

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.13771252>

Accepted: 09.08.2024

Panik Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Üzerine Derleme

Rewiev on Panic Disorder and Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Melike KARABAYIR

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
karabayirmelike@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-8061-3180>

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Lefkoşa, KKTC
meryemkaraaziz@neu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu derleme çalışmasının amacı panik bozukluğu yaşayan bireylerde BDT ekolünün kullanımını incelemektir. Yapılan bu çalışmada derleme yöntemi kullanılmış olup saha çalışması ya da herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Google Akademik, veri tabanında 2000-2024 yılları arasında Türkçe ve İngilizce dilinde basılmış ilgili anahtar kelimelerle özet veya bütün metninde erişilebilen çalışmalar derlenmiştir. Bu çalışmalar olgu sunumlarından ve derleme makalelerinden oluşmaktadır. Bu çalışma sonucunda BDT'nin tedaviye uyumu artırıcı ve iyileşmeyi hızlandıran bir terapi yöntemi ve kısa süre içerisinde sonuca ulaşabilme yönünden etkin bir yöntem olduğu görülmüştür. Bu derlemenin bulguları PB yaşayan bireylerde BDT terapisi uygulandıktan sonra belirtilerin büyük oranda azaldığı ve ortadan kaybolduğu bulunmuştur. Bu sebeple de BDT terapisi etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: panik bozukluk, PB, bilişsel davranışçı terapi, BDT

Abstract

The aim of this review study is to examine the use of CBT (Cognitive Behavioral Therapy) in individuals with panic disorder. A compilation method was employed in this study, and no fieldwork or scale was utilized. Relevant studies in Turkish and English languages published between 2000-2024 were compiled from the Google Scholar database, accessible either through abstracts or the entire text. These studies consist of case presentations and review articles. As a result of this study, CBT was observed to be an effective therapy method that enhances treatment compliance and accelerates recovery, and it is effective in achieving results in a short period. The findings of this review indicate that after the application of CBT therapy in individuals with panic disorder, symptoms significantly decreased and disappeared. Therefore, CBT therapy is considered an effective method.

Keywords: Panic disorder, PD, cognitive behavioral therapy, CBT

Giriş

Anksiyete bozukluğu, duruma uygun olmayan zamanlarda meydana gelen asabiyet, tedirginlik ve tetiklenme ile tanımlanabilecek bir duygu durum halidir (Öz,2017). Bireyin kaygıya maruz kaldığı zamanda veya ileri ki dönemlerde ne şekilde maruz kalacağına belirsiz olması ve hatta maruz kalma ihtimali olmayacak sübjektif bir durumla ilgili huzursuzluk ve endişe hissetme hali olarak ifade edilebilir (Şahin, 2019). Anksiyete Bozukluğu, yoğun bir şekilde endişe hali ve korkma hali kriterlerini gösteren, duygusal, kognitif ve davranışsal problemlerinde olduğu bozukluktur. DSM-5 içeriğine göre anksiyete bozukluğu kategorisinde panik bozukluğu da ele alınmaktadır (Öz, 2017).

Panik atak kavramı artık çoğunlukla birçok insanın duyduğu ve bildiği kavram olmasına rağmen bir yandan da panik atak ile ilgili yeterli bilginin olmadığı bir duygu halidir. Kişi, dışarıdan veya içeriden gelecek olan herhangi bir tehlike arz eden durum mümkün olmadığına bilincinde dahi olsa bedeninin adrenalin hormonu salgılayarak bu durumu yineleyici şekilde yaşamış olması PA belirtisi şeklinde tanımlanabilir (İskifoğlu,2016). Panik atak, kalp çarpıntısı, vücutta titreme, nefes almakta zorluk, bedende uyuşma veya korkunç durumlar olacakmış hissiyatı veren birden çıkan korku nöbetleri şeklinde belirtilirken, panik bozukluk (PB), beklenilmeyen panik ataklar yaşama durumu ile meydana gelen bir bozukluktur (Kaya, 2020).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), fikirlerimizin, duygularımızın ve davranışlarımızın belirlediğine dair ifadelerde bulunan yapılandırılmış terapi yöntemidir (Özcan & Çelik, 2017). BDT tedavi yöntemi, psikoterapi kapsamında tercih edilen yaklaşımlar içinde en çok tercih edilen teknik olarak karşımıza çıkmaktadır (Bengisoy, Özdemir, Erkıvanç, Şahin & İskifoğlu,2019). Yapılan araştırmalara göre, bilişsel davranışçı terapinin PB tedavi sürecinde etkili bir teknik olduğunu vurgulamaktadır. Terapi sürecindeki tedavi ile ilgili süreçler, danışanın beklediği ve sonucunda ulaşmak istediği amaçlar danışanla beraber hazırlanmalıdır (Yücel & Karaaziz,2023).

