



KAYGI BOZUKLUĞUNUN BİR TÜRÜ OLAN PANİK BOZUKLUĞUNA İLE TERAPİ YÖNTEMLERİYLE BERABER İNCELENMESİ

AN INVESTIGATION INTO PANIC-DISORDER AS A PART OF ANXIETY-DISORDER REGARDING FAMILY THERAPY METHODS

Tubanur ÇELİK İSKİFOĞLU

Lefke Avrupa Üniversitesi Dr Fazıl Küçük Eğitim Fakültesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Lefke, KKTC

tbnrcelik@gmail.com

Özet

Bu çalışmanın amacı; panik bozukluk sebebiyle panik atak yaşayan insanların tedavilerinde dikkate alınabilecek olan aile terapi yöntemleri ile ilgili kısa bir derleme yaparak ilgili literatüre hem katkı sağlamak hem de popüler olmasına rağmen hakkında çok az yayın bulunan bu konuya dikkat çekmektir. Bu sebeple; kaygı bozukluğu ve buna bağlı oluşan panik bozukluk ve panik atak kavramları tanımlanmış ve bu tanımlamalardan elde edilen çıkarımlara bağlı olarak hangi aile terapi yöntemlerinin uygun olacağı ve nasıl uygulanması gerektiği ile ilgili literatür destekli açıklamalara yer verilmiştir. Buna göre; panik bozukluk kaygı bozukluğunun altında bulunan türlerden sadece biridir. Toplumumuzda panik bozukluğun atağa geçmiş durumu olan panik atak diğer hastalıklarla karıştırılmakta ve Türk Literatüründe fazla bilinmeyen panik bozukluk gelişen teknoloji ve stresli yaşam biçimiyle günümüzde çok fazla yaygınlaşarak devam etmektedir. Toplumumuzda panik bozukluğu olan çoğu insan bu durumu kabullenmek ve tedavi olmak yerine bu durumun kaderleri olduğuna inanır ve bu şekilde yaşamaya çalışarak hem kendilerini hem de ailesinin hayatını zorlaştırırlar. Tedavi sürecinde ise en etkili ve ilaçsız tedavi yöntemi olan BDT'nin kişinin beyin yapısındaki nörolojik ağa etki ettiği Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme yani fMRI (functional magnetic resonance imaging) olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kaygı bozukluğu, panik bozukluk, panik atak, BDT.

Abstract

The aim of this study is to conduct a short review of the related literature about panic attack, panic disorder, and anxiety disorder, of which many suffer although little known about them and the family therapy methods, which have been frequently considered for the healing process of the psychological state. For this reason, the first attempt was to define anxiety disorder and panic disorder. Review continued with elaborating on the factors causing panic disorder and panic attack. Following that, the sort of family therapy method, which is needed in regard to the nature of the attack, has been negotiated on the basis of the definitions derived from the related literature. The results of the review yielded that in our culture panic attack syndrome caused by panic disorder is being confused with other types of anxiety disorder since the symptoms are quite similar. The related literature, which defined panic disorder and other anxiety types have been mostly based on Western culture and represent their understanding of the problem. According to western expressions, the best therapy method is the Cognitive Behavioral Therapy formed by family therapy methods and the most contemporary method of detecting panic disorder is the use of Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI), which physically shows evidence regarding the existence of panic disorder.

Keywords: Anxiety disorder, panic disorder, panic attack, CBT.

Giriş

Panik atak günümüzde hemen hemen herkesin aşına olduğu veya bir yerlerden işittiği bir terim olmasına rağmen aslında hakkında çok az şey bildiğimiz bir duygu durumudur (Köroğlu, 2010). Genç yaşlı bir çok kişinin muzdarip olduğu bu durumun tam olarak ne olduğu, hangi faktörlerden etkilenecek ortaya çıktığı, sebep sonuç ilişkisi içerisinde nasıl çözümleneceği ve nasıl tedavi edileceği ile ilgili çalışmaların eser miktarda olduğunu görmekteyiz. Panik atağın, özellikle bizim kültürümüzde tecrübe edenler tarafından nasıl tanımlandığını bilmememiz kendi kültürümüze ve insanımıza uygun bir tanım getirme sürecini de uzatmaktadır. Ancak konuya ilişkin yapılmış çalışmalardan yola çıkmaya çalıştığımızda ise yapılan çalışmaların alan yazın içerisinde dağınık olduğu ve bir bütün arz etmedikleri için dikkat çekmedikleri düşünülmüştür (Köroğlu, 2010). Panik atağın tam anlamıyla ne olduğu, nasıl tanımlandığı ve güncel tedavi yöntemlerinin neler olduğu ile ilgili alan yazındaki verilerin dağınık oluşu bu derleme çalışmasının gerekliliğini gündeme getirmiştir. Bahsedilen bu durum dikkate



