

## Panik Bozukluğu Olan Bireylerde Kişilik Özellikleri ve Bilişsel Özelliklerin Değerlendirilmesi: Klinik ve Sağlıklı Grupların Karşılaştırılması

### Evaluation of Personality and Cognitive Traits in Individuals with Panic Disorder: Comparison of Clinical and Healthy Groups

Erkan KURU<sup>1\*</sup>, İlker ÖZDEMİR<sup>2</sup>, Adnan Burak BİLGİÇ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Özel Psikiyatri Kliniği, Ankara / TÜRKİYE

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Giresun / TÜRKİYE

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Bölümü İstanbul / TÜRKİYE

### ÖZET

**Amaç:** Panik bozukluk, beden duyumlarının kişisel felakete yol açacak şekilde yanlış yorumlanması sonucu gelişen, adaptif olmayan kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışlarla pekişen ruhsal bir bozukluktur. Panik bozukluk, tüm kişilik özellikleri ile görülebilmekle birlikte, C kümesi kişilik özellikleri ile daha sık görülmektedir. Kişilik özellikleri, bilişsel özellikler ve anksiyete ilişkisinin belirlenmesi, hastaların terapi sürecine katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, panik bozukluk şiddeti ile bilişsel özelliklerin ve kişilik özelliklerinin ilişkisini incelemeyi amaçladık.

**Materyal ve Metot:** Çalışmaya 45 panik bozukluk tanılı birey ve 31 sağlıklı gönüllü katıldı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, panik bozukluğu şiddet ölçeği, kişilik inanç ölçeği-kısa form, otomatik düşünceler ölçeği, fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği, durumluk ve süreklilik kaygı envanteri, Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Hasta grubunun tüm ölçek skorları, kontrol grubundan yüksekti. Hasta grubu, sağlıklı gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek çekingen, bağımlı, pasif agresif, antisosyal, narsistik, paranoid ve borderline kişilik özellik skorlarına sahipti. Panik bozukluk şiddeti yüksek olan grupta çekingen, bağımlı, narsistik ve borderline kişilik özellikleri anlamlı düzeyde yüksekti.

**Sonuç:** Panik bozukluğu tanılı bireyler yüksek düzeyde olumsuz otomatik düşünce ve ara inançlara sahiptir. Anksiyete özellikleri dışlandığında, durumluk kaygı ile hiçbir kişilik özelliği korelasyon göstermezken, sürekli kaygı çekingen, bağımlı, borderline kişilik ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum kaygının, daha çok ara inançlarla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Kişilik özellikleri, panik bozukluk şiddeti yüksek bireylerde daha ön plandadır.

**Anahtar kelimeler:** Panik bozukluk, kişilik, otomatik düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar.

### ABSTRACT

**Aim:** Panic disorder is a mental disorder that develops as a result of catastrophic misinterpretation of bodily sensations which reinforced by non-adaptive avoidance and safety-providing behaviors. Although panic disorder can be seen with all personality beliefs, it is more common with cluster C personality beliefs. It can contribute to the therapy process of patients to determine the relationship between personality beliefs, cognitive process and anxiety. In this study, we aimed to examine the relationship between panic disorder severity and cognitive process and personality beliefs.

**Material and Methods:** Forty five individuals diagnosed with panic disorder and 31 healthy volunteers participated in the study. Sociodemographic data form, panic disorder severity scale, personality belief questionnaire-short form, automatic thoughts questionnaire, dysfunctional attitude scale, state - trait anxiety inventory, Beck depression inventory and Beck anxiety inventory were applied to the participants.

**Results:** All scale scores of the patient group were higher than the control group. The patient group had significantly higher avoidant, dependent, passive-aggressive, antisocial, narcissistic, paranoid and borderline personality beliefs scores compared to the healthy group. Avoidant, dependent, narcissistic and borderline personality beliefs were significantly higher in the group with high panic disorder severity.

**Conclusion:** Panic disorder have high levels of negative automatic thoughts and intermediate beliefs. When anxiety was excluded, no personality beliefs were correlated with state anxiety, while trait anxiety was associated with avoidant, dependent, borderline personality. Anxiety might be more related to intermediate beliefs. Personality beliefs are more prominent in individuals with high levels of panic disorder.

**Keywords:** Panic disorder, personality beliefs, automatic thoughts, dysfunctional attitudes.

## GİRİŞ

Panik bozukluk (PB) korku ve kaçınma belirtilerine, otonomik, bedensel, zihinsel belirtilerin eşlik ettiği, tekrarlayan panik ataklarının görüldüğü bir ruhsal rahatsızlıktır (1). Panik atak ani başlayan ve bitişçi olan, birkaç dakika içinde sıkıntının maksimuma ulaşmış, en azından dakikalarca sürdüğü, yanı sıra bedensel belirtilerin de yaşandığı yoğun bir korku ve sıkıntı nöbetidir (2). PB, yaygınlığı artarak giden, genel sağlık sisteminde yeri önemli ölçüde artan bir ruhsal bozukluktur. PB, etiyojisinde biyolojik, genetik, psikososyal birçok değişkenin rolü olmakla birlikte, davranışsal ve bilişsel süreçlerle ilişkisi daha aşikârdır (1,2).

