

# Koroner Arter Hastalarında Anksiyete Bozukluğunun Varlığına Göre Bilişsel Şemaların Değerlendirilmesi

Huri ASLAN<sup>1</sup>, İbrahim TAYMUR<sup>2</sup>, Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr. T. C. S. B. Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

<sup>2</sup>Uzm. Dr. T.C. S. B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

<sup>3</sup>Prof. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

## Özet

**Amaç:** Psikolojik faktörler ve kardiyolojik hastalıklar arasındaki ilişki uzun zamandan beri tartışılmaktadır. Fakat kardiyolojik hastalıklara komorbid psikiyatrik hastalıklarda etiyolojik olarak önemli olabilecek bilişsel profiller ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır. Bu çalışmamızda komorbid anksiyete bozukluğu olan koroner arter hastaları ile komorbid anksiyete bozukluğu olmayan koroner arter hastalarının bilişsel profilleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya 35 komorbid anksiyete bozukluğu olan koroner arter hastası, 20 komorbid anksiyete bozukluğu olmayan koroner arter hastası dâhil edildi. Katılımcıların tamamına Beck Anksiyete Ölçeği ve Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 uygulandı.

**Bulgular:** Anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan koroner arter hastaları ile anksiyete bozukluğu komorbiditesi olmayan koroner arter hastalarına göre kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi ve kendini ortaya koyma, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik, aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık şema alanı puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.

**Sonuç:** Çalışmamız, komorbid anksiyete bozukluğu olan koroner arter hastalarının bilişsel profillerinde anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Bu bulgular koroner arter hastalığında gözlemlenen anksiyete bozukluklarında bilişsel profillerin önemini göstermektedir. Bu hastaların tedavisinde şema odaklı yaklaşım faydalı olabilir. Bunun için şema odaklı tedavi yaklaşımlarının olduğu ileriki çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Koroner arter hastalığı, anksiyete, şema, bilişsel

## Abstract

### Evaluation of Cognitive Schemas Based on the Presence of Anxiety Disorder among Coronary Artery Disease Patients

**Objective:** The relationship between psychological factors and cardiac diseases has been concerned for a long but our knowledge about the cognitive profiles which could be important etiological factor in cardiac disease and comorbid psychiatric disorders is limited. In this study, we aimed to compare the cognitive profiles of coronary artery disease patients with or without comorbid anxiety disorder.

**Method:** A total of 35 coronary artery disease patients with anxiety disorder and 20 coronary artery disease patients without comorbid anxiety disorders were enrolled into the study. Beck Anxiety Inventory and the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 were applied to each participant.

**Results:** Disconnection, rejection, impaired autonomy self-manifestation, extreme vigilance, unrelenting standards, other-directedness, and impaired limits schema domain scores were significantly higher in coronary artery disease patients with anxiety disorder comorbidity compared to coronary artery disease patients without anxiety disorder.

**Conclusion:** Our study has revealed significant differences in cognitive profiles of coronary artery disease patients with comorbidity of anxiety disorders. These findings show the importance of cognitive profiles which were observed in coronary artery disease patients with anxiety disorders. Schema-focused approach might be useful in the treatment of such patients. Further studies with schema-focused therapy approaches are needed to illustrate the issue.