alındığında bu çalışmanın amacı hem dünya literatürünü hem de Türk literatürünü tarayarak panik atak sendromunun tam olarak ne olduğunu, nasıl geliştiğini, dinamiklerinin ve tetikleyicilerinin neler olabileceğini, nasıl teşhis edileceğini ve tedavi yöntemlerindeki güncel gelişmelerin neler olduğunu derleyerek açıklamaktır.

Yöntem

Bu çalışması nitel araştırma paradigmasına bağlı olup içerik analizi ve betimsel derleme teknikleri kullanılarak yürütülmüştür. Bu derleme çalışmasının yürütülmesi esnasında dikkate alınacak eserlerin hangileri olacağına çalışmanın amacındaki sınırlılıklara bakılarak karar verilmiş olup, makalelerin analize dahil edilme kriterleri veya analizden çıkartılma kriterleri buna göre geliştirilmiştir (Hsieh ve Shannon, 2005). Dünya literatürü taranırken Thomson Reuters ajansına bağlı Social Science Citation Index (SSCI) kapsamındaki eserler, ERIC ve google scholar veri tabanları araştırmanın temel veri kaynaklarını oluştururken Türk literatüründeki kaynakların taranmasında dikkate alınan veri tabanları TÜBİTAK' a bağlı ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Alanlar Araştırma veri tabanı ile google akademik olmuştur. Bu araştırma desenine ek olarak yürütülen kütüphane araştırması sürece kitaplar ve süreli yayınlarla destek vermiştir.

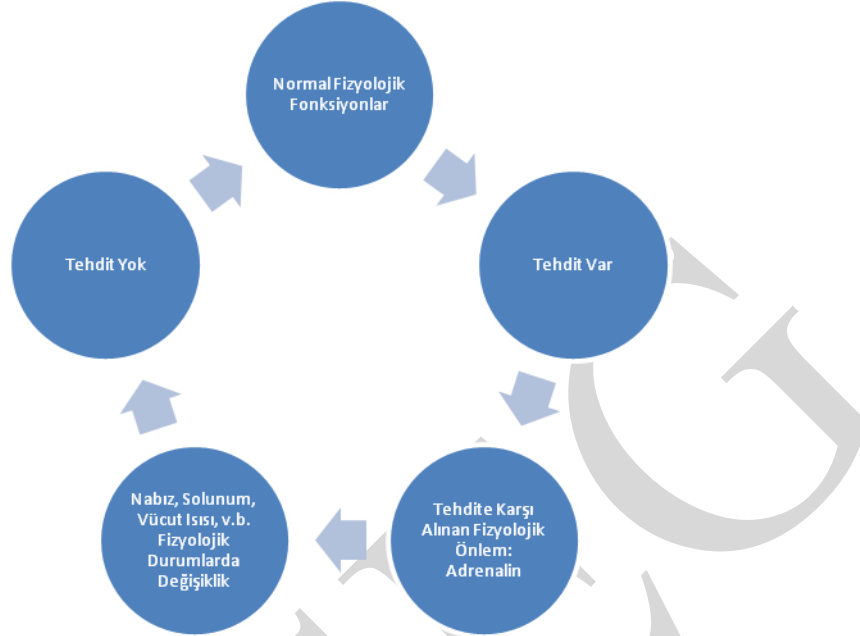
Kavramlar (Kaygı Bozukluğu, Panik Bozukluk, Panik Atak)