Bilişsel kurama göre, ruhsal hastalıkların temelinde dışsal olayların/durumların veya içsel uyaranların işlenmesinde kişilerin 'işlevsiz öznel değerlendirmeleri' (işlevsiz inançları) olduğu varsayılmaktadır. Bilişsel yapıda yer alan bu fonksiyonel olmayan inançlar bireyin düşüncesini biçimlemektedir ve belirli bilişsel çarpıklıklara yol açmaktadır. Bilişsel terapi biyolojik ve çevresel etkenlerin de dahil olduğu ve bilişsel-davranışçı tutumların etkileştiği bir nedenselliği kabul etmektedir (1-3).

Anksiyete bozukluklarının bilişsel modelinde, bilişsel bir şema veya inanç ile bilgi önyargılı biçimde işlenmektedir (Ya var olmayan bir tehlike var olarak değerlendirilir ya da olduğundan daha yüksek riskli olarak yanlış yorumlanır). Kişi bu tehlike ile baş etme yeteneğini yetersiz görerek küçümsemektedir. Var olan bu anksiyete ile mücadele etmenin yolu o durumdan kaçmak olarak görülse de bu kaçınma davranışları anksiyetenin sürmesinde temel rol oynamaktadır. İnsanların korkularını, şiddet ve yoğunluk açısından yüksek gördükleri ve bu durumdan kaçındıkları, bunun da anksiyetenin artan seyrine neden olduğu ifade edilmektedir (2). Bilişsel terapi, kişilerin işlevsiz inanç ve bilişsel çarpıtmalar ile tehlikeye yönelik yaptıkları değerlendirmeleri fark etmelerini sağlayarak, bu süreçleri yeniden yapılandırmaya çalışır. Fonksiyonel olmayan şemalar ve bilişsel çarpıtmalar, bireylerde farklı klinik sonuçlara neden olabilmektedir (3). Olası riski büyük görme ve baş etme becerilerini yetersiz olarak değerlendirme bilişlerinin etkin olması anksiyete bozukluklarının temelinde yer almaktadır (1).

PB'nin bilişsel modelini, Goldstein ve Chambless 1978 yılında "korkudan korkma" şeklinde kavramlaştırılmıştır. Agorafobi üzerinden geliştirilen bu kuram, herhangi bir yerde panik atak geçirmeyi takiben, benzer ortamlarda panik atak ile ilgili koşullu korku meydana gelmekte olduğunu savunmaktadır (4). Clark ise 1986 yılında, panik atakların olağan endişelerin felaketleştirilmesini takiben geliştiğini belirtmiştir. Kaygıya neden olan duyuların yorumu tehdit edici olup, beraberinde beklentiler olumsuz seyir etmektedir. Örneğin sıradan bir çarpıntı, kalp krizi şeklinde yorumlanıp, kaygı düzeyini yükseltmekte, dolayısıyla fizyolojik semptomlarda artışa neden olmaktadır. Yanlış yorumlama ve fizyolojik tepkilerden oluşan kısır döngü, kronik bir hal almaktadır (5). Beck ve arkadaşları, PB'nin bilişsel teorisini daha da geliştirmiştir (6). Kısaca, PB bilişsel açıdan, fiziksel veya mental belirtilerin bireysel felaket göstergesi şeklinde hatalı değerlendirilmesi sonucu oluşmaktadır (7). Otomatik düşünceler, altta yatan adaptif olmayan varsayımlar, bilişsel çarpıtma ve uyumsuz inançlar bilişsel modelin odak noktalarıdır (8).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), etkin, hızlı etkili ve yaygın uygulanan bir tedavi şeklidir (9). PB'nin bilişsel davranışçı tedavi sonuçlarında %75'e varan yanıtlar bildirilmektedir (10). Bilişsel terapi,

paniğin sıklığı ve korku korkusunu azaltmaktadır. BDT temel olarak işlevsiz, yanlış düşünceleri ortaya çıkarmayı ve sağlıklılarıyla yer değiştirmeyi amaçladığı için, bu düşüncelerin ve anksiyete ile ilişkisinin belirlenmesinin BDT alanına katkı yapacağı düşünülmektedir (11).

PB'nin kişilik özellikleri ve anksiyete düzeyi açısından anlaşılması da tedavi sürecinin kolaylaştırılmasına yardımcı olabilir. PB'de kişilik bozukluğu komorbiditesi, hastalığın daha sık ve şiddetli gözlenmesi, tedavi uyumunun azalması ve tedavi yanıtının düşmesi gibi pek çok olumsuz etkilere sahiptir (12). PB tüm kişilik özellikleri ile görülebilmekle birlikte, başta bağımlı kişilik olmak üzere, C kümesi kişilik özellikleri ile daha sık birliktelik göstermektedir (13).

Bu doğrultuda çalışmamızın amaçları: PB tanımlı bireylerde kişilik özellikleri, otomatik düşünceler ve uyumsuz ara inançların rolünü tespit etmek; kişilik özellikleri, otomatik düşünceler ve ara inançların, anksiyete düzeyleri ile ilişkisini incelemek; sağlıklı kontrol ile kişilik özellikleri açısından farklılıklar olup olmadığını değerlendirmektir.