**Key Words:** Coronary artery disease, anxiety, schema, cognitive

## GİRİŞ

Koroner arter hastalıkları (KAH) morbidite ve mortalitenin majör nedenleri arasında yer almaktadır (Peterson ve ark. 2005, American Heart Association 2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2020 yılında birinci sırada yer alacağı ve yılda 14 milyon olan ölüm sayısının 25 milyona yükseleceği öngörülmektedir (Murray ve Lopez 1997). "Nature" dergisinde 2000 yılında yayınlanan bir gözden geçirmede, aterosklerozis ve koroner kalp hastalığı ile ilişkili risk faktörleri; güçlü genetik bileşenler ve çevresel risk faktörleri olarak ikiye ayrılmıştır (Lusis 2000). Sosyoekonomik ve davranışsal faktörler (psikiyatrik rahatsızlıklar) ise yatkınlaştırıcı risk faktörleri olarak sınıflandırılmıştır (Smith ve ark. 2000, Pencina ve ark. 2009). Psikolojik faktörler ve kardiyolojik hastalıklar arasındaki ilişki uzun zamandan bu yana tartışılmaktadır. Depresyon ve anksiyete benzeri psikopatolojilerin kardiyovasküler hastalıklara zemin oluşturabileceği öne sürülmekle birlikte, majör depresyon ve kardiyovasküler hastalıkların birlikteliği de birbirleri ile önemli etkileşimde bulunmaktadır (Nordin ve ark. 2001, Montazeri ve ark. 2003). KAH olanlarda anksiyete bozuklukları normal popülasyondan daha sık görülmektedir. Bu kişilerde anksiyete bozukluğu yaygınlığı % 36 olup yaşamları boyunca ise %45,3'ünde en az bir anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir (Todaro ve ark. 1998). Anksiyete bozuklukları ile ani ölüm arasında ilişki; kronik anksiyete durumlarında aterosklerotik sürecin hızlanarak ani ölümü tetikleyebileceği olarak yorumlanmış ve kalp hastalığı olanlarda anksiyetenin yatıştırılmasının akılcı bir yaklaşım olduğu değerlendirilmiştir (Vural ve Başar 2007).

Bilişsel kuramın psikopatoloji anlayışına göre ruhsal yaşamda temel düzenleyici süreç bireyin düşünsel-bilişsel yanıdır. Kurama göre bireyin yaşantılarını yapılandırma ve anlamlandırma şekli, nasıl hissettiğini ve davrandığını etkiler. Bilişsel kuramın kişiliğe bakışında; bilgi işleme ve davranışları yönlendirmede şemaların ve çekirdek inançların önemini vurgulanmaktadır. Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen teoriye göre şemalar, bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi düzenlemesine temel oluşturan, dünya ve kendisiyle ilgili temel inançlarını kapsayan, geçmiş yaşantılara dayanarak oluşan bilişsel yapılarıdır. Yaşamın erken dönemindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla (genellikle anne ve baba) yapılan özdeşim ve iletişim ile oluşan şemalar, yaşamın sonraki dönemlerinde benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir, inançların en temel düzeyini oluşturur.

Kalıcı bilişsel yapılar olan şemalar, bazen baş etme mekanizması olarak kullanılabilen olumlu yapılar olarak karşımıza çıkabileceği gibi, işlevsiz ve olumsuz da olabilirler (Young ve Lindemann 1992). Bu erken dönem uyumsuz şemalar; anıları, duyguları, bilişleri ve beden duyularını içeren, kişinin kendine ve ilişkilerine yönelik yaşam boyu geçerli, yaygın ve kapsamlı bilişsel örüntüler olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan erken dönem uyumsuz şemalar çeşitli Eksen-I ve Eksen-II bozukluklarının temelinde yer alabilmektedirler (Young 1991, Young 1990, Young ve Klosko 2003).

Bu çalışmada; KAH gibi yaşamı tehdit eden bir hastalıkta, kalıcı uygun olmayan şemaların anksiyete bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında farklılık gösterebileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte literatürde KAH olan bireylerde bilişsel şemaların incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olması bu çalışmanın bu alanda katkı sağlaması açısından önemlidir.

## YÖNTEM

### İstatistiksel analiz

Tüm veriler (kategorik ve sürekli) Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows version 11.5 (Chicago IL, USA version) yazılımı kullanılarak değerlendirildi. Gruplar karşılaştırılırken; parametrik varsayımlar karşılandığında "Bağımsız iki örneklem testi", karşılanmadığında "Mann Whitney U testi" kullanıldı. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puanları ile şema alanları ve şema puanlarının ilişkileri, parametrik varsayımlar karşılandığı için "Pearson korelasyon testi" ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler için grupla karşılaştırılırken "Pearson Ki-kare testi", "Yates Ki-kare testi" ve "Fisher Exact Test" kullanıldı. p değerinin <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### Örneklem seçimi ve uygulama