Panik Bozukluk, bireylerin panik atak duygu durum hali ile hayatlarında sosyal-ışlevsellikte şiddetli bozulmalarda beraberinde olmak üzere yıkıcı ve zorlayıcı bir psikolojik bozukluktur. Literatürde, BDT tedavi yönteminin PB üzerinde en etkili ve en sık karşılaşılan bir teknik olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, BDT tekniğinin panik bozukluk üzerindeki etkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Panik Bozukluğun Tanımı

Panik bozukluğun kelime anlamına baktığımızda panik “Panikos” kelimesi, adı Pan olan Yunan tanrısından gelmektedir. Pan, yarı insan yarı keçi niteliklerine sahip olan ormanların ve insanların tanrısıdır. Bütün tanrılara şaka yaparak onları güldürdüğü için “tüm” anlamının karşılığı olan “pan” ismi verilmiştir. Pan, ormanda bulunan insanların önüne bir anda çıkarak ve uyuyan insanları çığlıkları ile uyanmalarına sebep olarak içlerinde korku ve dehşet duyguları yaşamalarına sebep olurmuş (Tükel & Aydın, 2006). PB tekrar eden, bir anda panik atakları ile seyreden ve en az 1 ay süren, bir daha bir atağın olması ile ilgili devamlı bir kaygı duyma, bu ataklardan ötürü korku hali veya ölmekle ilgili tedirgin olma veya ataklara sebep olan yer veya mekanlardan kaçınma hali ile karşımıza çıkan bir tablodur (Pınar, 2017). Panik atak durumları sıklıkla, ani olarak meydana gelen, korku ve endişe veren bir şeyin olacağına dair beklenti ile başlayan fiziksel semptomlarla gözükken çok kısa zamanda yüksek düzeye gelen ve 10-15 dakika ile bir saat aralığında devam eden şiddetli kaygı nöbetleridir (Saltukoğlu & İskender, 2021). Hissedilen kaygı ile bazı bedensel veya kognitif semptomlarda panik atak altında meydana gelmektedir. Panik atak durumu yaşayan bireylerde, nefes almakta güçlük çekme, kalpte çarpıntı hissiyatı, mide sorunları, vücutta terleme ve uyuşma şeklinde fiziksel belirtiler gözlenebilmektedir (Aygün, 2019). Kişinin oto kontrolünü kaybedeceği düşüncesi,

ölmekten yana yoğun endişe duyması, delireceği hissiyatı ve kalp krizi gibi durumlar yaşayacağından korkması gibi kognitif semptomlar kapsamında gözükmetedir (İskender, 2021). Belirtilerin meydana geldiği süre 5-10 dakika arasındır ve zaman içinde en yüksek seviyesine ulaşan belirtiler sonradan ortadan kalkmaya başlar (Aygün, 2019).

Panik bozuklukla beraber görülen duygu durumlarından bir tanesi de "agorafobi"dir. Agorafobi kavramsal köken olarak Yunanca agora sözcüğünden gelmektedir (Aygün, 2019). Agorafobili panik bozukluk ve agorafobisiz panik bozukluk olarak iki şekilde gözlemlenmektedir (Saltukoğlu & İskender, 2021). Yoğun bir kaygı şeklinde gözlemlenen agorafobili panik bozuklukta, toplu taşıma servislerinde, kapalı veya açık alan sosyal aktivitelerinde (tiyatro, sinema, avm vb.) sıklıkla görülmektedir. Bu yerlerde kişinin yalnız olması kaygı düzeyindeki artışa da sebep olmaktadır. Bu yoğun endişe haline açıklık getirebilmek için birbirinden farklı en az iki yerde yineleyici şekilde meydana gelmesi gerekmektedir (Aygün, 2019). Agorafobili panik bozukluk klinik tabloda ve çevrede birlikte sık görülme oranı değişkenlik gösterebilmektedir (Saltukoğlu & İskender, 2021).

Aynı zamanda klinik görünümde panik bozukluğu ile sıklıkla depresyon beraber görülmektedir. Yapılan literatür taramalarında bazı çalışmalarda panik bozukluk teşhisi olan bireylerde depresyon eş tanısı olduğuna dair bilgilerde gözlemlenmiştir (Öz, 2017).

Panik Bozukluğun Etiyolojisi

Panik bozukluğu ilk çıktığı tarihten beri biyolojik ve kardiyovasküler özellikler ile beraber gözükteği tanımlandı (Pınar, 2017). Panik bozukluğun ilk tanısından itibaren ve tedavi sürecindeki zaman aralığının fazla olması ile bireylerin küçük yaşlarda bu rahatsızlık tecrübesini yaşaması sosyal- toplumsal veya mesleki anlamda işlevselliklerindeki problemlerin artışında daha büyük sorunlar yaşayabileceklerini belirtmişlerdir. Bireydeki bozukluğun yıllarca sürmesi, alışkanlık olarak alkol bağımlılığına, işlevselliklerde bozulmalar görülmesine, ilaç içme de ve sık sık hastaneye gitme durumlarında belirgin bir problem yaşamalarına neden olabilmektedir (Kaya, 2020).