## MATERYAL ve METOT

### Çalışma planı

Araştırmamızın örneklemini ayaktan ruh sağlığı kliniklerine başvuran, klinik görüşmelerle tanısı DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Fifth edition) göre doğrulanan 45 ardışık PB tanımlı birey ile ruhsal bozukluk saptanmayan 31 sağlıklı gönüllü oluşturmaktaydı. Kontrol grubu klinikte çalışan, daha önceden psikiyatrik tanı/tedavi öyküsü olmayan, aktif psikopatoloji saptanmayan, çeşitli meslek gruplarından (tıp fakültesi öğrencileri, hemşirelik öğrencileri, psikoloji öğrencileri ve sosyal hizmet uzmanları) rastgele seçilmiştir. Kesitsel olarak planlanan çalışmamızda, tanı değerlendirmesi SCID-I (structured clinical interview for DSM-5) ile yapıldı. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onamları alındı.

Araştırmaya dâhil olma kriterleri; 18-65 yaş aralığında olması ve yeterli düzeyde okuma-yazma becerisine sahip olması olarak belirlendi. Nöro-gelişimsel bozukluğa sahip olunması, süregelen bipolar bozukluk, psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu tanılarına sahip olunması ise çalışmaya dahil olmama kriterleri olarak belirlendi.

Çalışmamız ile ilgili 13.12.2017 tarih ve 2017-13/2 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmamız Helsinki Deklarasyonuna uygun şekilde yürütülmüştür.

### Veri toplama araçları

Değerlendirme görüşmesinin ardından katılımcılara sosyodemografik veri formu, klinik değerlendirme ölçekleri ve bilişsel özellikleri değerlendirmek için ölçekler verildi. Klinik değerlendirme amacıyla; "Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form (PBQ-SF), Durum ve Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI)" kullanılmıştır.

### Sosyodemografik veri formu

Hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeye yönelik hazırlanmış formdur. Cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, ailesel bilgi, suisid öyküsü, alkol-madde kullanımı, fiziksel hastalıkları, geçmişte ve mevcut psikiyatrik tedavileri ve diğer demografik bilgileri sorgulanmıştır.

### Yarı yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I)

First ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olup (14) DSM-5'e göre ruhsal bozuklukların araştırılmasında kullanılmaktadır. Açık uçlu sorulardan oluşan görüşme de, sorular psikopatolojiyi bilen, deneyimli bir klinisyenin ayırıcı tanı sürecinde izleyeceği şekilde hazırlanmıştır. Görüşme sırasında görüşmeci, her yanıtı doğru kabul etmek zorunda olmayıp; dış kaynaklardan da bilgi edinebilir. SCID, sistematik ve bazı sorunların gözden kaçmasını engelleyecek şekilde düzenlenmiş olup, tanının daha güvenilir olmasını sağlar. Formun Türkçe uyarlaması Elbir ve arkadaşları tarafından (15) yapılmıştır.

### Panik bozukluğu şiddeti ölçeği

PB'nin sıklık ve şiddetini, ataklar sırasındaki zorlantıyı, beklenti anksiyetesi şiddetini, agarofobik kaçınmayı, duyumlardan korku/kaçınmayı ve işlevsellikte bozulmayı ölçmek için, Shear ve ark. tarafından geliştirilmiştir (16). Türkçe uyarlaması Monkul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (17). Ölçeğin kesme puanı 8 olarak belirlenmiştir (18).

### Kişilik inanç ölçeği-kısa form

Beck ve arkadaşları tarafından kişilik bozuklukları için geliştirilen, belirli şemaları içermektedir (19). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Taymur ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (20).

### Otomatik düşünceler ölçeği

Kişinin benliği ile ilgili olumsuz değerlendirmelerini ve bunların sıklığını ölçmek amacıyla Hollon ve Kendall tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (21). Aydın ve Aydın tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır (22). Ölçeğin alt boyutları "Kendine Yönelik Negatif Düşünceler (KYND)", "Şaşkınlık/Kaçma Fantezileri (ŞKF)", "Kişisel Uyumsuzluk ve Değişme İsteği (KUDİ)", "Yalnızlık/İzolasyon (Y)" ve "Ümitsizlik (Ü)".

### Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği

İşlevsiz inançları değerlendirmeyi hedefleyen ölçek, Weissman ve Beck (23) tarafından geliştirilmiştir. 40 maddeden oluşturulmuş, Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin işlevsel olmayan tutumlarının şiddetini gösterir. Bu tutumlar, şemalar ile otomatik düşünceler arasında yer alan ara inançlar olarak değerlendirilebilir. Ölçeğin, Türkçe uyarlaması Şahin ve Şahin (24) tarafından yapılmış olup, "Mükemmeliyetçi Tutum (M)", "Onaylanma İhtiyacı (Oİ)", "Bağımsız Tutum (BT)" ve "Değişken Tutum (DT)" alt boyutları bulunmaktadır.

### Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

Bireyin mevcut durumuna bağlı hissettiği durumluk kaygı ile sürekli hissettiği kaygıyı değerlendirmek için Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (25). Ölçeğin "Durumluk" ve "Sürekli" olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Öner ve Le Compte (26) yapmıştır.

### Beck depresyon ölçeği

Depresyonda görülen semptomları değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş öz bildirim ölçeğidir (27). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (28) tarafından yapılmıştır.

### Beck anksiyete ölçeği

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemeyi amaçlayan ölçek, 1988 yılında, Beck ve arkadaşları tarafından

geliştirilmiştir (29). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy (30) tarafından yapılmıştır.

