam olarak burada değilim" duyguları
- Denetim kaybı,"delirme" ya da bayılma korkusu
- Ölüm korkusu
- Ateş basması ya da ürperme
- Uyuşma ya da karıncalanma duyguları
- Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

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

A.2. Geçen hafta içindeki panik ataklarınız ne Őiddetteydi

0. Panik atağı olmadı.
1. Ataklar çok az Őiddetteydi.
2. Ataklar orta derecede Şiddetliydi 3. Ataklar epeyce Şiddetliydi.
4. Ataklar ok Şiddetliydi.

A.3. Panik atakların her biri genellikle ne kadar sũrũyordu?

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

A.4..Ataklardan çoğu beklenen atakmıydı (yani korkulan durumlarda ortaya çıkan) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mi ortaya çıkıyordu?

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

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

0. Kaçınma yok (veya panik ataklarımın nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor)

1. Oldukça nadir kaçındım.
2. Bazen kaçındım.
3. Sık sık kaçındım.
4. Her zaman kaçındım

B.2. Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyiniz.

01. Uçaklar.
02. Metro (yer altında)
03. Otobüsler, trenler
04. Gemiler
05. Tiyatrolar, sinemalar
06. Süpermarketler
07. Kuyrukta beklemek
08. Konser salonları, stadyumlar
09. Parti ya da sosyal toplantılar
10. Kalabalıklar
11. Lokantalar
12. Müzeler
13. Asansörler
14. Kapalı yerler (tünel gibi)
15. Sınıflar, konferans salonları
16. Otomobile binmek veya sürmek (örn. Trafik sıkışırken)
17. Geniş salonlar (lobiler)
18. Sokakta yürümek
19. Tarlalar, geniş caddeler, avlular
20. Yüksek yerler
21. Köprülerden geçmek
22. Evden uzaklara gitmek
23. Evde tek başına kalmak
24. Diğer.....

B.3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

0. Önemli değil (veya kaçınma yok).

1. Çok az önemli
2. Orta derecede önemli
3. Epeyce önemli
4. Çok önemli

C. 1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

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

C. 2. Bu " korkudan korkmak" ne kadar şiddetliydi?

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

D. 1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinin aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb.) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

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

D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlanmaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

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

D.3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinizin iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

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

E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?

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

E. 2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

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



EK-3: Panik Bozukluk Şiddet Ölçeği (PBŞÖ)

DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ONERILER

Amaç, agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğundaki DSM-IV belirtilerinin şiddetini ölçmektir. Panik atağı sıklığı ve şiddetinin sabit bir biçimde ölçülmesini sağlamak amacıyla puanlamalar son bir ay için yapılır. Kullanıcılar farklı bir zaman dilimi seçerlerse zaman dilimi tüm başlıklar için tutarlı olmalıdır.

Her soru 0-4 olarak puanlanır, öyle ki, 0=hiç ya da mevcut değil, 1=ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma; 2=orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edilebilir; 3=şiddetli, aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksamaması ve 4=aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yetiyitimi yaratıcı.

Görüşmeci hastanın tam ya da sınırlı belirtili panik atağı/ları geçirip geçirmediyi bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik yoksa 2. ve 3. sorular 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. sorudan başlatılmalıdır. 4. ve 5. sorular da 0 olarak puanlandysa 7. ve 8. sorular sorulmadan 0 olarak puanlanır.

