



KAVRAMSAL MAKALE

Panik Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisinin İncelenmesi

Dr. Kahraman GÜLER, İstanbul Aydın Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İstanbul, e-posta:

kahraman.guler@aydin.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0049-0658>

Muhammed USLUCA, Uzman Klinik Psikolog, e-posta: kliniklpsimusluca@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6167-3837>

Mahmut YILMAZ, Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, e-posta: mahmuty52@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9699-3785>

Öz

Bu çalışmanın amacı geçmişten güncel, kuram ve uygulamalara dönük araştırmalardan yola çıkılarak bilişsel davranışçı terapinin (BDT) panik bozukluk modeli etkililiğinin, içeriğinin araştırılması ve bu konu ile ilgili genel bir izlek ve çerçeve oluşturulmasıdır. Alanyazın incelendiğinde bilişsel davranışçı terapi ve panik bozukluk ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen genel bir çerçevede panik bozukluğun bilişsel davranışçı modelleri üzerine yayınlar görece sınırlıdır ve kuramsal yaklaşım ve uygulamalar temelli bu çalışmanın gerçekleştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Literatür taraması yapılarak derleme makale şeklinde oluşturulan çalışmanın odağını sadece panik bozukluk oluşturmaktadır. Çalışmada, panik bozukluğun tedavisinde BDT'nin en etkili yöntemlerden biri olduğu düşünülmüş ve çalışma sonucunda da bu yönde bir sonuca ulaşılmıştır. Yalnızca ilaç tedavisi, gevşeme egzersizleri ve psiko-eğitim uygulanan tedavilere göre bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri, maruz bırakmanın bulunduğu bilişsel davranışçı terapi kombini ile uygulanmış tedavi biçiminin daha iyi sonuçlar verdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi.

Makale Gönderme Tarihi: 25.10.2021

Makale Kabul Tarihi: 07.12.2021

Önerilen Atf:

Güler, K., Usluca, M. ve Yılmaz, M. (2021). Panik Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisinin İncelenmesi, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12): 1211-1222.



Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences

2021, 4(12): 1211-1222. DOI:10.26677/TR1010.2021.902
ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



CONCEPTUAL PAPER

Examination of Cognitive Behavioral Therapy of Panic Disorder

Dr. Kahraman GÜLER, İstanbul Aydın University, Faculty of Arts and Sciences, İstanbul, e-mail:

kahraman.guler@aydin.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0049-0658>

Muhammed USLUCA, Expert Clinical Psychologist, e-mail: kliniklpsimusluca@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6167-3837>

Mahmut YILMAZ, MSc. Student, İstanbul Aydın University, Institute of Graduate Programs, İstanbul, e-mail: mahmuty52@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9699-3785>

Abstract

The aim of this study is to investigate the effectiveness and content of the panic disorder model of CBT based on previous studies and to create a general framework on this subject. Considering the literature, although there have been many studies on CBT and panic disorder, it was seen that the cognitive behavioral model of panic disorder was not presented in a general framework and this study was required to be carried out. The study, which was created as a review article by making a literature review, was created by looking at only panic disorder framework instead of other psychiatric disorders. Before the study was conducted, it was thought that cognitive behavioral therapy was one of the most effective methods in the treatment of panic disorder, and at the end of the study, an expected finding was obtained. Cognitive restructuring, relaxation exercises, and CBT combined with exposure were found to yield better results than the treatments applied solely to medication, relaxation exercises and psychoeducation.

Keywords: Panic Disorder, Cognitive Behavioral Therapy.

Received: 25.10.2021

Accepted: 07.12.2021

Suggested Citation:

Güler, K., Usluca, M. and Yılmaz, M. (2021). Examination of Cognitive Behavioral Therapy of Panic Disorder, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 4(12): 1211-1222.

GİRİŞ

Anksiyetenin kişiyi rahatsız eden, aşırı halinin bir hastalık olarak tanınması diğer ruhsal bozukluklardan daha sonraki zamanlara denk gelmektedir. Eski çağlardaki tıbbi literatüre bakıldığı zaman anksiyetenin bir hastalık olarak ele alınmasına çok az rastlanılmaktadır. Ancak günümüze daha yakın zamanlardaki psikiyatri literatürüne bakılacak olursa anksiyetenin çok sayıda araştırmaya konu olduğu ve önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (Tükel, 2002: 5). Korku ve kaygı birbirlerine benzeyen iki kavram olsa da birbirlerinden farklı durumları açıklamaktadırlar. Korku, fiziksel ya da duygusal olarak gerçek bir tehdit karşısında gösterilen bir tepki iken anksiyete tehlikenin gerçekleşmiş gibi algılanması sonucu oluşan ancak çoğunlukla gerçekten tehlike ihtimali çok daha küçük olan durumlar karşısında verilen bir tepkidir. Tehdit ortadan kalktığında korku da kalkmasına rağmen anksiyetede böyle bir durum söz konusu değildir (Davis, Walker, Miles ve Grillon, 2010: 105). Anksiyete; fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği ruhsal ve fizyolojik bir durumdur. Anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı %12,6 ve yaşam boyu sıklığı ise %14.6 olarak bildirilmiştir (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013: 442).