Biyolojik Etkenler

PB tanısı almış bireylerde birinci derece yakın akrabası olanlarda görülme ihtimali %15'e kadar çıktığı belirtilmiştir. Ailede bir kişi anksiyete bozukluğu, çökkün duygu durumu veya bir bağımlılık tanısı almış ise kişinin genetik ve biyolojik özelliklerinden dolayı panik bozukluk yaşama ihtimali çok daha fazladır (Pınar, 2017). Literatür taramasında yapılan aile ile ilgili çalışmalar ve ikiz kardeşlerle ilgili yapılan çalışmalarda bozukluğun genetik olarak geçebileceği belirtilmektedir. Bu tanıma göre, yakın akrabalar arasında diğer gruplara göre daha fazla görüldüğü bilgisi ortaya konmuştur (Ilıcak, 2020).

Sosyal Etkenler

Genetik ve biyolojik nedenlerin yanı sıra kişide yoğun stres ve kaygı yaratacak travmatik yaşam olaylarının da panik bozukluğa neden olabileceği belirtilmiştir (Uğuz, 2019). Panik bozukluğu tanısı almış kişilerin çocukluk dönemlerinde de ihmal ve istismar durumları bakımından yapılan tarama çalışmalarında tanı alanların çocukluk dönemi kötüye kullanım durumlarının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmaya katılanların %66.7'sinde bedensel ihmal, %61.3'ünde duygusal olarak ihmal yaşadıkları vurgulanmıştır (Aktay & Sayar, 2021).

Psikolojik Etkenler

Psikolojik olarak yapılan müdahaleler panik atak süreçlerinde azalmaya sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalar laboratuvarında meydana getirilen ataklar içinde olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bundan dolayı panik bozuklukta biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik etmenlerde oldukça önemli olmaktadır (Yüksel, 2002).

Panik Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Panik bozukluğunun yaşam boyunca prevalans oranı %1-5-3 aralığında değişkenlik gösterirken, panik atağın oranı ise %3-4 aralığında olmaktadır. Yapılan çalışmaların birinde 1 aylık, 6 aylık ve yaşam boyu prevalans oranı %0.5, %0.8 ve %1.6 şeklinde saptanmıştır. Yine başka bir çalışma gözden geçirildiğinde kadınlarda bu oranların daha fazla çıktığı gözlemlenmiştir. Kadınlarda panik atak yaşama risk faktörü olarak 25-44 yaş aralığında daha sık ve şiddetli yaşandığı belirtilmiştir (Özakkaş, 2014).

Panik bozukluğuna göre panik atak duygu durum hali daha sık görülmekte ve ömürleri boyunca hayatlarının bir kısmında kişilerin üçte birinde görülmektedir (Pınar, 2017).

Türkiye’de yapılmış olan bir çalışmada panik atak sıklığı %3.4 olarak gösterilirken panik bozukluk ise %0.2 şeklinde gösterilmiştir. Son bir yılda yapılmış olan çalışmanın sonucuna göre ise sıklığı %0.4 şeklinde bildirilmiştir (Aygün, 2019).

Panik bozukluk, toplumda kadınlarda iki buçuk kat daha sık rastlanmakta ve ömür boyunca sıklığı %1.4 – 3.8 şeklinde ifade edilmektedir. Panik bozukluğu tanısı almış kişilerin %91’i ve agorafobili panik bozukluğu olan kişilerin %84’ünde minimumda bir tane psikiyatrik bozukluk eşanı rastlanmaktadır. Panik bozukluğun diğer başka bir kaygı bozukluğu ile görülmesi ise %37 şeklinde belirtilmiştir (Kaya, 2020).

Panik bozukluğu tanısının başlama yaşı 25 yaş olarak belirtilmektedir. Hayat boyu herhangi bir zaman diliminde meydana gelirken en yaygın olarak geç buluş çağı ile otuzlu yaşlar aralığında da görülebilmektedir. Bekar olanlar ve şehir hayatı yaşayan bireylerde başka gruplara karşın iki kat daha fazla panik bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır (Saltukoğlu & İskender, 2021).