### İstatistiksel analiz

Araştırmada elde edilen verilerin analizi için, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde belirtilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 aralığında olup olmamasına göre değerlendirilmiştir (31). Sürekli değişkenler normal dağılım göstermiştir. Bu nedenle bağımsız iki grup arasında nicel verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek T Testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanılmıştır. Katılımcılara uygulanan ölçeklerin kendi aralarındaki ilişki düzeyi Pearson Korelasyon Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Anksiyetenin, kişilik özellikleri üzerindeki etkisini dışlamak için parsiyel korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık  $p < 0,05$  şeklinde değerlendirilmiştir.

### BULGULAR

Çalışmaya 45 PB tanılı ve 31 sağlıklı birey olmak üzere toplam 76 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 53, eğitim süreleri ise 5 ile 16 yıl arasında değişmekteydi. Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirildiğinde; gruplar cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, yaş, ek tıbbi hastalık, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve intihar girişim öyküsü açısından benzer iken, gelir düzeyleri açısından farklılık göstermekteydi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Sosyodemografik değişkenler ve gruplar arası karşılaştırmaları

	Hasta N (%)	Kontrol N (%)	Test istatistiği	P
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	27 (60,0)	24 (77,4)	$\chi^2=1,796$	0,180*
Erkek	18 (40,0)	7 (22,6)		
<b>Medeni hal</b>				
Evli	20 (44,4)	13 (41,9)	$\chi^2=0,000$	1,000*
Bekar	25 (55,6)	18 (58,1)		
<b>Gelir</b>				
0-2000	22 (48,9)	7 (22,6)	$\chi^2=18,718$	<0,001*
2001-5000	21 (46,7)	10 (32,3)		
5001 ve üzeri	2 (4,4)	14 (45,2)		
<b>Ek tıbbi hastalık</b>				
Var	36 (80,0)	23 (74,2)	$\chi^2=0,100$	0,751*
Yok	9 (20,0)	8 (25,8)		
<b>Sigara</b>				
Var	17 (37,8)	12 (38,7)	$\chi^2=0,000$	1,000*
Yok	28 (62,2)	19 (61,3)		
<b>Alkol</b>				
Var	6 (13,3)	8 (25,8)	$\chi^2=1,161$	0,281*
Yok	39 (86,7)	23 (74,2)		
<b>İntihar</b>				
Var	2 (4,4)	1 (3,2)	$\chi^2=0,071$	0,790*
Yok	43 (95,6)	30 (96,8)		

	Hasta (Ortalama $\pm$ SS)	Kontrol (Ortalama $\pm$ SS)	P
<b>Yaş</b>	29,22 $\pm$ 8,28	31,12 $\pm$ 7,62	0,312**
<b>Eğitim yılı</b>	12,71 $\pm$ 3,13	13,45 $\pm$ 1,98	0,211**

\*Ki Kare Testi

\*\*Bağımsız İki Örnek T Testi

$\chi^2$ : Ki-kare test istatistiği

N: Sayı

Gruplar ölçek skorları açısından karşılaştırıldığında; hasta grubunun ortalama ölçek skorları PBQ-SF şizoid alt boyutu hariç tüm alanlarda kontrol grubundan yüksekti. Bu farklılık FOTÖ mükemmeliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı ve bağımsız tutum alt

boyutları ile PBQ-SF obsesif-kompulsif, histriyonik ve şizoid alt boyutları haricindeki tüm ölçek ve alt boyut skorlarında anlamlı düzeye ulaşmıştı (Tablo 2).

Hasta ve kontrol grubunda PBQ-SF ile diğer ölçekler arasındaki korelasyon yönü ve düzeyi incelendiğinde; Hasta grubunda, PBŞÖ bağımlı, obsesif, paranoid ve borderline kişilik alt boyutları ile pozitif yönlü, anlamlı düzeyde korelasyon sergilemekteyken, kontrol grubunda hiçbir alt ölçekte korelasyon saptanmamıştır. Hasta grubunda, BAÖ bağımlı, çekingen ve borderline kişilik alt boyutlarıyla pozitif yönde, anlamlı korelasyon göstermekteyken, kontrol grubunda obsesif ve histriyonik kişilik alt ölçekleri ile anlamlı korelasyon göstermekteydi. Hasta grubunda, STAI-Durumluk, çekingen, antisosyal, narsistik, şizoid, paranoid, borderline kişilik alt boyutlarıyla pozitif yönde, anlamlı korelasyon göstermekteyken, kontrol grubunda hiçbir alt ölçekte korelasyon saptanmamıştır. FOTÖ toplam skor ve mükemmeliyetçi tutum alt ölçeği, tüm kişilik alt boyutları ile pozitif yönlü, anlamlı düzeyde korelasyon göstermekteydi. FOTÖ onaylanma ihtiyacı alt boyutu, şizoid kişilik alt boyutu haricindeki tüm alt boyutlarla pozitif yönlü, anlamlı düzeyde korelasyon göstermekteydi. FOTÖ bağımsız tutum alt boyutu, pasif agresif ve antisosyal kişilik alt boyutu haricindeki tüm alt boyutlarla pozitif yönlü, anlamlı düzeyde korelasyon göstermekteydi (Tablo 3).

Anksiyetenin, kişilik özellikleri üzerindeki etkisini dışlamak için yapılan parsiyel korelasyon analizi sonucunda, hasta grubunda, PBŞÖ, bağımlı ve borderline kişilik alt boyutları ile pozitif yönlü anlamlı korelasyon göstermekteydi (Tablo 4).