Anksiyete bozuklukları içerisinde birçok bozukluk tanımlanmıştır. Bunlar; panik bozukluk, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, akut stres bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu gibi ruhsal bozukluklardan oluşmaktadır (Bal vd., 2013: 442). Anksiyetenin psikolojik ve fiziksel olmak üzere iki tür semptomu bulunmaktadır. Psikolojik semptomlar, büyük ölçüde bireysel farklılıklar göstermektedir. Somatik semptomlar arasında; kas seğirmeleri, güçsüzlük, baş ve göğüs ağrıları, sık tuvalete çıkma, çoğunlukla taşikardi olmak üzere kalp ritminde değişimler, sık nefes alma, göğüste sıkışma hissi, ağız kuruluğu, mide bulantısı, baş dönmesi ve aşırı uyarılmışlık hali gibi durumlar sayılabilir (Uzbay, 2002: 5). Bu çalışmada kaygı bozukluklarından birisi olan panik bozukluk üzerinde durulacaktır.

PANİK BOZUKLUK

Roy-Byrne, Craske ve Stein (2006) tarafından belirtildiği gibi, panik bozukluk (PB), tüm anksiyete ile ilişkili sendromlar arasında en kapsamlı şekilde çalışılan bozukluk olmuştur ve panik bozukluğunun nedenlerine ilişkin artan ancak kesin olmayan bir anlayışla bile, kanıtlar farmakoterapi ve bilişsel-davranışçı terapi gibi kombine tedavilerin kullanımının etkili olduğunu göstermektedir.

PB, belirgin bir dış neden olmaksızın, bir dizi bedensel ve/veya bilişsel belirtiyeye eşlik eden yoğun bir korkunun aniden geliştiği, beklenmedik panik ataklarının tekrarlaması ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). PB; çeşitli psikolojik ve fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, panik atakların yineleyen ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmasını içeren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Panik atak ise aniden ve beklenmedik bir şekilde gelen yoğun kaygı nöbetleri olarak tanımlanabilir. Ani olarak başlayan ilk ataktan sonra bireyde "beklenti anksiyetesi" adı verilen anksiyete türü görülmeye başlanırsa panik bozukluğa geçiş yaptığı düşünülebilir. Ancak panik bozukluğun asıl belirleyici özelliği tekrarlayıcı panik atakların görülmesidir (Roy-Byrne vd., 2006: 1023; Helbig-Lang vd., 2014). Panik bozukluğu olan bireyler, panik atak geçirmenin sonuçları hakkında aşırı endişe duyarlar. Panik atağın bayılmaya, kalp krizi geçirmeye, ölmeye veya çıldırmaya neden olacağından endişe duyabilirler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

PB bilişsel teorisi, panik atakların, bedensel duyumları kalp krizi gibi yakın bir felaketin bir işareti olarak yanlış yorumlama eğiliminin bir sonucu olarak ortaya çıktığını öne sürer. Bu tür yıkıcı

bilişler, bedensel duyumların paniğe yol açtığı döngüyü tırmandırır ve PB hastalarının panik meydana gelen durumlardan kaçınma ve/veya kaçma eğilimi nedeniyle devam eder (Salkovskis vd., 1996). Panik bozukluğu, yaşam boyu yaygınlığı %3.7 ile yaygındır (Kessler vd., 2006) ve kötü yaşam kalitesi (Barrera ve Norton, 2009) ve kişilerarası zorluklar ve sıkıntı (Scocco vd., 2007) ile ilişkilidir.

Panik atağın belirtilerine bakılacak olursa; çarpıntı, nefes darlığı, boğulma hissi, sersemlik hissi, ölüm korkusu, depersonalizasyon/derealizasyon, bulantı, titreme, karın ağrısı, ağız kuruluğu, boğazda düğümlenme hissi, dikkatini toplayamama, zihin bulanıklığı, görme bulanıklığı, terleme, bayılma, çıldırma ve kontrolünü kaybetme korkusu gibi belirtilerin olduğu görülmektedir (Sarp, Arık, Güz ve Abanoz, 2010: 2). Panik bozukluğun; kulak çınlaması, bir anda çığlık atma, boyun ağrısı gibi kültürden kültüre değişen belirtileri de bulunmaktadır (Kring ve Johnsen, 2015). PB da çeşitli türleri bulunmaktadır. PB tanısı konmuş 48 bireyde yapılan bir çalışmada kardiyovasküler, gastrointestinal ve vestibuler, solunumsal ve “bilişsel” olmak üzere dört alt tip tespit edilmiştir. Bu alt tiplerde tedaviye yanıt, sosyodemografik özellikler arasında farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir (Örsel, Güriz, Akdemir ve Türkçapar, 2003: 205). PB yaşam boyu sıklığı %1.5-3 arasındayken, panik atak ise %3-4 oranındadır. Erkeklerle ve ileri yaşlara oranla kadınlarda ve genç erişkinlikte daha fazla ortaya çıkmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011: 75).