Panik Bozukluğunun Belirtileri

Panik atak teşhisi olan bireylerin göstermiş olduğu semptomlar ve yoğunluğu kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Panik atak, beklenti kaygısı ve agorafobi (açık alan korkusu) gibi üç temel belirtiden oluşmaktadır (Tamam, 2009). Panik bozukluğun açıklaması ne kadar beklenmedik, aniden gelişen bir durum olsa da bazı durumlarda bu şekilde karşımıza çıkmayabiliyor. Bazı hastalar, panik atak semptomlarını göstermeden bir süre önce bir rahatsızlık ya da yaşamlarını etkileyecek bir kaza yaşadıklarını, sevgili veya eşleri ile ilişkilerini bitirdiklerini veya gebelik sonucunda bu tablonun oluştuğunu da belirtmektedir. Bu gibi durumlar ilk yaşanacak atağı alevlendirmiş olabilir fakat sonraki ataklar aniden ortaya çıkan ataklar olacaktır (Tamam, 2009). Panik atak başka şekillerde meydana gelebilmektedir. Direkt kişiyi tetikleyebilecek bir durumdan ya da yaşam olayından oluşabilir fakat net bir şekilde açıklanabilecek sebep olmadan da birden ve rastgele yaşanabilirler. Panik atak yaşama durumunun kişinin veya kişilerin yaşamında ciddi şekilde rahatsızlık verebilecek boyutta veya ürkütücü tecrübelerden olduğu söylenmektedir. APA, vücudu tehdit eden o ani gelişen durumun 15 saniye olabileceğini fakat belirtilerin bazen 30 dakika bazen daha uzun zaman ya da saatler alabileceğini tanımlamıştır (Pınar, 2017). Panik atağın kişinin üzerinde yarattığı huzursuzluk ve tedirginlik hissiyatı atak bitmiş olsa bile devam etmektedir. Kişi bu yaşananlardan sonra tekrardan bir atak geçireceğine dair beklenti kaygısı duymaya başlamaktadır. Aslında beklenti

kaygısı dediğimiz yeniden bir atağın yaşanmasına dair duyulan korku halidir. Bu yeniden bir atak yaşamaya karşı duyulan korkunun yanı sıra hangi zaman gerçekleşecek, ne zaman olacak bunların belirsizliği ve eğer bir atak daha yaşanırsa sonucunda ne olacak şeklinde sonuçlarla alakalı şiddetli bir kaygı içinde bulunmaktır (Saltukoğlu & İskender, 2021). Panik bozukluğu teşhisi almış insanlar, beklenti kaygıları olduğundan fazlasıyla tedirgin ve huzursuz olabilirler çünkü diğer atak ne zaman gelecek asla bilemezler (Pinar, 2017). Agorafobi yaşayan bireyler tek başına olduklarında da yoğun bir tedirginlik yaşarlar. Agorafobili bireyler, kendilerini rahat hissettikleri yerlerden uzaklaştıklarında çoğunlukta yanlarında birilerinin kendisine eşlik etmesine ihtiyaç duyarlar. İlk meydana gelen ataktan birkaç gün ya da birkaç yıl gibi bir zaman diliminde oluşmaktadır. Bazı durumlarda panik atak tedavi edildiğinde agorafobide de düzelmeler meydana gelmektedir bazı durumlarda ise panik atak tedavi edilse dahi agorafobi devam etmektedir. (Saltukoğlu & İskender, 2021).

Panik Bozukluğunun Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuramların panik bozukluğuyla alakalı getirdiği düşünce, kaygı uyarmasına sebep olan uyarıcı durumlara karşı olumsuz şekillenen savunma düzenekleri ile alakalı olduğudur. Bireyde basit bir kaygı uyarmasına neden olan uyarıcı dehşet ve tedirginlik duygularını artırarak, bedensel belirtilerle birlikte gözlenmektedir (Özakkaş, 2014). Freud'a göre, kaygının aşırı düzeyde meydana gelmesine neden olan durum travmatik kaygı ortaya çıktığında benliğin iç ve dış uyarıcılardan oluşan kaygıya yetememesidir. Travmatik kaygı dediğimiz güncel dönemimizde kaygının panik bölümü olmaktadır. Freud'un açıklamalarını göz önünde bulundurduğumuzda nevroitik kaygıyı; yaygın tedirginlik ve beklentiler, belli başlı nesnelere veya olaylara karşı fobik bozukluklar ile tekrarlayan kaygı, içten ve dıştan meydana gelen uyarıcılar olmadan aniden oluşan kaygılar şeklinde üç kategoride ayırmaktadır. Freud, panik bozukluğu üçüncü kategoride tanımlamaktadır. Panik atakları yaşayan birey, somatik belirtiler gösterdikçe ölüm endişesi tekrarlar ve beraberinde oto kontrol kaybetme korkusu ve çıldırma düşüncesi gözlenir. Kohut ise parçalara ayrılma ve yok olma şeklinde iki kategori daha eklemiştir. Parçalara ayrılacağına karşı endişe duyan birey, kaybedileceğine dair şiddetli kaygı yaşamaktadır. Yok olma endişesi yaşayan birey ise benliğinin ve varoluşunun kaybına karşı kaygısı olmaktadır. Bu kategoriler, panik bozukluğundaki çıldırma ve ölüm endişeleri ile bütünleştirilebilir (Aygün, 2019). Psikanalitik yaklaşımda agorafobiye baktığımızda, seperasyon anksiyetesi ve çocukluk yaşantısında ebeveyn kaybı ile kaynaklanan patolojik bir durum söz konusu olmaktadır. Agorafobi yaşandığında represyon, konum değiştirme, kaçma davranışı ve sembolizasyon gibi savunma düzeneklerine başvurulmaktadır. Çocuklukta yaşanan bu olumsuz durumlar, sinir sisteminde etki bırakabilir, gençlik çağında kuşkucu ve kaygılı bir kişiliğin oluşmasına neden olabilir (Uğuz, 2019).

Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım kuramına göre, kaygı bozuklukları ebeveynlerden taklit ederek öğrenilen ya da klasik koşullanmayla oluşan öğrenilmiş bir durumdur (Uğuz, 2019). Panik bozukluğun davranışçı yaklaşımı klasik şartlandırmaya uzanmaktadır. Bu şartlandırma belli bir sırayla düzenden oluşmaktadır. Bu düzene göre kişi, kendisini etkileyen olumsuz bir yaşam olayı tecrübe eder ve ardından anksiyete yaşar. Anksiyete yaşadığı esnada bedensel semptomlar gösterir ve semptomların hayatını tehdit ettiğine dair düşünceler geliştirir. Bu düşüncelerin ardından panik atak semptomları yaşar ve bu durumun sıklıkla yinelenmesiyle PB meydana gelmektedir. PB sahip hastalar, bazı olay ve durumlardan endişe duymayı öğrenir ve bu

olaylardan veya durumlardan uzaklaşmaya başlar ve bu davranışta anksiyete düzeylerinde azalma olmasını sağlamaktadır. Panik bozuklukta, panik ataklar dâhili fiziksel duyuların tetiklenmesiyle başlayarak, dıştan gelen bir uyarıcı ile birleşir ve dâhili uyarılarla şartlanmaktadır (Kaya, 2020).

Nesne İlişkileri Kuramı

Uygulamalı ve araştırma alanlarında bilinmekte olan psikodinamik esaslara uzanan bir kuramdır. Nesne ilişkileri kuramı hem sağlıklı kişilerin hem de patolojik kişilerin evrimini tanımlayabilmek adına çok önemli bilgiler sağlamaktadır. Esasında, dürtü gereksinimin giderilmesi dışında ilişki/iletişim sağlayabilme hedefi mevcuttur. Bireylerin nesnelere ilişki halinde olması birincil motivasyondur. Nesne ilişkileri kuramı doğrultusunda, hayat üç bölüm (benlik, nesne ve ilişki) zihinsel olarak belleğe işlenmektedir (Karakaya, 2023).

Panik Bozukluğunun DSM- V Sınıflandırılması ve Tarihçesi

PB, belirtileri yönünden bakıldığında uzun yıllardır var olan ve bilinen bir rahatsızlıktır. Ancak yıllardır bilinmesine rağmen uzun bir süre hastalık olarak tanımlanmamıştır. Jacop Mendes Da Costa, panik bozukluğun ilk adını veren kişidir. 1981 yılında koyduğu “irretable kalp” tanımıyla gelmektedir. Bu tanım, bireylerin fizyolojik bir rahatsızlığı olmamasına rağmen şiddetli bir kalp çarpıntısı ve göğüste ağrı hissetmesi üzerine ifade edilmiştir. 1981’li yıllarda askerlerin bu durumla sıklıkla karşılaştıkları da belirtilmiştir (Aygün, 2019). Sigmend Freud’un “anksiyete nevrozu” şeklinde ifade ettiği bu durumu William Osler sonraki senelerde “kalp nevrozu” şeklinde tanımlamıştır. En sık karşılaşılan kaygı bozukluklarından bir tanesidir. Kaygı bozukluğu sınıflandırılmasına rağmen yüz yılı aşkın bir süredir süregelen koroner kalp rahatsızlığı ile bağdaştırılmıştır (Kaya, 2020).

DSM- III kitabında tanı ölçütleri ifade edilene kadar bir hastalık şeklinde ifade edilmiyordu. Agorafobi ise panik bozukluğu içeriğinin içinde incelenmiştir (Uğuz, 2019).

DSM- IV el kitabında da aynı üçüncü kitap gibi agorafobi bozukluğun içinde ona bağlı şeklinde ele alınmıştır. Bozukluğun minimumda bir ay süre ile devam etmesi gerekmektedir ve belirtilerin minimumda dört belirti olması gerekmektedir (Kaya, 2020).

PB’nin DSM- V tanı ölçütleri ise;

A. *Yineleyen beklenmedik panikatakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastığı durumdur. NOT: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.*

1. *Kalp çarpıntısı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.*
2. *Terleme.*
3. *Titreme ya da sarsılma.*
4. *Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma durumu.*
5. *Soluğun tıkanıdığı duyumu.*
6. *Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.*
7. *Bulantı ya da karın ağrısı.*
8. *Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.*
9. *Titreme, üşüme ürperme ya da ateş basması duyumu.*
10. *Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).*
11. *Gerçekdışıcılık (“derealizasyon”, gerçek dışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).*
12. *Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.*

13. Ölüm korkusu.

NOT: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çığlık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B: Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur.

1. *Başka, panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.*
2. *Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.*

C: Bu bozukluk, maddenin (örn. kötüye kullanabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp- akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D: Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkuları toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örselleyici olayların animsaticılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır).