Bu çalışmaya, Ağustos 2010 ile Mart 2011 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde izlenen KAH olguları alınmıştır. Aynı merkezin Psikiyatri Kliniği'nde anksiyete bozuklukları eş-hastalanma açısından değerlendirilen hastalardan çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyenler dahil edilmiştir. SCID-I klinik görüşme formuna göre değerlendirilen hastalar; 35 hastadan oluşan kobormid anksiyete bozukluğu olan KAH grubu (15'i panik bozukluk, 7'si yaygın anksiyete

bozukluğu, 5'i panik bozukluk + agorafobi, 4'ü yaygın anksiyete bozukluğu + panik bozukluk, 2'si sosyal fobi ve 2'si hasta obsesif kompulsif bozukluk) ve 20 hastadan oluşan psikiyatrik rahatsızlığı olmayan KAH grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmaya dâhil edilmeye gönüllülük esas alınmış ve görüşmeye katılabilecek zihinsel ve fiziksel yeterliliğe sahip olmadığı anlaşılan kişiler çalışmaya alınmamıştır.

Çalışmaya dâhil edilen hastalara sosyodemografik veri formu, Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve Young şema ölçeği kısa formu (YSÖ-KF) verilmiştir. Veri toplama araçlarının tamamı aynı psikiyatri asistan doktoru tarafından katılımcılara uygulanmıştır.

### Veri toplama araçları

#### *Sosyodemografik veri formu*

Tarifimizden geliştirilen bu form ile katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir, değerlendirme öncesindeki psikiyatrik rahatsızlık hikâyesi ve tedavisi, ailede psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığı ve kalp hastalığı öyküsü durumları sorgulanmıştır.

*DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu* (Structural Clinical Interview For DSM- IV Axis I Disorders; SCID-I):

Spitzer ve arkadaşları tarafından DSM-IV Eksen-I tanıların konması için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Spitzer ve ark. 1997, Özkürkçügil ve ark. 1999)

### Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark. 1988). Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiden, her madde için "hiç", "hafif derecede", "orta derecede" ve "ciddi derecede" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Puan aralığı 0-63'tür. Toplam puanın yüksekliği, kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ulusoy ve ark. 1998).

*Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3-YŞÖ-KF3* (Young Schema Questionnaire; YSQ-SF3)

Erken dönem uyumsuz şemaların belirlenmesi amacıyla Young Şema Ölçeği'nin 90 maddelik

kısa formunun 3'ncü versiyonu (YŞÖ-KF3) kullanılmıştır.

YŞÖ-KF3, 16 şema ve 205 maddeden oluşan uzun form (Young 1990) ve 15 şema ve 75 maddeden oluşan kısa formun (Young 1994) ardından, bahsedilen formlardan farklı olarak Onay Arayıcılık, Cezalandırıcılık ve Karamsarlık şemalarının eklenmesiyle oluşturulmuş 90 maddelik bir ölçektir. Kısa ve uzun formun karşılaştırılmasına ilişkin yürütülen çalışmalar her iki formun da benzer düzeyde iç tutarlık, paralel form güvenilirliği, ayırt edici geçerliği olduğunu ve hem klinik hem araştırma amaçlı kullanılabilir olduğunu göstermektedir (Waller ve ark. 2001, Stopa ve Waters 2005). Ölçek, beş şema alanının altında yer alan 18 erken dönem uyumsuz şemayı kapsamakta ve bu anlamda 18 şema boyutundan oluşmaktadır. Bu şema boyutları terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duyguları bastırma, kusurluluk/utanç, sosyalizasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık, iç içelik/gelişmemiş benlik, başarısızlık, hak görme/büyüklük, yetersiz özdenetim, boyun eğicilik, kendini feda, onay arayıcılık, karamsarlık, duygusal yoksunluk, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve cezalandırıcılıktır. Yukarıda bahsedilen şema boyutları model tarafından önerilen beş şema alanında yer almaktadırlar. Bu şema alanları kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi/performans, zedelenmiş sınırlar, diğerleri yönelimlilik ve aşırı tetikte olma/bastırılmışlıktır.