Anksiyete bozuklukları arasında en sık karşılaşılan kronik ve ailevi, mesleki, kişisel alanda işlev bozukluklarına yol açan panik bozuklukta yineleyici panik atakların görülmesi gerekmektedir. PB hastaları agorafobi ile başvurabilir ve hayatta kalmak için başka bir kişinin varlığına ihtiyaç duyabilir, bu da rutinlerde bir değişikliğe, iş performansında düşüşe ve gergin sosyal ilişkilere neden olabilir. Ayrıca, PB hastalarının endişeli bağlanma stili ve yüksek ayrılık kaygısı, muhtemelen stresi sosyal desteklerle modüle etme yeteneğini tehlikeye atıyor (Milrod ve ark., 2014). Agorafobili olan panik bozukluk hastaları, genel hasta popülasyonunun %50'sini oluşturmaktadır (Konkan, Yalçınkaya, Erkıran ve Erkmen, 2003: 219). Agorafobi, beklenmedik ve ani çıkan panik ataklar esnasında bireyin kaçmasının zor olacağı ya da kendisine yardım sağlanamayacağını düşündüğü yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan kaygı duyma ve bu yerlerden kaçınma davranışlarının görüldüğü, anksiyete bozuklukları altında bulunan bir psikiyatrik bozukluktur (Kart ve Türkçapar, 2013: 163). Panik atakların sonucunda klinik tabloya eşlik eden agorafobi ve beklenti anksiyetesi hem bozukluğun sürmesi hem de işlevselliği olumsuz yönde etkileyen bileşenlerdir (Alkın, 2002: 22).

PB tedavi seçeneklerine bakıldığında psikofarmakoloji ve psikoterapi yöntemleri dikkati çekmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, doğru uygulanmış bir ilaç tedavisinin belirtileri önemli ölçüde yatıştırdığını göstermektedir. PB’de çoğunlukla tercih edilen ilaç türleri seçici serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepressanlar, beta blokerler ve benzodiazepinlerden oluşmaktadır (Bakker, Van Balkom ve Stein, 2005: 475-476). Bir başka tedavi seçeneği olan psikoterapilerin de panik bozukluk tedavisinde önemli yer tuttuğu anlaşılmakla beraber her iki seçeneğin de uygulanabileceği algoritmalar da tanımlanmıştır. PB’de etkinliği en iyi kanıtlanmış psikoterapi yaklaşımlarından birinin Beck’in geliştirdiği bilişsel terapi ve daha sonra geliştirilen bilişsel davranışçı terapi olduğu gösterilmiştir (Addis, Hatgis, Krasnow, Jacob, Bourne ve Mansfield, 2004). Agorafobi ve beklenti anksiyetesi gibi bileşenlerin ele alınması ile beraber eşlik eden depresyonun da tedavi edilmesi panik bozukluğun tam remisyonunun sağlanması açısından önem arz etmektedir (Alkın, 2002: 22).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi, günümüzde birçok ruhsal bozukluğun tedavisinde sıklıkla kullanılan kısa süreli, direktif ve duyguların bilişsel modeline dayanan bir psikoterapi yöntemidir. Bilişsel davranışçı terapi, insan davranışlarını ve ruhsal bozuklukları bilişsel ve davranışçı bakış açısı ile açıklayan ve terapisinde de bu teknikleri kullanan bir psikoterapi yöntemidir (Özdel, 2015: 10). Bilişsel davranışçı terapinin en önemli unsurlarından biri olan biliş; genel olarak algısal, düşünsel ve zihinsel süreçleri kapsayan bir kavramdır. Düşünülenler ve o anda akıldan geçenler olarak da tanımlanabilmektedir. Bilişsel davranışçı terapinin temel varsayımlarından birisi bu düşüncelerin duygu ve davranışları etkilemesidir (CBT, 2002: 7). Gerçekçi olmayan ve bireyde duygusal ve davranışsal sorunlar meydana getiren düşünceleri tespit etmek ve o çarpık, olumsuz düşünceleri bilişsel ve davranışçı teknikler ile değiştirmek bilişsel davranışçı terapinin temel amacıdır. Temel olarak kullanılan bilişsel teknikler; duygu ve düşünceleri izleme, kanıt sorgulama, seçenekleri sorgulama, en kötü senaryo tekniği, yeniden çerçeveleme, biçimlendirme, düşünceyi durdurma gibi tekniklerden oluşmakla beraber, davranışçı teknikler ise; sistematik duyarsızlaştırma, alıştırma, tepki önleme, maruz bırakma, gevşeme eğitimi gibi tekniklerden meydana gelmektedir (Demiralp ve Oflaz, 2007: 135-138).

Bilişsel davranışçı terapide; otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar olmak üzere üç temel yapı üzerinde çalışılmaktadır. Otomatik düşünceler; düşünce akışını sürdüren sözel ya da imgesel parçalardır. Bilişin en yüzeydeki katmanı ve çok ani, ansızın gelen düşüncelerdir. Otomatik düşüncelerin bir alt katmanında yer alan ara inançları belirlemek ve değiştirmek otomatik düşüncelere göre daha çok uğraşı gerektirmektedir. Ara inançlar 'eğer' ve '-meli -malı' şeklinde zorunluluk bildiren ifadelerden oluşmaktadır. Bazı kaynaklarda şemalar olarak da geçen temel inançlar bilinç katmanının en altında, değiştirilmesi ve ulaştırılması en zor olan yapılardır. Şartlı değil ('değersizim' gibi) kesin yargılar içermeleri ara inançlardan ayrılan yönleridir (Özcan ve Çelik, 2017: 116).