Panik Bozukluğunun Tedavisi

Farmakoterapi ve BDT, panik bozukluğunun en başarılı olan tedavi yöntemlerindedir (Bal, 2010). Farmakoterapi tedavisinde yapılan çalışmalar incelendiğinde panik atakların biyolojik nedenlere bağlı olabileceği gözlenmektedir. Tedavi süresince rahatsızlıktan oluşan fizyopatolojik durumlar ilaç tedavisi ile düzeltilir, ana neden olan biyolojik eğilim ortadan kaldırılır aynı zamanda bireyin işlevsel bozulmaları engellenir. Bu amaçlar doğrultusunda başvurulan ilaçlar; benzodiazepinler ve antidepresanlar şeklindedir. PB, yineleyici bir özellik taşımaktadır ve bu yüzden tedavi en az 12 ay devam etmelidir. PB, tedavi sürecinde sıklıkla karşımıza bir diğer yöntem olarak psikoterapi yöntemi çıkmaktadır. Panik bozukluk tanısı almış bireyler, çeşitli kuramsal psikoterapilerle ve bireysel veya grup terapisi şeklinde tedavi edilmektedir. Panik Bozukluğa sahip olan hastalarda en etkili psikoterapi yöntemi ise bilişsel davranışçı terapi (BDT) olarak gözlemlenmektedir (Aygün, 2019). Sıklıkla çalışmaların yapıldığı detaylı bir geçerliliğe sahip olan terapi yöntemidir (Kaya, 2020).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Tanımı

Fikirlerimizi, ne duyumsadığımızı ve nasıl bir tutum içinde olduğumuzu tanımlayan ve bunun üzerinde duran terapi şeklidir. Öğrenme teorilerini ve kognitif psikoloji genel kurallarından esas alan bilişsel davranışçı terapi, kognitif, davranışsal metotlar ve problemi çözme becerilerine dayalı bütün bakış açılarını kendi içerisinde ele almaktadır (Özcan & Çelik, 2017). Kaygı bozukluklarını içine alan bozukluklarda tedaviyi olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Kaygı bozukluklarında baktığımızda, tekrardan yapı oluşturma ve istenmeyen davranışa maruz bırakma yöntemleri ile karşılaşılması mümkün olan zararların gerçek ve olası maliyetine ilişkin çelişen itikatların düzenlenmesi üzerinde durmaktadır (Kaya, 2020). Aynı zamanda BDT, terapiyi uygulayacak kişinin aktif, saat yönetimi açısından sınırlı ve gelen danışanla birlik içinde olunması gereken bir tedavi yöntemidir. Kişinin hayatına benzer ve

klirik esaslı bir psikoterapi teorisi olmakla beraber deneysel belirgileri de ele almasının önemi vurgulanmaktadır. Genel hipotez ve kurallarını sürdüren aynı zamanda güncel yeni bilgileri de kuramında ele alan bir yapı olmasıyla da bilinmektedir (Saltukoğlu & İskender, 2021).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Tarihçesi

Bilişsel davranış terapi (BDT), eski zamanlara kadar uzanan bir terapi yöntemidir. Watson'ın 1925 yılında yaptığı davranışçı incelemeleri üzerine başladığı da ifade edilmektedir. Yapılan bu incelemeler tedavi şeklinde de kullanılarak pozitif sonuçları günümüze kadar kendisini göstermiştir (Vatan, 2016). Beck, 1960'lı yılların başlangıcında zihin sağlığı için önemli düzeyde katkı sağlayacak gelişmelere adım atmıştır. Tıp alanındaki insanların deneysel incelemelere yakınlık göstermemesinden hoşnut olmayan Beck, kuramların ampirik şekilde de olumlu sonuçlar doğurabileceği düşüncesinin arkasında durmuştur. Beklentiler ve öngörüler zihnin en esaslı nitelikleridir. İnsan, yaşadığı hayatı kendisine has bir şekilde görmektedir ve insan ilişkilerinin nasıl yürütüldüğüne dair kendine özgü teoriler ve modeller üretmektedir. Birey bunun sonucunda hayata ve ilişkilerine yönelik bazı öngörüler oluşturmaktadır. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda BDT, bireyin bilişsel süreçlerinin kendi ruhsal reaksiyonlarında nasıl etkili olabildiğini desteklemektedir. Bu genel kurallar sonucunda ise sağlıklı bireylerin psikolojileri ve patolojik olan bireylerdeki olumlu sonuçlar kognitif teorilerin ortaya çıkışını sağlamıştır. İlk başlarda kognitif terapi şeklinde isimlendirilmiş ve terapistlerin çoğunluğunun olumlu bakması ile bir süre geçtikten sonra BDT (bilişsel davranışçı terapi) ismi alarak değiştirilmiştir (Saltukoğlu & İskender, 2021).