### BULGULAR

Çalışmaya her iki gruptan toplam 55 hasta katılmıştır. Anksiyete bozukluğu olan 35 bireyden 20'si (% 57.1) erkek, 15'i (% 42.9) kadındı. Anksiyete bozukluğu olmayan 20 bireyden 13'ü (% 65) erkek, 7'si (% 35) kadındı. Anksiyete bozukluğu grubundaki bireylerin yaş ortalaması 57.03±10.12 yıl, anksiyete bozukluğu olmayan grubun yaş ortalaması 61.10±8.18 yıl idi. Anksiyete bozukluğu grubundaki bireylerden 6'sı (% 17.1) bekâr, 29'u (% 82.9) evliydi. Anksiyete bozukluğu olmayan bireylerden 5'i (% 25) bekâr, 15'i (% 75) evliydi. Anksiyete bozukluğu grubundaki bireylerden 28'i (% 80) ilkökul mezunu, 3'ü (% 8.6) ortaokul mezunu, 3'ü (% 8.6) lise mezunu ve 1'i (% 2.9) üniversite mezunuydu. Anksiyete bozukluğu olmayan bireylerden 14'ü (% 70) ilkökul mezunu, 3'ü (% 15) ortaokul mezunu, 2'si (% 10) lise mezunu ve 1'i (% 5) üniversite mezunuydu. Anksiyete bozukluğu grubundaki bireylerden 8'i (% 22.9) işsiz, 4'ü (% 11.4) serbest meslek, 3'ü (% 8.6) devlet memuru, 3'ü (% 8.6) işçi, 17'si (% 48.6) diğer meslek gruplarındandı.

Anksiyete bozukluğu olmayan bireylerden 4'ü (% 20) işsiz, 1'i (% 5) serbest meslek, 2'si (% 10) işçi ve 13'ü (% 65) diğer meslek gruplarındandı. Anksiyete bozukluğu olan bireylerden aylık geliri 16'sının (% 45.7) 0-500 TL, 16'sının (% 45.7) 501-1000 TL ve 3'ünün (% 8.6) 1001-3000 TL idi. Anksiyete bozukluğu olmayan bireylerden 6'sının (% 30) aylık geliri 0-500 TL, 10'unun (% 50) 5001-1000 TL ve 4'ünün (% 20) ise 1001- 3000 TL idi.(Tablo 1)

İki grup arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeylerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (sırası ile  $p=0.775$ ,  $0.107$ ,  $0.503$ ,  $0.696$ ,  $1.000$  ve  $0.910$ ) (Tablo 1)

Anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan KAH grubunda, değerlendirme öncesinde psikiyatrik başvuru hikayesinin olması ve ailede psikiyatrik öykünün olması oranı anksiyete bozukluğu komorbiditesi olmayan KAH grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (sırasıyla  $p=0.040$  ve  $p=0.041$ )

Anksiyete bozukluğu olan KAH grubunun Beck anksiyete ölçeği ortalama puanları  $28.9\pm 12.0$  iken anksiyete bozukluğu olmayan KAH grubunda  $9.5\pm 7.6$  olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında anlamlı istatistik fark elde edilmiştir( $p=0.000$ ).

Young şema ölçeğinin başlıca 5 şema alanı değerlendirme sonuçları incelendiğinde; Anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan KAH grubundaki bireylerin kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi ve kendini ortaya koyma, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik, aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık şema alanı puanlarının anksiyete bozukluğu komorbiditesi olmayan KAH grubundaki bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (sırasıyla  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.003$  ve  $p<0.001$ ).

Young şema ölçeğinin 18 alt şema alanı değerlendirildiğinde; anksiyete bozukluğu olan KAH grubundaki bireylerde terk edilme ve istikrarsızlık ( $p<0.001$ ), güvensizlik ve suistimal edilme ( $p<0.001$ ), duygusal yoksunluk ( $p=0.030$ ), kusurluluk ve