Panik Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisi

Farklı araştırma sonuçları bilişsel davranışçı terapinin panik bozukluk üzerindeki etkinliğini göstermektedir (Başaran ve Sütçü, 2016: 80). Bilişsel Davranışçı terapiler panik bozukluğunda etkili tedavilerdir. Birçok çalışma, bilişsel davranışçı terapilerin tek başına farmakoterapiye üstün olduğu sonucuna varmıştır; bunun tam tersi sonuçlara ulaşan çalışmalar da mevcuttur. Bilişsel-Davranışçı Terapinin (BDT) PB için en etkili psikoterapi olduğu bildirilse de (Pompoli vd., 2016), PB hastalarının yaklaşık %40'ı BDT'ye yanıt vermemektedir (Loerinc vd., 2015). PB hastalarında heterojenlik kaynaklarının belirlenmesi, BDT'nin nasıl ve kimler için en etkili olabileceğini anlamada yardımcı olabilir ve tedavi seçimine ve uyarlamaya rehberlik edebilir. BDT'de daha iyi sonucu öngördüğü gösterilen terapötik ittifaka ek olarak (Haug vd., 2016), PB'de sonuç belirleyicileri olarak prognostik faktörler üzerine yapılan az sayıda çalışma, tedavi öncesi agorafobik kaçınma, depresyon, depresyon, daha düşük değişim beklentisi ve yüksek düzeyde işlevsel bozulma, BDT'ye verilen yanıtın azaldığını öngörmektedir (Porter ve Chambless, 2015).

Güvenlik davranışları, algılanan bir tehdidi önlemek, kaçmak veya ciddiyetini azaltmak için yapılan gereksiz eylemlerdir (Telch ve Lancaster 2012; Helbig-Lang ve Petermann, 2010). PB'li kişiler, felaketle ilgili bilişlerine uyan farklı türde kendine özgü SB'lerin kombinasyonlarını kullanabilirler (Salkovskis vd., 1999). Örneğin, bir PB hastası, araba kullanırken aracının kontrolünü kaybetme korkusu yaşayabilir ve daha sonra araba kullanmaktan kaçınabilir veya arabada bir arkadaşının olmasını isteyebilir. Hastaların güvenlik davranışları tipinin (fonksiyonları ve odakları) PB olan hastalar arasındaki değişkenliği açıklayabileceğini ve ayrıca

PB için BDT'nin neden bazıları için diğerlerinden daha başarılı olduğunu tahmin edebileceğini varsaydık. Bazı çalışma ve bildiriler, bilişsel davranışçı terapinin farmakoterapi ile kombinasyonunu her iki yaklaşımın tek başına uygulanmasına göre daha etkili bulmuştur. Bilişsel davranışçı terapi alan hastaları uzun süreli izleme alan bazı çalışmalar, terapilerin uzun süreli düzelmede etkili olduğunu göstermiştir (Fentz, Hoffard, Jensen vd., 2013; Funayama, Furukawa vd., 2013; Pilecki, Arentoft, McKay, 2011).

Panik bozuklukta; bilişsel davranışçı terapinin bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri, maruz bırakma bilişsel davranışçı terapi kombini ile uygulanmış tedavi biçiminin yalnızca bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ve psikofarmakolojik tedavi biçiminden daha iyi sonuçlar verdiği gösterilmiştir. 1 yıl sonra izlenen çalışmalarda nüksü önleme açısından da bilişsel davranışçı terapinin çok etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bilişsel davranışçı tedavi, anksiyete ile çalışırken bireyin olumsuz düşüncelerini ve buna bağlı olarak ortaya çıkan duygu ve davranışların nasıl tanınacağını, nasıl değiştirilebileceğini ve uyumlu hale getirilebileceğini danışana öğretmek ve göstermek üzerine kuruludur (Savaşır, Soygüt ve Barışkın, 2009: 136). Panik bozukluğun bilişsel davranışçı terapi ile tedavisinin aşamaları aşağıda açıklanmıştır.

Otomatik Düşüncelerin Elde Edilmesi

Danışanlardan deneyimledikleri en son panik nöbeti hayal etmeleri istenmektedir. Bu sayede çok genel olan sorun, daha spesifik hale getirilebilmektedir. Durum detaylı olarak anlatıldıktan sonra danışanın o anda aklından geçen otomatik düşünceleri yakalaması istenmektedir. Danışan, nöbet halinde olmadığı için o anki düşüncelerini yakalamakta güçlük çekebilir. "Tam o anda en kötü neler olabileceğini düşünüyorsunuz" gibi sorularla o anki düşünceleri net olarak elde edilebilir. Danışanlar, olumsuz otomatik düşüncelerin açığa çıkarılması ile ilgili çok sorulara çok yetersiz cevaplar verebilir. Bu durumda seans esnasında rol oynama veya imajinasyon tekniği ile bireyi o panik nöbeti haline sokarak daha gerçekçi ve sıcak bilişlere ulaşılabilir. Bireyin en son geçirdiği nöbete odaklanmasını ve o anı gözünde en ince detayına kadar canlandırması üzerine yönergeler verilebilir. Danışan, iyice o nöbetin içine girdikten sonra aklından nelerin sorulabilir. Bir başka strateji ise seans esnasındaki duygudurum değişiklikleri esnasında danışanın zihninden geçenlerin sorulmasıdır (Beck ve Beck, 2018: 156; Işık vd., 2009: 138-139).