Hasta grubunda PBŞÖ median değeri 15'ti. Hastalar, PBŞÖ median değerine göre iki gruba ayrıldıklarında ve kişilik özelliklerine göre karşılaştırıldıklarında, PBŞÖ <15 olan grup, PBŞÖ ≥ 15 olan gruba göre kişilik özellikleri farklılık göstermekteydi. (Tablo 5).

**Tablo 2.** Gruplara göre ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Ölçek	Hasta	Kontrol	p
		(Ortalama ± SS)	(Ortalama ± SS)	
	PBŞÖ	15,06 ± 5,79	0,90 ± 1,88	<0,001*
	BAÖ	32,68 ± 14,14	8,22 ± 6,43	<0,001
	BDÖ	19,95 ± 10,87	7,45 ± 5,38	<0,001
ODÖ	Toplam	71,35 ± 28,36	48,70 ± 19,55	<0,001
	KYND	21,00 ± 9,17	14,61 ± 6,29	<0,001
	ŞKF	15,51 ± 6,89	10,09 ± 4,25	<0,001
	KUDİ	8,46 ± 3,44	6,00 ± 2,60	<0,001
	Y	10,11 ± 4,17	6,96 ± 2,99	<0,001
FOTÖ	Ü	9,62 ± 3,95	6,03 ± 3,04	<0,001
	Toplam	132,82 ± 34,24	115,67 ± 30,17	0,027
	M	47,68 ± 18,17	40,90 ± 14,98	0,091
	Oİ	42,04 ± 11,48	37,67 ± 9,21	0,082
	BT	20,35 ± 5,87	18,22 ± 6,11	0,131
ST	DT	18,22 ± 4,32	15,38 ± 3,98	0,005
	Durumluk	46,64 ± 11,20	36,06 ± 10,13	<0,001
PBQ-SF	Sürekli	51,82 ± 8,92	42,29 ± 9,18	<0,001
	Çekingen	13,08 ± 5,73	8,93 ± 4,85	0,002
	Bağımlı	9,00 ± 5,33	4,45 ± 3,30	<0,001
	Pasif-Agresif	12,26 ± 5,71	8,90 ± 4,55	0,008
	Obsesif-Kompulsif	12,24 ± 6,33	10,16 ± 5,17	0,134
	Antisosyal	9,37 ± 7,10	6,51 ± 4,35	0,033
	Narsistik	8,24 ± 5,46	5,70 ± 4,54	0,037
	Histriyonik	6,40 ± 5,65	5,83 ± 5,09	0,659
	Şizoid	11,28 ± 5,95	11,96 ± 5,59	0,618
	Paranoid	11,51 ± 6,62	7,41 ± 4,68	0,002
Borderline	10,31 ± 5,40	5,67 ± 4,07	<0,001	

SS: Standart Sapma  
Bağımsız İki Örnek T Testi

**Tablo 3.** Hasta ve kontrol gruplarında PBQ-SF ile diğer ölçeklerin korelasyonları

		FOTÖ				STAI							
		PBŞÖ	ODÖ	Toplam	M	Oİ	BT	DT	Durumluk	Sürekli	BDÖ	BAÖ	
Hasta	PBQ-SF	Çekingen	0.287	0.274	0.686**	0.675**	0.585**	0.545**	0.215	0.306*	0.455**	0.297*	0.250
		Bağımlı	0.508**	0.405**	0.676**	0.603**	0.621**	0.520**	0.348*	0.256	0.580**	0.402**	0.445**
		Pasif-agresif	0.228	0.295*	0.407**	0.401**	0.304*	0.251	0.292	0.246	0.222	0.192	0.114
		Obsesif	0.303*	0.248	0.624**	0.668**	0.594**	0.339*	-0.037	0.220	0.358*	0.270	0.219
		Antisosyal	0.150	0.324*	0.477**	0.522**	0.420**	0.263	-0.007	0.296*	0.194	0.167	0.202
		Narsistik	0.135	0.265	0.460**	0.510**	0.387**	0.312*	-0.102	0.344*	0.260	0.259	0.191
		Histriyonik	0.149	0.340*	0.567**	0.594**	0.526**	0.340*	0.080	0.261	0.321*	0.215	0.284
		Şizoid	0.205	0.411**	0.363*	0.428**	0.254	0.336*	-0.118	0.342*	0.311*	0.266	0.203
		Paranoid	0.310*	0.394**	0.568**	0.587**	0.495**	0.469**	-0.003	0.337*	0.326*	0.276	0.172
		Borderline	0.459**	0.494**	0.647**	0.608**	0.532**	0.587**	0.289	0.334*	0.608**	0.374*	0.435**
Kontrol	PBQ-SF	Çekingen	-0,065	0,556**	0,620**	0,719**	0,335	0,392*	0,558**	0,234	0,541**	0,401*	0,254
		Bağımlı	-0,078	0,464**	0,503**	0,546**	0,413*	0,168	0,435*	0,204	0,362*	0,344	0,131
		Pasif-agresif	-0,164	0,592**	0,413*	0,506**	0,313	0,125	0,304	0,282	0,429*	0,430*	-0,015
		Obsesif	0,272	0,472**	0,686**	0,730**	0,503**	0,458**	0,431*	0,206	0,586**	0,324	0,477**
		Antisosyal	-0,063	0,311	0,361*	0,456**	0,280	0,053	0,236	0,287	0,323	0,164	-0,019
		Narsistik	0,059	0,127	0,549**	0,543**	0,485**	0,282	0,549**	0,200	0,126	0,068	0,136
		Histriyonik	0,234	0,303	0,645**	0,666**	0,592**	0,368*	0,453*	-0,008	0,294	0,175	0,383*
		Şizoid	0,139	0,640**	0,219	0,396*	-0,034	0,137	0,060	0,314	0,542**	0,373*	0,086
		Paranoid	-0,297	0,333	0,435*	0,533**	0,195	0,303	0,325	0,186	0,404*	0,352	0,030
		Borderline	0,043	0,652**	0,431*	0,565**	0,214	0,210	0,267	0,205	0,533**	0,379*	0,264