Panik Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi

Panik bozukluk tanısı almış kişilere psikoeğitim verilmesi ilk olarak kullanılan yöntemdir. Psikoeđitimin hedefi, PB tanısı almış kişilere bu hastalık ile ilgili bilgiler vermek ve yaşadıkları problemlerin anksiyete kaynaklı olduğunu anlatmaktır. Maruz bırakma yöntemine baktığımızda ise bireyin kendisine panik atak yaşıtan somatik uyarılar karşısında bırakmaktır. Gevşeme- rahatlatma hareketleri, bireyin kendisini izlemesi veya kognitif yeni bir düşünce yapılandırması panik bozukluğunun tedavisinde sürekli karşımıza çıkan yöntemlerdir (Yücel & Karaaziz, 2023). Ayrıca bir diğer önemi olan teknik alıştırmadır. PB tanısı almış bireyin kaçınma eylemlerinin olmamasını hedeflemektir. Bu bireyler, yaşadıkları ataklarda, bedensel uyarıcıları andıran belirtilerle baş başa kalabilecek bir ortamda bırakılırlar. Burada doğru olmayan değerlendirmelerin yeniden oluşturulması üzerine kognitif yapılandırma tekniğine başvurularak kaçınma eylemlerinin son bulması amaçlanmaktadır (Kaya, 2020). Literatüre bakıldığında incelenen çalışmalarda bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile farmakoterapi (ilaç tedavisi)'nin beraber kullanılması çok daha iyi sonuçlar elde edildiğini göstermektedir (Yücel & Karaaziz, 2023).

İlgili Araştırmalar

Ateş ve Arcan'ın yapmış olduğu olgu sunumunda, 19 yaşında bir erkek danışanın panik bozukluk belirtileri ve terapi sonucu hakkında bilgi verilmiştir. Danışanın, bir yıldır bir ay boyunca tekrarlayan ve geçmeyen kalp çarpıntıları, nefes alamama ve boğuluyormuş gibi hissetmesi, babasının vefatına şahit olması ve sonrasında yaşamış olduğu tedirginlik, endişe, yalnızlık korkusu ardından da kaçınma belirtisi davranışları gibi semptomları mevcuttur. Ayriyeten danışan, kalbinden rahatsız olduğunu sürekli kalp krizi geçirmekten ürktüğünü ve bunlar sonucunda beş kez doktora da gözüktüğünü belirtmiştir. Bu belirtileri yaşayan danışanla 11 seans gerçekleşmiş olup BDT ekolü kullanılmıştır. Seanslar sonucunda, panik atak belirtileri

ortadan kaldırılmıştır. Ayrıca yalnızlık korkusu üzerine çalışılmış ve olumlu sonuca varılmıştır. PB şikayetlerinin şiddetli olduğu bu vakada BDT ekollerinin kullanılması ve şikayetlerin düzelmesi BDT tekniğinin başarılı olduğunu göstermektedir (Ateş & Arcan, 2018).

Toprak ve Karaaziz'in yaptığı olgu sunumunda, 48 yaşında daha öncesinde panik bozukluk tanısı ve ilaç tedavisi alan kadın danışana, bilişsel davranışçı terapi yöntemiyle tedavi süreci incelenmeye çalışılmıştır. Danışanın yaşamış olduğu şikayetlerini iyi yönetebilmesinde ve iyileşme gerçekleşmesinin mevcut olduğu BDT ekolü ile anlatılmış ve yararlı olacağı hedeflenmiştir. Hastanın, nefes almakta güçlük hissi, sol tarafında şiddetli ağrı yaşaması, kalp ritim hızında artış, bitkinlik, bunalma ve enerji yoksunluğu gibi belirtileri mevcuttur. Kendisiyle 6 hafta boyunca 40 dakikalık seanslar mevcut olmakla beraber bu seanslarda bilişsel davranışçı terapi ile ilgili bilgilerde verilmiştir. Hastanın yaşadığı yer ve maddi durumunun elverişli olmaması psikoterapi almasına engel olmuştur. Ancak psikoterapi almaya karar verdiği noktada 12 ile 15 seansta BDT ekolü ile yaşadığı şikayetlerin azalacağı düşünülmektedir (Toprak & Karaaziz, 2022).

Aksakallı ve Karaaziz'in yaptığı olgu sunumunda, 15 yaşında olan erkek danışan deneme sınavı ardından yaşamış olduğu ataktan sonra titremeler, gastrointestinal problemler, nefes almada zorluk çekme hissi, baş dönmesi, kalp ritminde artış ve sıcak basması gibi panik bozukluğa dair belirtiler yaşamıştır. Bu belirtileri yaşayan danışanın BDT terapisi ile PB belirtilerinin en aza indirgenmesi ve yok edilmesi hedeflenmiştir. 45 dakika süren toplam 10 seans gerçekleşmiştir. Bunun dışında ek olarak danışanın ruhsal durumu, tıbbi ve psikiyatrik öyküsü de değerlendirilmiştir. Seanslar sonucunda, danışanın şikayetçi olduğu belirtilerin azalması ve yok olmasında seanslardaki BDT tedavi teknikleri başarılı sonuç alınmasını sağlamıştır. Ayrıca tüm bunların yanı sıra danışanında tedaviye süreklilik sağlaması ve terapistle beraber çalışma isteği de olumlu sonuçlar alınmasında fayda sağlamıştır (Aksakallı & Karaziz, 2023).