Tedavinin Rasyonelinin Anlatılması

Düşünce ve davranışları değiştirmeye başlamadan önce danışana tedavinin rasyonelinin anlatılması gerekmektedir. Bu sayede neyi neden yaptığını çok daha iyi kavrayabilecektir. İlk yapılması gereken şey panik bozukluk ile ilgili bilgi vermektir. Bu özellikle panik bozukluk için çok önem arz etmektedir. Çünkü bireyler bunun ne olduğunu anlamlandıramamakta ve bunu bedeninde kötü ve tehlikeli bir şey olduğu şeklinde yorumlamaktadır. Daha sonra panik bozukluğun bilişsel modelinin anlaşılabilmesi için danışana düşüncelerin duyguları etkilemesi ile ilgili bir örnek verildikten sonra bunu kendi durumuna uyarlaması istenerek tedavinin rasyoneli açıklanabilir (Işık vd., 2009: 140). Örneğin; evde yalnız ve karanlık bir ortam düşünmesini ve bir yerden ses geldiğini hayal etmesi istenebilir. Bunu hırsız olarak yorumladığındaki duyguları ile rüzgarın sesi olarak yorumladığındaki duyguları karşılaştırılabilir.

Dikkatin Başka Yöne Çevrilmesi

Tedavinin ilk aşamalarında kontrolün elde tutulabilmesi için dikkatin başka yöne çevrilmesi tekniği kullanılabilir. Panik bozukluk yaşayan bireyler vücutlarındaki belirtilere karşı aşırı hassas davranmaktadırlar. Devamlı olarak dikkatleri kendilerine yönelmiştir. Bu sayede en ufak bir vücut belirtisine aşırı büyük bir tehlikenin olduğu şeklinde yorumlamaktadır. Danışan atak esnasında vücuduna odaklanmak yerine bulunduğu ortamdaki diğer şeylere dikkatini çevirebilir. Bu sayede hem panik ataklarını kontrol altına alabilir hem de düşüncesi ile duygudurumu arasındaki ilişkiyi daha fazla fark edebilir (Işık vd., 2009: 140).

Olumsuz Otomatik Düşüncelerin Değiştirilmesi

Bilişsel davranışçı terapide Sokratik sorgulama yöntemi ile hem seans içerisinde olumsuz ve çarpık düşünceler değiştirilebilir hem de seans aralarında danışana ödev verilerek danışanın bunu sürdürmesi istenebilir. Düşünceleri değiştirmek için kullanılacak çeşitli sorular şunlardır:

Bu düşünce ile ilgili ne tür kanıtlarınız var? Bu durumun başka bir açıklaması olabilir mi?

Panik nöbeti geçiren birey, o anki vücut belirtisini çok büyük bir hastalığın habercisi olarak yorumlamaktadır ve bu nedenle de aşırı derecede kaygı duymaktadır. Bireye bu belirtinin başka hangi nedenlerden oluşabileceği sorularak farklı alternatifleri de göz önüne alması sağlanmaktadır. Örneğin: Kalbin hızlı atmasının başka ne gibi nedenleri olabilir? Kalbin hızlı atmasının kalp krizinin bir belirtisi olduğunun kanıtları nelerdir? Daha önce bu belirti olduğunda kalp krizi geçirmiş miydiniz? gibi (Işık vd., 2009: 142).

Bir başka soru tarzı ise dışsallaştırma ya da çifte standart tekniğidir. Bireyler başkalarını değerlendirmekte daha objektif olabilmektedir. Örneğin: "Bu belirtiyi yaşayan başka birisi ya da arkadaşınız ne düşünürdü?" gibi bir soru ile danışana farklı alternatifleri bulması açısından kolaylık sağlanabilir (Türkçapar, 2018: 341).

Panik atak yaşayan birey hislerinden yola çıkarak sonuca varmaktadır. Kalp çarpıntısını kendisi kalp krizi geçirdiğini hissettiği için kalp krizi olarak yorumlamaktadır. "Bu yorumunuz nasıl hissettiğinize mi yoksa gerçek bir durumunuza mı dayanıyor?" gibi bir soru sorularak danışanın yorumunun gerçek dünyadan değil, kendi hissettiklerinden yola çıkmasından kaynaklandığı gösterilmeye çalışılmaktadır. Çünkü hisler her zaman gerçeği yansıtmayabilir ve kanıt oluşturamayabilirler (Işık vd., 2009: 142).

Otomatik düşüncelerin altında farklı ara inançlar ve şemalar yer almaktadır. Otomatik düşüncenin asıl nedenine ulaşabilmek için aşağı ok tekniği kullanılabilir. Bu sayede danışanın otomatik düşüncesine yol açan temel, kök inançlarına ulaşılabilir. O inançların gerçek olmadığı sokratik sorgulama yolu ile açığa çıkartılabilir. Aşağı ok tekniğine şöyle bir örnek verilebilir (Türkçapar, 2018: 391).

- Kapalı ortamlara girince bayılabilirim.
- Peki bayılırsanız en kötü ne olur?
- Herkese rezil olurum.
- Bunun en kötü yanı nedir?
- Herkes bana acır.
- Herkesin size acımasının en kötü yanı nedir?