Pearson Korelasyon Testi

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 4.** BAÖ kontrolünde hasta ve kontrol gruplarında PBŞÖ, ODÖ, FOTÖ ve STAI ile PBQ-SF parsiyel korelasyonları

		FOTÖ				STAI					
		PBŞÖ	ODÖ	Toplam	M	Oİ	BT	DT	Durumluk	Sürekli	
Hasta	PBQ-SF	Çekingen	0,116	0,120	0,660**	0,642**	0,554**	0,532**	0,224	0,229	0,362*
		Bağımlı	0,346*	0,217	0,644**	0,550**	0,590**	0,510**	0,378*	0,140	0,463**
		Pasif-agresif	0,134	0,229	0,376*	0,366*	0,270	0,230	0,296	0,197	0,136
		Obsesif	0,166	0,107	0,595**	0,638**	0,566**	0,316*	-0,040	0,142	0,255
		Antisosyal	0,047	0,285	0,455**	0,502**	0,397**	0,245	-0,008	0,258	0,119
		Narsisistik	0,-0,66	0,138	0,420**	0,468**	0,347*	0,287	-0,107	0,282	0,137
		Histriyonik	-0,002	0,269	0,542**	0,568**	0,501**	0,320*	0,081	0,205	0,246
		Şizoid	0,028	0,326	0,314*	0,377*	0,203	0,312*	-0,124	0,278	0,196
		Paranoid	0,171	0,296	0,533**	0,550**	0,460**	0,452**	-0,005	0,270	0,209
		Borderline	0,298*	0,360*	0,612**	0,559**	0,492**	0,582**	0,309*	0,239	0,517**
Kontrol	PBQ-SF	Çekingen	-0,065	0,535**	0,590**	0,700**	0,264	0,309	0,525**	0,258	0,495**
		Bağımlı	-0,161	0,451*	0,512**	0,550**	0,397*	0,112	0,418*	0,214	0,342
		Pasif-agresif	-0,178	0,606**	0,491**	0,574**	0,348	0,170	0,320	0,282	0,487**
		Obsesif	0,059	0,442*	0,585**	0,657**	0,387*	0,238	0,356	0,267	0,475**
		Antisosyal	-0,061	0,320	0,432*	0,520**	0,313	0,081	0,251	0,286	0,370*
		Narsisistik	-0,006	0,104	0,565**	0,544**	0,474**	0,254	0,537**	0,211	0,074
		Histriyonik	0,065	0,254	0,565**	0,598**	0,519**	0,182	0,392*	0,017	0,150
		Şizoid	0,111	0,637**	0,204	0,401*	-0,075	0,106	0,039	0,321	0,564**
		Paranoid	-0,354	0,333	0,490**	0,583**	0,200	0,360	0,330	0,188	0,436*
		Borderline	-0,096	0,636**	0,357*	0,518**	0,122	0,063	0,210	0,230	0,481**

Pearson Korelasyon Testi

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

**Tablo 5.** Panik bozukluk şiddetine göre PBQ-SF skorlarının karşılaştırılması

Ölçek	PBŞÖ < 15	PBŞÖ ≥ 15	P
	N:21 (Ortalama ± SS)	N:24 (Ortalama ± SS)	
Çekingen	11,33 ± 4,93	14,62 ± 6,04	<b>0,050</b>
Bağımlı	6,09 ± 3,57	11,54 ± 5,36	<b>&lt;0,001</b>
Pasif-Agresif	11,23 ± 5,54	13,16 ± 5,81	0,263
Obsesif-Kompulsif	10,57 ± 5,67	13,70 ± 6,64	0,098
Antisosyal	8,33 ± 7,49	10,29 ± 6,77	0,362
Narsisistik	5,86 ± 4,95	8,48 ± 5,21	<b>0,028</b>
Histriyonik	4,76 ± 4,43	7,83 ± 6,27	0,623
Şizoid	9,52 ± 5,92	12,83 ± 5,65	0,062
Paranoid	9,47 ± 6,45	13,29 ± 6,36	0,053
Borderline	7,52 ± 4,21	12,75 ± 5,20	<b>&lt;0,001</b>