Panik atağın tam olarak ne olduğu ya da kökenin ne olduğunu anlayabilmek için kaygının ne olduğunu bilmemiz gerekmektedir. Kaygı her sağlıklı bireyde var olan ve hayatın devamı için gerekli olan önemli bir insan donanımdır. Kaygı denildiğinde akla ilk gelen her ne kadar olumsuz bir çağrışım olsa da aslında olumsuz olan kaygının hiç olmamasıdır. Kaygı insanın korunma mekanizmasını harekete geçiren bir duygu durumudur (Brown, LeBeau, Liao, Niles, Glenn, & Craske, 2016). Önemli olan kaygı döngüsü adı verilen döngünün başlaması gerektiği yerde başlaması ve bitmesi gereken yerde son bulmasıdır. Brown ve arkadaşlarına göre (2016), kaygı; insanın ani tepki vermesi, kaçması, korunması, saklanması, aşık olması gibi ani duygu durum değişikliği ve herhangi bir koşulda kendini güvence altına alma ihtiyacı duyduğunda ortaya çıkan semptomlar bütünüdür. Kişi bildiğinden değil bilmediğinden korkar ve kaygılanır. Bu durum normal heyecan döngüsü ile tanılanır (Apfeldorf, Shear, Leon, & Portera, 1994). Tanılanan bu heyecan döngüsünde başlangıçta stabil seyreden duygu durumuna içerden veya dışardan bir müdahalenin gelmesiyle tetiklenir (Koroğlu, 2010). Örneğin tanımlanamayan bir merkezden aniden gelen çok yüksek bir sese karşın kişinin aniden nabzının artması, göz bebeklerinin büyümesi, nefes alış verişinin artması ve buna eşlik eden terleme tamamen normaldir. Bunun sebebi insan vücudunun hayatta kalma içgüdüleriyle kaynağını bilmediği bir yerden gelen sese tepki olarak kendini güvence altına almak için önkoşulları hazırlama durumuna bağlıdır (Brown, LeBeau, Liao, Niles, Glenn, & Craske, 2016; Koroğlu, 2010). Yine Koroğluna göre, bu hazırlık vücudun adrenalin hormonu salgılamasıyla başlar. Salgılanan adrenalin nabızı artırır, retinayı genişletir (göz bebeği açılır), solunumu artırır ve vücutta terleme oluşur.

Bu durumların ortaya çıkması tesadüf değildir. Ortada kaynağı belirsiz bir tehlike olabilir ve insan hayatta kalmak için bu tehlikeden kaçmalıdır. Tehlikeden kaçabilmesi ani hareket edebilmesine bağlıdır (Barlow, 2002). Sıcakkanlı bir yapıya sahip olan insan tehlikeden aniden uzaklaşabilmesi için ani hareket etmesi gerekir ve bu yüzden bu ani hareketi destekleyecek tüm vücut kaslarının kana ihtiyacı vardır. Salgılanan adrenalinle artan nabız kasları bu açıdan doyurmuştur, kişi ani fiziksel hareketler yapabilir. Gözbebekleri normalden fazla açılmıştır çünkü ani hareketler esnasında koordinasyonu sağlayabilmesi için daha fazla ışığa ve netliğe ihtiyacı vardır. Artan solunum bu olaylar olurken vücudun gereğinden fazla ihtiyaç duyacağı oksijen karşılayacaktır. Bütün bu olaylar olurken vücut ısınacağı için soğuması gerekecek ve önceden terlemeye başlamış vücut ısı dengesini koruyacaktır (Brown, LeBeau, Liao, Niles, Glenn, & Craske, 2016; Koroğlu, 2010). Ancak, tehlike geçtikten sonra veya gelen sesin kaynağı çözümlendikten ve herhangi bir tehlike olmadığı anlaşıldıktan sonra kaygı durumunun etkisini hızlıca kaybetmesi ve duygu durumunun tekrar stabil bir



hal alması beklenir. Her sağlıklı insanda bu ve türevleri ile var olan kaygı durumunun fizyolojik döngüsü aşağıdaki figürde gösterildiği gibidir (Bknz, Figür 1.1.).



Figür 1.1. Kaygı Durum Döngüsü

Kaygı bozukluğu normal kaygı döngüsünün bozulduğu, sekteye uğradığı veya çalışmaması gerektiği yerde çalışması durumlarında ortaya çıkar ve kendini çok farklı formlarda gösterir (Carleton, Duranceau, Freeston, Boelen, McCabe, & Antony, 2014; Mahoney, & McEvoy, 2012b). Bunlar DSM 5’te de öngörüldüğü gibi ‘Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu, Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu’ dur (American Psychiatric Association, 2014). DSM 5 bu açıdan incelendiğinde, kişide bu formlardan sadece bir tanesi olabileceği gibi birden fazla kaygı bozukluğu formu da olabileceği anlaşılmaktadır.