**Tablo 1.** İki grup arasında sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.

|                |                   | Anksiyete bozukluğu olan olan KAH grubu |      | Anksiyete bozukluğu olmayan KAH grubu |    | P       |
|----------------|-------------------|---|------|---------------------------------------|----|---------|
|                |                   | N                                       | %    | N                                     | %  |         |
| Cinsiyet       | Erkek             | 20                                      | 57.1 | 13                                    | 65 | 0.775*  |
|                | Kadın             | 15                                      | 42.9 | 7                                     | 35 |         |
| Medeni Durum   | Bekar             | 6                                       | 17.1 | 5                                     | 25 | 0.503** |
|                | Evli              | 29                                      | 82.9 | 15                                    | 75 |         |
| Eğitim Düzeyi  | İlkokul Mezunu    | 28                                      | 80   | 14                                    | 70 | 0.696** |
|                | Ortaokul Mezunu   | 3                                       | 8.6  | 3                                     | 15 |         |
|                | Lise Mezunu       | 3                                       | 8.6  | 2                                     | 10 |         |
|                | Üniversite Mezunu | 1                                       | 2.9  | 1                                     | 5  |         |
| Çalışma Durumu | Çalışmıyor        | 8                                       | 22.9 | 4                                     | 20 | 1.000** |
|                | Serbest Meslek    | 4                                       | 11.4 | 1                                     | 5  |         |
|                | Devlet Memuru     | 3                                       | 8.6  | 0                                     | 0  |         |
|                | İşçi              | 3                                       | 8.6  | 2                                     | 10 |         |
|                | Diğer Meslekler   | 17                                      | 48.6 | 13                                    | 65 |         |
| Aylık Gelir    | 0-500 TL          | 16                                      | 45.7 | 6                                     | 30 | 0.391*  |
|                | 501-1000 TL       | 16                                      | 45.7 | 10                                    | 50 |         |
|                | 1001-3000 TL      | 3                                       | 8.6  | 4                                     | 20 |         |

\* Yates Ki-kare testi

\*\* Fischer Exact Test

utanma ( $p=0.004$ ), sosyal izolasyon ve yabancılaşma ( $p<0.001$ ), bağımlılık ve yetersizlik ( $p=0.013$ ), dayanıksızlık ( $p=0.001$ ), iç içe geçme/gelişmemiş benlik ( $p=0.001$ ), başarısızlık ( $p<0.001$ ), hak görme/büyüklik ( $p<0.001$ ) ve yetersiz özdenetim ( $p<0.001$ ), boyun eğicilik ( $p<0.001$ ), onay arayıcılık ( $p=0.006$ ), karamsarlık ( $p<0.001$ ), duyguları bastırma ( $p<0.001$ ), yüksek standartlar ve aşırı eleştiricilik ( $p=0.001$ ) şema puanları anksiyete bozukluğu olmayan KAH grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İki grup arasında kendini feda ( $p=0.066$ ) ve cezalandırıcılık ( $p=0.184$ ) şema puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (Şekil 1).