N: Sayı

SS: Standart Sapma

Bağımsız İki Örnek T Testi

## TARTIŞMA

PB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin, sosyodemografik özellikler, kaygı düzeyleri, bilişsel özellikler ve kişilik özelliklerini inceleyen çalışmamızda, hasta grubunun ortalama PBŞÖ, BAÖ, BDÖ, STAI, ODÖ ölçek skorları tüm alanlarda kontrol grubundan yüksek (PBQ-SF şizoid alt boyutu hariç) ve tüm alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklıydı. FOTÖ toplam ve değişken tutum alt boyutları ile PBQ-SF, çekingen, bağımlı, pasif-agresif, antisosyal, narsisistik, paranoid ve borderline kişilik alt boyutları hasta ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı olarak farklıydı. Anksiyete düzeyleri ile olumsuz otomatik düşüncelerin

ilişkili olduğu, yüksek anksiyete düzeylerinin, olumsuz otomatik düşünce sıklığı ve şiddetine paralel seyir gösterdiği birçok çalışmada vurgulanmıştır (32,33). PB'de özellikle beden algısıyla ilgili katastrofik düşüncelerin yaygın olduğu bilinmektedir (34). PB'ye sahip bireyler, endişe verici bir durumla karşılaştıklarında veya belirsiz bir bedensel duyum algıladıklarında, bu durumu yanlış ve felaketleştirici yorumlar ortaya koyarlar (35). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak olumsuz otomatik düşünceler, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Ara inançlar, otomatik düşüncelerle temel inançlar arasında yer alan, bireyin sıkıntı verici temel inançları ile baş etmek amacıyla geliştirmiş olduğu inançlar, kurallar ve sayılılardır. PB'de ara inançlarla ilgili literatürdeki veriler sınırlı olmakla birlikte, özellikle tehlikelilik düşüncesi ile ilgili olumsuz bilişlere ve buna bağlı gelişen adaptif olmayan kurallara ve sayılılara vurgu yapılmaktadır ve PB'de sık karşılaşılan kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışların altında yatan nedenlerin de bu uyumsuz biliş ve kurallarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (7-36). Çalışmamızda ara inançları FOTÖ ile değerlendirdik ve literatürle uyumlu şekilde PB grubunda toplam skor ve DT alt boyutunda anlamlı düzeyde yüksek skorlar elde ettik.

Literatürde PB'nin tüm kişilik bozukluklarına eşlik edebilmekle birlikte en sık eşlik ettiği kişilik bozukluklarının C kümesi kişilik bozuklukları olduğu ve bunu borderline ve histriyonik kişilik bozukluklarının takip ettiği belirtilmektedir (13). Farklı çalışmalarda PB'nin hemen hemen tüm kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceğini ve PB tedavisinin, başta bağımlı kişilik olmak üzere, bazı olumsuz kişilik özelliklerinde de düzelmelere yol açabileceğini vurgulamaktadır (12-37). Bu nedenle PB'de kişilik özelliklerinin araştırılması ayrı önem arz etmektedir. Çalışmamızda PB grubu, sağlıklı gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek çekingen, bağımlı, pasif-agresif, antisosyal, narsistik, paranoid ve borderline kişilik özellik skorlarına sahipti.

PB'de kişilik bozukluğu komorbiditesi, hastalık şiddetini ve tedavi seyrini olumsuz etkilemektedir (12). Çalışmamızda katılımcıları PB şiddetine göre gruplandırdığımızda, yüksek PB şiddetine sahip

grubun anlamlı düzeyde yüksek çekingen, bağımlı, narsistik ve borderline kişilik özelliklerine sahip olduğunu gözlemledik. Bu durum belirtilerin şiddeti ile bu kişilik özellikleri arasında bir ilişki olabileceğini de düşündürmüştür.

Ayrıca anksiyete özellikleri dışlandığında, durumluk kaygı ile hiçbir kişilik özelliği arasında korelasyon gözlenmezken, sürekli kaygının çekingen, bağımlı, borderline kişilik alt ölçekleriyle ilişkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızda da ağırlıklı olarak C kümesi kişilik ile pozitif korelasyon göstermesi, literatürü destekleyen bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. C kümesi kişilik bozukluklarına sahip bireylerin kaygı bozukluklarına benzer nitelikte ve kaygı bozukluklarından şiddetli düzeyde bilişsel çarpıtmalara ve işlevsel olmayan tutumlara sahip olduğu belirtilmektedir (38). Çalışmamızda PB'de görülen otomatik düşünce ve ara inançların, birçok kişilik özelliği ile pozitif yönlü korelasyon göstermesi de bu veriyi destekleyen diğer bir bulgudur. Özellikle çekingen, bağımlı, borderline kişilik özellikleri ile PB'nin benzer bilişsel süreçlere sahip olması, bu kişilik özelliklerine sahip bireylerde daha sık ve şiddetli PB görülme nedeni olabilir. Bu bulgunun yeni araştırmalarla desteklenmeye ihtiyacı vardır.

Bununla birlikte, anksiyete dışlandığında, PB hastalarının, kişilik özellikleri ile otomatik düşüncelerinin ilişkisi ortadan kalkarken, ara inançlarla olan ilişkisinin tüm kişilik özelliklerinde devam etmesi, bu hastalarda kaygının daha çok ara inançlarla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Kapsamlı araştırmalarla desteklenmeye ihtiyacı olan bu bilgi, hastaların terapi süreçlerinde önem arz edebilir.