Sonuç ve Öneriler

Kaygı bozuklukları genel haliyle kişilerin hayatını, sosyal, mesleki ve toplumsal işlevselliklerini ve ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen bozukluklardır. Kaygı bozukluklarının içinde yer alan Panik Bozukluk, birden bire meydana gelen ataklarla kişide fazlasıyla endişe yaratarak hayatı olumsuz etkiler. Panik bozukluk yaşayan bireyler çoğunlukta kendilerini fiziksel yönde hasta zannederler, ikna olmazlar ve tekrarlayıcı şekilde araştırma yönelik davranışta bulunurlar. Bu yüzden PB teşhisi alan bireylerinde iyi bir terapist tarafından kendine en uygun olacak bir terapi yöntemiyle süreklilik sağlayarak tedavi olması gerekir. Literatürü incelediğimizde, panik bozukluk tedavisi için sıklıkla psikoterapi ve farmakoloji yöntemleriyle karşılaşmaktayız. Ancak karşımıza en sık çıkan ve en çok önerilen bilişsel davranışçı terapi (cognitive behavioral therapy) yönteminin PB tedavisinde en iyisi olduğuna dair bilgiler görmekteyiz. Panik bozukluk tedavisinde BDT yöntemine baktığımızda, kişilerde doğru olmayan ve çarpık şekilde oluşan düşünceleri BDT yöntemiyle değiştirilmesi hedeflenmektedir ve baş etme stratejilerinin artmasında fayda sağlamaktadır. Panik bozukluk tedavisinde düzenli uyku ve egzersizlerin hatta nefes egzersizlerinin de işe yaradığı söylenmektedir. BDT tedavi şekli bu yönlerden de panik bozukluk teşhisi almış bireylerin iyileşmesine yönelik fayda sağlamaktadır.

Bu çalışmaya baktığımızda, BDT tedavi şeklinin PB için en etkili yöntemlerden olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, BDT diğer tedavi yöntemlerine göre en hızlı en etkili ve kalıcı bir fayda sağlayan yöntemlerden olduğu düşünülmektedir.

Kaynakça

- Aksallı, G., & Karaaziz, M. (2023). Bir Panik Bozukluğu Hastasının Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemiyle Tedavisinin İncelenmesi: Olgu Sunumu. *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 123-140.
- Aktay, M., & Sayar, G. H. (2021). Psikiyatrik Bozuklukların Psikososyal Yönü. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(1), 48-55.
- Ateş, N., & Arcan, K. (2018). Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 5(3), 61-78.
- APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aygün, I. (2019). *Panik Bozuklukta Ayrılık Anksiyetesi ve Bağlanma Biçimlerinin İlişkisi* (Doctoral Dissertation, Yüksek Lisans Tezi). Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.
- Bal, U. (2010). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). *Çukurova Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana*.
- Bengisoy, A., Özdemir, M. B., Erkıvanç, F., Şahin, S., & İskifoğlu, T. Ç. (2019). Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 9(54), 745-793.
- İlıcak, A. (2020). Hastalık Kaygısı Bozukluğu ile Panik Bozukluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.
- İskifoğlu, T.Ç. (2016). Kaygı Bozukluğunun Bir Türü Olan Panik Bozukluğuna İle Terapi Yöntemleriyle Beraber İncelenmesi. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counselling ISSN: 1300-7432*, 5(2), 71-78.
- Karakaya, B. (2023). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması yüksek ve düşük olan bireylerin psikodinamik açıdan değerlendirilmesi.
- Kaya, M. S. (2020). Panik Bozukluk Tanısı Almış Bireyler İle Sağlıklı Bireylerin Bazı Psikodinamik Yapılarının Objektif ve Projektif Testler İle Karşılaştırılması.
- Öz, Ö. (2017). *Panik Bozuklukta Öfke v Bilişsel Duygu Düzenlemenin İncelenmesi* (Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Özcan, Ö., & Çelik, G.G. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.
- Özakkaş, T. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi.
- Pinar, E. (2017). *Panik Bozukluğu Tanısı Olan Yetişkin Bireylerde Benlik Saygısı İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Saltukoğlu, G., & İskender, N. N. (2021). Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme: Literatüre Kısa Bir Bakış.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) hastalıkları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6 (10), 117-135.
- Tamam, L. (2009). Panik bozukluk. *Actual Medicine Dergisi*, 32-38.
- Toprak, F. ve Karaaziz, M. (2022). Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Derleme: Bir Vaka Sunumu. *Pearson Journal* 7 (22), 75-84.
- Tükel, R., & Alkın, T. (2006). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Uğuz, B. (2019). *Panik Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Yanlış Baş Etme Stratejileri, Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisi* (Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Yücel, D. ve Karaaziz, M. (2023). Bilişsel Davranışçı Terapinin Panik Bozuklukta Ele Alınması: Vaka Sunumu. *Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Dergisi* 5 (1), 45-55.
- Yüksel, N. (2002). Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 14-21.