- Güçsüz bir insan olurum.

Bir başka soru tarzı “Acaba olayın olma olasılığını çok büyütüyor olabilir misiniz?” ya da “Sorunla baş edebilme kapasitenizi küçümsüyor olabilir misiniz?” şeklindedir. Çünkü panik atak esnasında birey kesin olarak başına kötü bir şey geleceğine ve asla bununla baş edemeyeceğine inanmaktadır. Bu soru sayesinde birey olayları abarttığını ve başına gelse dahi onunla baş edebilecek kaynakları olduğunu anlayabilmektedir (Işık vd., 2009: 144).

Davranış Deneyleri

Olumsuz otomatik düşünceleri değiştirmenin tek yolu Sokratik sorgulama değildir. Bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerini gerçek hayatta test etmesine dayalı olarak çeşitli davranış deneyleri oluşturulmaktadır. Birey, çok korktuğu durum içerisine bilinçli olarak sokularak gerçekten o durumun o kadar kötü sonuçlara yol açıp açmayacağını test edebilir. Bu sayede panik atak sırasında bedensel duyumlara karşı verilen felaketleştirici yorumlar değiştirilebilir. Düşünce sorgulama yöntemleri ile düşünceler değiştirildikten sonra birey bunları gerçek yaşam koşullarında uygulaması gerekmektedir. Bu sayede bu düşüncelere çok daha fazla ikna olabilmektedir (Karakaya ve Öztop, 2013: 15).

Panik bozuklukta en fazla kullanılan davranış denemesi hızlı nefes alıp verme (hiperventilasyon) egzersizidir. Birey yapay olarak bir panik atak ortaya çıkartmaktadır. Birey o durumda kalarak bunun gerçekten kötü bir hastalığa işaret olmadığını yalnızca beden doğal tepkisi olduğunu anlayabilmektedir. Nefes egzersizleri ile birlikte bu atağın rahatlıkla sönebildiğini gözlemlemektedir. Bu sayede danışan belirtilerin kendi kontrolünde olduğu inancı pekiştirilmiş olmaktadır (Bouchard, Gauthier, Laberge, French, Pelletier ve Godbout, 1996: 214).

Kaçınmanın Ortadan Kaldırılması

Panik bozukluk rahatsızlığı bulunan bireyler panik atak yaşamamak adına belirli ortamlardan kaçınmaya çalışmaktadır. Bireyler, kaçınmaya çalıştıkça olumsuz düşüncelerini sınama imkânı bulamamakta ve olumsuz düşünceleri daha fazla beslenmektedir. Gitgide yaşamını kısıtlayarak çok olumsuz tablolara yol açabilmektedir. Kaçınmanın ortadan kaldırılabilmesi için aşamalı olarak kaçındığı durumlara tekrar girmesi sağlanmaktadır. Bu sayede korktukları durumun gerçekten korkulacak bir durum olmadığını idrak etmiş olacaktırlar. Bu ödevler verilmeden önce olabilecek sorunlar, beklentiler ve düşünceler konuşulabilir. Danışanlar, bu durumlara girdiklerinde başlangıçta çok kaygı duyabilirler fakat başlarına kötü bir şey gelmediğini gördükçe bu kaygı da zamanla düşmeye başlayacaktır. Danışanlara bunun normal ve olması gereken bir durum olduğu ve sabırlı olması gerektiği açıklanmalıdır (Işık vd., 2009: 146).

Kaçınma ödevlerinde dikkat edilmesi gereken başka bir husus güvenlik arama davranışlarıdır. Bu ödevlerin tam anlamıyla faydalı olabilmesi için her türlü güvenlik sağlayıcı davranışların kaldırılması gerekmektedir. Aksi takdirde birey başına bir şey gelmemesini o davranışına atfederek tam anlamı ile ikna olamayabilir. Örneğin: Asansörde panik atak geçirebileceği için asansöre binmeyen birey, uygulama yaparken asansörün havalandırmasını açarak kendisine güvenlik verdiği inandırıcı ve başına bir şey gelmemesinin nedeni olarak onu düşünebilir. Bu yüzden bu ödevlerin çok dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir (Kobori ve Salkovskis, 2012: 4).

Özetle, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımına göre panik bozukluğun oluşumu bir dizi bedensel duyum ya da zihinsel etkenlerin felaketleştirilmesi sonucunda başlamaktadır. Bu felaketleştirme senaryosu ile yanlış baş etme biçimleri de bozukluğun sürdürülmesinde etken olarak

düşünülmektedir. Güvenlik arama, kaçınma davranışları, içsel yaşantılara karşı dikkatin artması bu baş etme biçimlerindedir. Hasta bir tür kısır döngü içerisinde panik bozukluğunu devam ettirmektedir (Ateş ve Arcan, 2018: 62). Bilişsel davranışçı terapide, panik bozukluk tedavisine panik atakların doğasının hastaya anlatılması ve psikoeğitim ile başlanmaktadır. Bilişsel yeniden yapılandırma için belirtilerin yanlış yorumlandığı hastaya fark ettirmeye çalışılmaktadır. Bir başka kullanılan teknik ise kaçınılan yer ve durumlar için hastaya maruz bırakma tekniğinin uygulanmasıdır. Bu sayede hasta felaketleştirdiği senaryoların gerçekliğini sınama imkanına sahip olmaktadır (Schmidt, Woolaway-Bickel vd., 2000: 2).