## TARTIŞMA

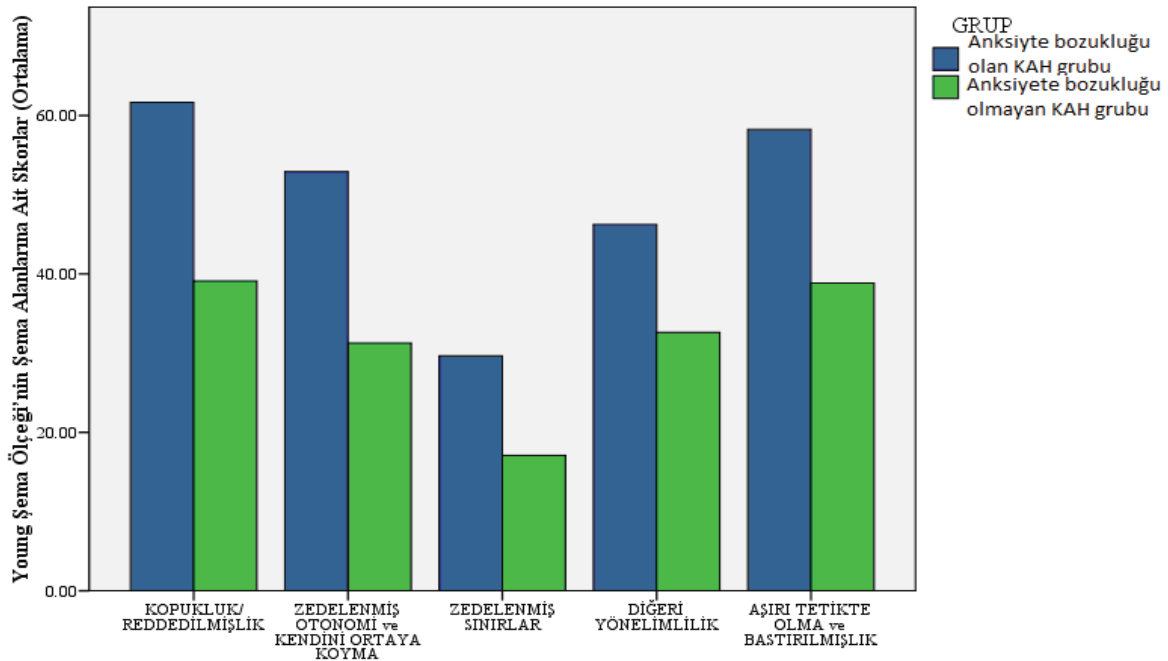
Psikolojik faktörler ve kardiyolojik hastalıklar arasındaki ilişki uzun zamandan beri tartışılmaktadır (Ceylan ve Yazan 2000, Sadock ve Sadock 2005). Psikolojik faktörler, koroner arter hastalığı gelişimini ve gidişini olumsuz etkilemektedir (Vural ve ark. 2008). Bu alanda majör depresyon ve anksiyete bozuklukları en çok üzerinde durulan rahatsızlıklardır. Önceki araştırmalar anksiyete semptomlarının KAH kaynaklı ölümlerin yanı sıra ileride oluşabilecek KAH'ı tahmin etmek amaçlı kullanılabilirliğini göstermektedir (Huang ve ark. 2009). KAH'da komorbid anksiyete bozukluğu prevalansı pek çok çalışmada oldukça yüksek oranlarda bulunmuştur

(Todaro ve ark. 1998). KAH ve anksiyete bozukluğu komorbiditesinde; klinik ve sosyodemografik değişkenler ve bilişsel düzenekler arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasının bu bozuklukların tedavisinde önemli katkılar sağlayabileceği söylenebilir (Katerndahl 2008).

Çalışmaya alınan her iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek ve gelir düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. KAH ve anksiyete bozukluğu birlikteliğini araştıran önceki çalışmalar incelendiğinde; yukarıda bahsedilen her bir sosyodemografik veri için tutarlı sonuçlar olmadığı gözlenmiştir (Todaro ve ark. 1998, Vural ve ark. 2008, Huang ve ark. 2009, Müller-Tasch ve ark. 2008, Fleet ve ark. 2005).

KAH ve anksiyete bozukluğu birlikteliği olan grupta önceki psikiyatrik başvuru hikayesi olan ve ailesinde psikiyatrik öyküsü bulunan bireylerin oranı anksiyete bozukluğu olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Çok geniş çaplı bir toplum tabanlı çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu öyküsünün bulunması KAH riskinde artış sağladığı, zaman zaman her iki durumun da birbirini provoke ettiği bildirilmiştir (Huang ve ark. 2009).

Young'ın hipotezine göre her bir psikopatolojiye altta yatan erken dönem uyum bozucu şemalar neden olmaktadır (Young ve Klosko 2003). Çocukluktan itibaren gelen şemaların güçlü şekilde aktive edilmesi