## SONUÇ

PB tanılı bireyler sağlıklı bireylere kıyasla yüksek düzeyde olumsuz otomatik düşünce ve ara inançlara sahiptir. PB tanılı bireylerde gözlenen kişilik özellikleri, PB şiddeti ile paralellik göstermekte olup, sürekli kaygı durumu ile koreledir. Bu durumun en önemli nedenlerinden biri, benzer bilişsel süreçlere sahip olmaları olabilir. Çalışmamız, PB'deki kişilik özelliklerinin, anksiyete belirtileri dışlandığında, daha çok ara inançlarla ilişkili olabileceğini de düşündürmüştür. Çalışmamız, PB'de kişilik özellikleri ile otomatik düşünce ve ara inançları inceleyen araştırmaların az olması nedeniyle önem arz edebilir. Literatürde bu alanda oldukça sınırlı sayıda araştırma yapıldığı gözlenmiştir (39). PB ve kişilik bozukluklarının sık birliktelik göstermesi ve tedaviyi olumsuz etkilemesi nedeniyle elde ettiğimiz bulgular özellikle terapi hedefleri açısından da değerlendirilebilir. Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında tek merkezli olması, katılımcı sayısının düşük olması, eş tanıların araştırılmamış olması ve kesitsel bir araştırma olması sayılabilir. Elde ettiğimiz bulguların geniş katımlı ve çok merkezli yeni araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice, NewYork, Guilford Press, 2011.
- Rachman S. Fear of contamination. Behav Res Ther. 2004;42:1227-55.
- Beck AT, Emery G. Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler, Bilişsel Bir Bakış Açısı (dizi edt: T Özakkaş). İstanbul, Litera Yayıncılık, 2011.
- Goldstein AJ, Chambless DL. A Reanalysis of Agoraphobia. Behav Ther. 1978;9:47-59.
- Clark DM. A Cognitive Approach to Panic. Behav Res Ther. 1986;24:461-70.
- Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books, 1985.
- Casey LM, Oei TPS, Newcombe PA. An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. Clin Psychol Rev. 2004;24:529-55.

- Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. NewYork, Guilford Press, 2011.
- King ALS, Valença AM, Melo-Neto VLD, Freire RC, Mezzasalma MA, Nardi AE. Efficacy of a specific model for cognitive-behavioral therapy among panic disorder patients with agoraphobia: a randomized clinical trial. Sao Paulo Med J. 2011;129:325-33.
- Clark DM. Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), Frontiers of Cognitive Therapy. Guilford Press, 1996. page:318-44.
- Flannery-Schroeder EC, Kendall PC. Group and individual cognitive behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. Cogn Ther Res. 2000;24:251-78.
- Hoffman SG, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM, Hersherberger D, Patterson M, et al. Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. Depress Anxiety.1998;8:14-20.
- Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, Shores MM, Dunner, DL. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. J Affect Disord. 1993;27:71-9.
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured clinical interview for DSM-5, clinician version (SCID-5-CV). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2015.
- Elbir M, Alp Topbaş O, Bayad S, Kocabaş T, Topak Z, Çetin Ş, et al. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. Türk Psikiyatri Derg. 2019;30:51-6.
- Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E, Grochocinski V, Vander Bilt J, et al. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. J Psychiatr Res. 2001;35:293-6.
- Monkul ES, Tural U, Onur E, Fidaner H, Alkın T, Shear MK. Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version. Depress Anxiety. 2004;20:8-16.
- Houck PR, Spiegel DA, Shear MK, Rucci P. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. Depress Anxiety. 2002;15:183-5.
- Butler AC, Beck AT, Cohen LH. The Personality Belief Questionnaire-Short Form: development and preliminary findings. Cogn Ther Res. 2007;31:357-70.
- Taymur İ, Turkcapar MH, Orsel S, Sargin E, Akkoyunlu S. Validity and reliability of the Turkish Version of the Personality Belief Questionnaire-Short Form (PBQ-STF) in the university students. J Clin Psychiatry. 2011;14:199-209.
- Hollon S, Kendal P. Cognitive self-statement in depression: Clinical validation of an automatic thoughts questionnaire. Cogn Ther Res. 1980;4:383-95.
- Aydın G, Aydın O. Otomatik düşünceler ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1990;7:51-5.
- Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. p33, 27-31 March 1978. Toronto, Canada.
- Şahin NH, Şahin N. How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? Br J Clin Psychol. 1992;65:17-26.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California, Consulting Psychologist Press, 1970.
- Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Anksiyete Envanteri El Kitabı. İstanbul, Bogaziçi Üniversitesi Yayınları, 1988.
- Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry, 1961;4:561-71.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi, 1988;6:118-22.
- Beck AT, Epstein N, Brown G. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56:893-7.
- Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1993.
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (6th ed.). Boston, MA: Pearson, 2013.
- Pirbaglou M, Cribbie R, Irvine J, Radhu N, Vora K, Ritvo P. Perfectionism, Anxiety, and Depressive Distress: Evidence for the Mediating Role of Negative Automatic Thoughts and Anxiety Sensitivity. J Am Coll Health. 2013;61:477-83.
- Calvete E, Connor-Smith JK. Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. Cogn Ther Res. 2005;29:201-17.

34. Salkovskis PM, Clark DM, Hackmann A. Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behav Res Ther.* 1991;29:161-6.
35. Wenzel A, Sharp IR, Brown GK, Greenberg RL, Beck AT. Dysfunctional beliefs in panic disorder: The panic belief inventory. *Behav Res Ther.* 2006;44:819-33.
36. Hofmann SG, Suvak MK, Barlow DH, Shear MK, Meuret AE, Rosenfield D, et al. Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive behavioral therapy for panic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75:374-9.
37. Starcevic V, Uhlenhuth EH. Personality dimensions in panic disorder before and after effective treatment. *Anxiety.* 1996;2:87-104.
38. Nordahl HM, Stiles TC. The specificity of cognitive personality dimensions in cluster C personality disorders. *Behav Cogn Psychother.* 2000;28:235-46.
39. Mutlu E. Panik Bozukluğun Klinik Bulguları ile Kişilik Özelliklerinin Bilişsel Yönü Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2019.