Panik bozukluğun tedavisi ile ilgili araştırmalara genel olarak bakıldığında bilişsel davranışçı terapinin en etkili tedavi seçeneği olduğu ancak ilaç tedavisi ile birlikte uygulandığında başarı oranının daha da arttığı anlaşılmaktadır (Çıtak, 2018: 143).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Panik bozukluğun yaşam boyu sıklığının %14.6'ya ulaşan, kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliği çok olumsuz yönde etkileyen bir sorun olduğu göz önüne alınacak olursa panik bozukluğun tedavisinin incelenmesi ve en doğru şekilde tedavi biçiminin oluşturulmaya çalışılmasının ne denli önemli olduğu anlaşılabilir. Önceki çalışmalara bakıldığında panik bozukluk ile ilgili çeşitli çalışmaların olduğuna rastlanmıştır. Bu çalışmada da önceki çalışmalara genel bir bakış ile panik bozukluğun bilişsel davranışçı terapisi hakkında genel bir perspektif oluşturulmak amaçlanmıştır. Literatüre bakıldığında panik bozukluğun iki tür tedavisinin olduğu görülmüştür. Bunlardan birisi psikofarmakolojik (ilaç tedavisi) tedaviyken diğeri ise psikoterapidir. Bu çalışmada psikofarmakoloji tedavisine çok fazla değinilmemekle beraber bazı durumlarda tedaviye yardımcı önemli bir rolü olduğu vurgulanmıştır. Çoğunlukla psikoterapi üzerinde durulan bu çalışmada bilişsel davranışçı terapi yöntemi ele alınmıştır. Geçmiş araştırmalara bakıldığında panik bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin çok önemli bir rolü olduğu görülmektedir.

Panik bozukluk; tekrarlayan, beklenmedik panik ataklar ile seyreden ve kişide beklenti anksiyetesi meydana getiren ruhsal bir bozukluktur. Bilişsel davranışçı terapinin panik bozukluk modeli incelendiğinde; panik bozukluğun, çeşitli bedensel duyuları ve düşünsel etkinlikleri felaketleştirme ve yoğun bir anksiyete duyma şeklinde başladığı görülmektedir. Birey tekrar bu yoğun anksiyeteyi yaşamamak adına kendince çeşitli stratejiler belirlemektedir. Fakat bu doğru olmayan stratejiler bireyi anksiyeteden korumak bir yana daha da fazla anksiyeteye sevk etmektedir. Bu başa çıkma stratejilerine; anksiyete yaşama tehlikesi bulunan belirli yerlerden ve durumlardan kaçınma, yardım alınamayacağı düşünüldüğü için belirli yerlere gitmeye karşı yoğun anksiyete duyma (agorafobi), kendini güvene alabilmek adına hastaneye yakın güzergâhları tercih etme, fizyolojik ve psikolojik belirtilere dikkatin aşırı yöneltilmesi gibi davranışlar örnek gösterilebilmektedir. Birey bu davranışları gerçekleştirerek kısa süreli bir rahatlama sağlasa da uzun vadede panik bozukluk girdabına daha da fazla maruz kalmaktadır.

Panik atağı ilk başlatan unsur çeşitli beden duyuları ve korkutucu düşüncelerdir. Birey, bedeninde olan bir kalp çarpıntısı ya da nefes almada güçlük gibi yaşantıların kendisini öldüreceği şeklinde yorumlamakta ve bunun sonucunda ortaya anksiyete çıkmaktadır. Anksiyetenin doğal tepkileri olan bedensel duyular ve felaketleştirilmiş düşünceler bu yaşantıyı daha fazla arttırmaktadır. Birey, bunları da felaketleştirici düşünce tarzı ile yorumlayarak daha fazla anksiyete duymaya devam etmekte ve meydana kısır bir döngü çıkmaktadır.

Bilişsel davranışçı terapide bu panik bozukluk modelinden yola çıkılarak bir tedavi protokolü belirlenmiştir. Tedavinin en önemli bileşenlerinden birisi panik atakların ne olduğunun ve yaşanan şeyin doğasının anlatılması yani psikoeğitimidir. Bireyin, psikoeğitim ile panik atakların aslında tehlikeli olmadığını, yalnızca anksiyeteye bağlı bir vücut tepkilenmesi durumu olduğunu anlaması amaçlanmaktadır. Bir diğer bileşeni bilişsel davranışçı terapide çok önemli yeri olan bilişsel yeniden yapılanmadır. Felaketleştirilmiş ve duruma uygun olmayan düşünceler tespit edilip, bu düşüncelerin bilişsel teknikler ile değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Tedavinin bir diğer önemli bileşeni ise maruz bırakmadır. Bireyin kaçındığı durumlara ve yerlere tekrardan sistematik olarak maruz bırakılması ve korkulan yerlerin ve durumların gerçekten tehdit içermediğini anlaması tedavi açısından çok önemlidir. Bunlara ek olarak bireye nefes ve gevşeme egzersizleri öğretilmesi de tedavide çok yardımcı olan bir başka bileşendir.