**Şekil.** Anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan koroner arter hasta ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi olmayan koroner arter hasta gruplarının Young Şema Ölçeği'nin şema alanlarına ait skorlarının çubuk grafiği

sonucunda anksiyete bozuklukların ortaya çıkabileceği görüşü ileri sürülmüştür (Delattre ve ark. 2004). Literatürde erken işlevsiz şemalar ile ilgili çalışmalar çoğunlukla kişilik bozukluğu olan hasta gruplarında yapılmıştır (Young 1994). Eksen-I psikiyatrik bozukluklarda yapılan çalışmaların çoğunlukla travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozukluğu ile ilgili olduğu gözlenmiştir (Delattre ve ark. 2004). Her iki gruba ait Young şema ölçeğinin karşılaştırılması sonucunda anksiyete bozukluğu olan KAH grubunda kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş otonomi ve kendini ortaya koyma, zedelenmiş sınırlar, diğeri yönelimlilik, aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık şema alanı puanlarının anksiyete bozukluğu olmayan KAH grubuna göre anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdakine benzer olarak anksiyete bozukluğu olan erişkinlerin tüm erken uyumsuz şemalarının anksiyete bozukluğu olmayan kişilere göre daha aktif olduğu bulunmuştur (Delattre ve ark. 2004).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) grubunda şemaların incelendiği ve tedavide kullanıldığı bir çalışmada, TSSB olan grupta Young şema ölçeğindeki erken dönem uyumsuz şemaların TSSB olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmaya katılan TSSB olan bireylerde şema odaklı bilişsel terapi alanlarda, şema odaklı olmayan bilişsel terapi alanlara göre anlamlı iyileşme oranları bulunmuştur(Cockram ve ark. 2010).

TSSB ile ilgili bir diğer çalışmada travmatik streslere yönelik inanç ölçeğinde (Traumatic Stress Institute Belief Scale) kendisi ve diğerine yönelik içtenlik, güven ve emniyete yönelik kognitif şemalar seksüel travmaya uğramış TSSB olan kişilerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Vaile Wright ve ark. 2010).

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu olan KAH grubundaki anksiyete bozukluğu bulunan kişilerin çoğunluğunu panik bozukluğu oluşturmaktadır. Paniğe özgü model, genel bilişsel model içerisinde anksiyete bozukluğunu açıklamada önemli bir yere sahiptir. Panik bozukluğu olan kişilerde maladaptif şema ve kognitif yapı değerlendirildiğinde; bu kişilerin tehlikeli bulunduğu işaretlerle meşgul olmaya eğilimli oldukları, tehlike ipuçlarını belirsizlik olarak yorumladıkları, korku ile ilişkili durumları hatırlamada seçici oldukları gözlenmiştir. Tüm bu şemalar, enformasyon sürecindeki önyargı durumunu oluşturmaktadır(Beck ve ark. 1985). Literatürde KAH olan kişilerde psikiyatrik tanı dağılımları değerlendirildiğinde panik bozukluğun %53 oranında gözüktüğü, Özellikle KAH olan bireylerde panik bozukluk oranlarının KAH olmayanlara göre yüksek

olduğu değerlendirilmiştir(Kane ve ark. 1991, Katerndahl 2004). Bu bulgular KAH'nın panik bozukluğun oluşumunda etkin role sahip olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda; çoğunluğu panik bozukluğuna sahip anksiyete bozukluğu grubundaki kişilerin tüm şema alanlarında aktivasyon olduğu değerlendirilmiştir. Bu şemaların aktivasyonu panik atak ya da anksiyete belirtileri ile ilişkili değerlendirilebilir. İleriki çalışmalarda farklı anksiyete bozukluğu gruplarında bu şemaların karşılaştırılması kognitif önyargıların belirlenmesi ve tedavide hangi şemalarla baş edileceği konusunda fayda sağlayabilir.

Çalışmaya katılan hasta sayısının az olması ve anksiyete bozukluğu grubunun homojen olmaması çalışmaya ait en önemli sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastalarda aktive olduğu tespit edilen şemalara yönelik herhangi bir terapi uygulanmamıştır. Bu alanda uygulanacak bilişsel davranışçı terapi yada şema odaklı terapi sonuçlarının değerli olabileceği düşünülmüştür.