- 1. PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL**
0=Hiç panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı (SBP) yok
1=Hafif, ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBP/gün'den daha fazla değil.
2=Orta, haftada bir veya iki tam panik atağı ve/veya çoğul SBP'ler/gün.
3=Şiddetli, haftada ikiden çok tam panik atakları ama ortalama günde birden çok değil.
4=Aşırı, günde birden fazla tam panik atağı geçirme, geçirilen günlerin sayısının geçirilmeyenlerden fazla olması.
- 2. PANİK ATAKLARI SIRASINDAKİ ZORLANMA, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL**
0=Panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı yok ya da ataklar sırasında hiç zorlanma yok.
1=İlimli zorlanma, ama hiç ya da az bir aksama ile etkinliği sürdürülebilmektedir.
2=Orta zorlanma, ama hala idare edilebilir, etkinliğini sürdürülebilmekte ve/veya konsantrasyonunu idame ettirmekte, ama bunları güçlükle yapabilmektedir.
3=Şiddetli, belirgin zorlanma ve aksama, konsantrasyonunu yitirir ve/veya etkinliğini durdurmak zorundadır, ama odanın ya da durumun içinde kalabilmektedir.
4=Aşırı, şiddetli ve yetiyitimi yaratıcı zorlanma, etkinliğini durdurmak zorunda, eğer mümkünse odayı ya da durumu terkedecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta, aşırı zorlanmaktadır.
- 3. BEKLENTİ ANKSİYETESİNİN ŞİDDETİ (Paniğe ilişkin korku, kaygılı beklenti ya da endişe)**
0=Panik atağı hakkında tasa yok
1=İlimli, panik atağı hakkında arasıra korku, endişe ya da kaygılı beklentisi oluyor.
2=Orta, sıklıkla endişeli, korkulu ya da kaygılı beklenti içinde, ama anksiyetesiz dönemleri de var. Dikkat çekici bir yaşam biçimi değişikliği var, ama anksiyete hala idare edilebilir ve genel işlevselliği bozulmamıştır.
3=Şiddetli, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklentilerle zihinsel uğraşı, konsantrasyon ve/veya verimli işlev görme becerisinde büyük ölçüde aksama var.
4=Aşırı, neredeyse sabit, yetiyitirici anksiyete, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeniyle önemli görevleri sürdürmemektedir.
- 4. AGORAFOBİK KORKU / KAÇINMA**
0= Hiç, korku ya da kaçınma yok
1=İlimli, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşebilir ve başa çıkabilir Yaşam biçimi değişikliği yok ya da az.
2=Orta, dikkat çekici korku ve/veya kaçınma, ama hala kontrol edilebilir; korkulan durumlardan kaçınır ama bir yoldaşla birlikte yüzleşebilir. Biraz yaşam biçimi değişikliği vardır, ama genel işlevsellik bozulmamıştır.
3=Şiddetli, yoğun kaçınma; fobiye uyabilmek için büyük ölçüde yaşam biçimi değişikliği gerekmektedir, bu da olağan etkinlikleri sürdürmeyi güçleştirmektedir.
4=Aşırı, yaygın yetiyitirici korku ve/veya kaçınma. Yaşam biçiminde yoğun değişiklik gerekmiştir öyle ki, önemli görevler yapılamamaktadır.
- PANİK ATAĞI İLE İLİŞKİLİ DUYUMLARDAN KORKU / KAÇINMA**
0=Zorlanma yaratıcı bedensel duyumları uyaran durum ya da etkinliklerden korku ya da kaçınma yok.
1=İlimli, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyumları uyaran durum ve etkinliklerle az zorlanma ile yüzleşebilir ve sürdürülebilir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.
2=Orta, göze çarpıcı kaçınma ama hala idare edilebilir. Kesin ama sınırlı bir yaşam biçimi değişikliği vardır, öyle ki, genel işlevsellik bozulmamıştır.
3=Şiddetli, yoğun kaçınma, yaşam biçiminde büyük ölçüde değişikliğe ya da işlevsellikte aksamaya yol açmaktadır.
4=Aşırı, yaygın ve yetiyitimi yaratıcı kaçınma. Önemli görev ve etkinlikleri yapmayacak kadar yoğun bir yaşam biçimi değişikliği gerekmiştir.

6. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA / AKSAMA.
(Puanlayıcılara not: Bu soru çalışmaya odaklanmıştır. Eğer kişi çalışmıyorsa okulu, tam gün okula gitmiyorsa evdeki sorumlulukları hakkında sorular sorunuz.)

0=Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı bozulma yok.

1=İlimli, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hala iyidir.

2=Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta, ama hala kontrol edilebilir. Meslek performansı etkilenmiş, ama başkaları çalışmasının hala yeterli olduğunu söylemektedirler.

3=Şiddetli, mesleki performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki, başkaları farketmiştir; bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapamamaktadır.

4=Aşırı, yeti yitirici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürememektedir).

7. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA / AKSAMA

0=Bozulma yok.

1=İlimli, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmektedir ama toplumsal işlevsellik hala yeterlidir.

2=Orta, toplumsal yaşamda kesin aksama, ama hala kontrol edilebilir. Toplumsal etkinliklerin sıklığında ve/veya kişiler arası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır, ama hala olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılabilmektedir.

3=Şiddetli, toplumsal performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır. Toplumsal etkinliklerde belirgin bir azalma ve/veya diğerleriyle etkileşimde belirgin bir güçlük vardır; diğerleriyle etkileşmek için kendini hala zorlayabilmekte ama toplumsal ya da kişiler arası durumların çoğundan hoşlanmamakta ya da iyi işlev görememektedir.

4=Aşırı, yetiyitimi yaratıcı belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleriyle etkileşmektedir, panik bozukluğu nedeniyle bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

TOPLAM PUAN (1-7. soruların toplamı)

EK-4: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3)

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 hissettiğinize dayanarak cevap verin.

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

1. ____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. ____ Beni terkedeceklerinden 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, yaşitlarım 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, önemseddiğimi 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 tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
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 bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissedirim.
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. ____ Yakınlarımdan 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 hisseder 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. ____ İsteddiğimi 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 hissederim.
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 hissederim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.
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 onaylanılmayı 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 hissederim.
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. ____ Kararıma 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 hakeden kötü bir insanım.

EK-5: İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Lütfen sıra ile her cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlenin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz.

		HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
1	Öfkeli olduğum zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissederim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz(dürtüsel) davrandığımı hissederim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissederim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissederim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissederim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissederim	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissederim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissederim ki buna dayanmam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissederim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda birçok değişiklik yapacağımı hissederim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.	D	D	D	D
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissederim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünürüm.	D	D	D	D
21	Dünyanın yaşama değer olmadığını hissederim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissederim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissederim	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Eşime duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissederim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarını onaylamadıklarını hissederim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissederim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olamadığımı hissederim	D	D	D	D

EK-6: Beck Depresyon Envanteri (BDE)

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.

- 19-0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21-0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

EK-7: Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				