Bu çalışmada panik bozuklukta bilişsel davranışçı terapinin etkinliği literatür taraması yapılarak ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Sonuç olarak bilişsel davranışçı terapinin panik bozukluğun tedavisi için çok önemli ve etkili bir tedavi seçeneği olduğu ortaya koyulmuştur. Bu konu ile ilgili literatürde vaka çalışmalarının eksik olduğu tespit edilmiştir. Vaka çalışmalarının yapılması hem bilişsel davranışçı terapinin etkinliğinin daha net olarak görülmesi hem de klinik pratikte klinisyenlere rehber olabilecek bir yanının olduğu düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili çalışma yapacak araştırmacılara vaka çalışmaları yapmaları önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Alkın, T. (2002). Birinci basamakta panik bozukluğu tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 5(3), 22-31.
- Ateş, N. ve Arcan, K. (2018). Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(3), 61-78.
- Bakker, A., Van Balkom, A. J., and Stein, D. J. (2005). Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(3), 473-482.
- Bal, U., Çakmak, S., ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Barrera, T. L., and Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090.
- Başaran, S. K., ve Sütçü, S. T. (2016). Panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 79-94.
- Beck, J. S., ve Beck, A. T. (2018), *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi*, Çev. M. Şahin, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2. Baskı.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M. H., and Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 213-224.
- Çıtak, S. (2018). Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları: Psikoterapi ve Farmakoterapi *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 141-149.
- Davis, M., Walker, D. L., Miles, L., and Grillon, C. (2010). Phasic vs sustained fear in rats and humans: role of the extended amygdala in fear vs anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 105-135.
- Fentz, H. N., Hoffart, A., Jensen, M.B., Arendt, M., O'Toole, M.S., Rosenberg, N.K. and Hougaard, E. (2013). Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: the role of

panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 579-87.

Funayama, T., Furukawa, T. A., Nakano, Y., Noda, Y., Ogawa, S., and Watanabe, N. (2013). In-situation safety behaviors among patients with panic disorder: Descriptive and correlational study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 332-339.

Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L.-G., Tangen, T., Kvale, G., and Hovland, O. J. (2016). Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 40-51.

Hazlett-Stevens, H. and Craske, M. G. (2002). Brief cognitive-behavioral therapy: Definition and scientific foundations. En F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 1-19). Chichester, U.K: John Wiley & Sons.

Helbig-Lang, S., and Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 218-233.

Helbig-Lang, S., Richter, J., Lang, T., Gerlach, A. L., Fehm, L., Alpers, G. W. and Wittchen, H. (2014). The role of safety behaviors in exposure-based treatment for panic disorder and agoraphobia: Associations to symptom severity, treatment course, and outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 836-844.

Karakaya, E., ve Öztop, D. (2013). Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 10-24.

Karamustafaloğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Kart, A., ve Türkçapar, M. H. (2013). Agorafobik Bilişler Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 162-166.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., and Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415-424.

Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M., ve Erkmen, H. (2003). Panik bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam*, 6, 219-22.

Kring, A. M. and Jonhson, S. L. (2015) Anormal Psikolojisi (M. Şahin, Çev. Ed.). Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara.

Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfeld, D., Bluett, E. J., and Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, 42, 72-82.

Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., and Shapiro, T. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 34-43.

Örsel, S., Güriz, O., Akdemir, A., ve Türkçapar, H. (2003). Panik Bozukluğu Alt Tiplerinin Belirtiler Açısından Araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 204-212.

Özcan, Ö., ve Çelik, G. G. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2), 115-120.

- Özdel, K. (2015). Düünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Pilecki, B., Arentoft, A., and McKay, D. (2011). An evidence-based causal model of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 381-388.
- Piştöf, S., ve Şanlı, E. (2013). Bilişsel davranışçı terapide metafor kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 182-189.
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., and Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD011004.
- Porter, E., and Chambless, D. L. (2015). A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42, 179-192.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., and Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *The Lancet*, 368(9540), 1023-1032.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., and Gelder, M. G. (1996). Cognition behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5-6), 453-458.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., and Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 559-574.
- Sarp, A., Arık, A. C., Güz, H. Ş. A., ve Abanoz, Z. (2010). Panik bozukluğunda olası alt tipler. *Türk Psikiyatr Dergisi*, 21, 269-279.
- Savaşır, I., Soygüt, G. ve Barışkın, E. (2009). *Bilişsel-Davranışçı Terapiler*, 4. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., and Cook, J. (2000). Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 417.
- Scocco, P., Barbieri, I., and Frank, E. (2007). Interpersonal problem areas and onset of panic disorder. *Psychopathology*, 40(1), 8-13.
- Suadiye, Y. ve Aydın, A. (2009). Anksiyete bozukluğu olan ergenlerde bilişsel hatalar. *Klinik Psikiyatr Dergisi*, 12(4), 172-179.
- Telch, M. J., and Lancaster, C. L. (2012). Is there room for safety behaviors in exposure therapy for anxiety disorders? In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Eds.), *Exposure therapy: Rethinking the mode-Refning the method* (pp. 313-334). New York: Springer.
- Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(3), 5-13.
- Türkçapar, H. M. (2018). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*, İstanbul, Epsilon Yayıncılık, 13. Baskı.
- Uzday, İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.