## KAYNAKLAR

- American Heart Association (2003) Heart disease and stroke statistics. <http://www.americanheart.org>.
- Beck AT, Emery G, Greenberg RI (1985) Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books.
- Beck AT, Epstein N, Brown G. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56:893-7.
- Ceylan ME, Yazan B. (2000) Araştırma ve Klinik Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri. İstanbul: Altan Matbaacılık.
- Cockram DM, Drummond PD, Lee CW (2010) Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clin Psychol Psychother*, 17(3):165-82.
- Delattre V, Servant D, Rusinek S. ve ark. (2004) The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale*, 30(3):255-8.
- Fleet R, Lespérance F, Arseneault A. ve ark. (2005) Myocardial perfusion study of panic attacks in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 96(8):1064-8.
- Huang KL, Su TP, Chen TJ. ve ark. (2009) Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: a population based 4-year study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(3):401-9.
- J Interpers Violence*, 25(10):1801-14.
- Kane FJ, Strohlein J, Harper RG (1991) Noncardiac chest pain in patients with heart disease. *South Med J*, 84:847-52.
- Katerndahl D (2004) Panic plaques: panic disorder & coronary artery disease in patients with chest pain. *J Am Board Fam Pract*, 17(2):114-26.
- Katerndahl DA (2008) The association between panic disorder and coronary artery disease among primary care patients presenting with chest pain: an updated literature review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 10(4):276-85.

- Lusis AJ (2000) Atherosclerosis. Nature, 407(6801):233-41.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M. ve ark. (2003) The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes, 1:14.
- Müller-Tasch T, Frankenstein L, Holzapfel N. ve ark. (2008) Panic disorder in patients with chronic heart failure. J Psychosom Res, 64(3):299-303.
- Murray CJ, Lopez AD (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet, 349(9064):1498-504.
- Nordin K, Berglund G, Glimelius B. ve ark. (2001) Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. Eur J Cancer, 37(3):376-84.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenirlilik Çalışması. İlaç Tedavi Dergisi, 12:233-236.
- Pencina MJ, D'Agostino RB, Sr., Larson MG. ve ark. (2009) Predicting the 30-year risk of cardiovascular disease: the framingham heart study. Circulation, 119(24):3078-84.
- Peterson S, Peto V, Rayner M (2005) European Cardiovascular Disease Statistics. London: British Heart Foundation
- Sadock BJ, Sadock VA. (2005) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Ankara (Philadelphia): Güneş Kitabevi.
- Smith SC, Jr. Greenland P, Grundy SM. (2000) AHA Conference Proceedings. Prevention conference V: Beyond secondary prevention: Identifying the high-risk patient for primary prevention: executive summary. American Heart Association. Circulation, 101(1):111-6.
- Spitzer RL, Micheal B, Miriam G. ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical version, Washington D.C., American Psychiatric Pres.
- Stopa L, Waters A. (2005) The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: Short form. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78:45-57.
- Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD. ve ark. (1998) Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. Med J, 169(11-12):663-6
- Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother, 12:163-72.
- Vaile Wright C, Collinsworth LL, Fitzgerald LF. (2010) Why did this happen to me? Cognitive schema disruption and posttraumatic stress disorder in victims of sexual trauma.
- Vural M, Acer M, Akbaş B. (2008) Akut koroner sendromlu hastalarda depresyon, anksiyete ve panik agorafobi. Anadolu kardiyoloji dergisi, 8:1
- Vural M, Başar E. (2007) Anksiyete bozukluğunun ani ölüm yapma potansiyeli. Türkiye Anadolu Kardiyol Dergisi, 7:179-83.
- Waller G, Meyer C, Ohanian V (2001) Psychometric properties of the long and short version of the Young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. Cognitive therapy and research, (25):137-47.
- Young J (1991) Early maladaptive schemas. In: Unpublished manuscript.
- Young JE, Klosko JS (2003). Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Pres.
- Young JE, Lindemann M. (1992) An integrative schema-focused model for personality disorders. J Cognit Psychother, 6:11-23.
- Young JE. (1990) Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. In. Florida: Professional Resource Pres.
- Young JE (1994) Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Florida: Professional Resource Pres.

*Yazışma adresi/Address for correspondence:*

Huri Aslan, T.C. Sağlık Bakanlığı Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
e-mail/e-posta: huriaslan08@hotmail.com

Alınma tarihi: 18.06.2012

Received: 18.06.2012

Kabul Tarihi: 27.10.2012

Accepted: 27.10.2012