Örneğin; kaygı bozukluğuna bağlı panik bozukluk yaşayan kişi aynı zamanda agorafobi de yaşayabilir. DSM 5’e göre kaygı döngüsünün nasıl bozulduğu veya neden bozulduğu tam olarak bilinmemesi de, literatür bazı varsayımlardan bahsetmektedir. Bir grup araştırmacı bu durumu taşıyamadığımız, bize bir bakıma ağır gelen duygularımızın, bedenimiz aracılığıyla dışa vurumu olarak nitelendirirken (Fentz, Arandt, O’Toole, Hoffart, & Hougaard, 2014; Fentz, Hoffart, Jensen, Arandt, O’Toole, Rosenberg, & Hougaard, 2013) bir diğer grup araştırmacı ise bireylerin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde maruz kaldıkları bazı durumlara karşı geliştirdikleri ani heyecan dalgalanması sonucu olarak tanımlanmaktadır (Austin, & Sierra, 2015; Yang, Kircher, & Straube, 2014). Kaygı bozukluğunun sebebi tam olarak bilinmemesi de yukarıdaki kaygı bozukluğu durumları ve ilgili semptomatik özellikleri DSM 5’de tanımlanmıştır.

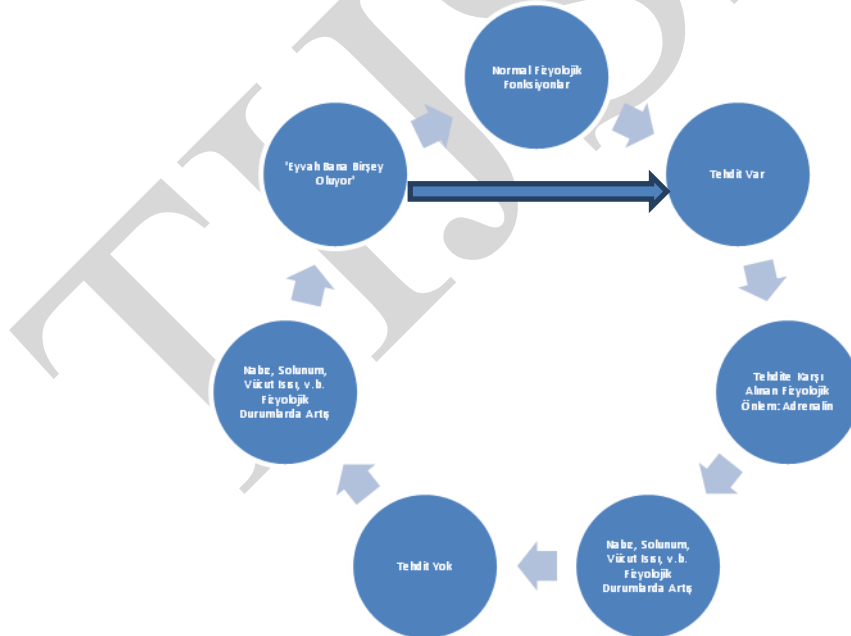
Bu çalışma kapsamında ele alınacak olan kavram kaygı bozukluğunun bir formu olan panik bozukluğu ve buna bağlı ortaya çıkan panik atak durumudur. Bu yüzden tanımlanacak bir diğer kavram panik bozukluktur. Panik bozukluk teknik ve fizyolojik olarak kaygı durumunun kısır döngüye girmesiyle tanılanır. Taranan literatüre göre, kaygı bozukluğunun bu formunda kişi normal kaygı semptomlarını yaşamaması gerektiği yerlerde yaşar veya var olan bir kaygı durumundan çıkamayıp normal kaygı durumunu bir kısır döngüye sokar (Köroğlu, 2010). Örneğin; kişinin tehlikenin var olmadığını fark



etmesine rağmen vücudunun adrenalin salgılamaya devam etmesi ve normal heyecan semptomlarını tekrar tekrar tecrübe etmesi panik bozukluğun var olduğunu gösterir. Bu semptomların ortaya çıkması ve kısır döngüye girme anı paniğin bozulduğu ve atak yaptığı anlamına gelir. Takip eden figürde panik bozukluğa bağlı kısır döngüye girmiş panik atak döngüsü gösterilmektedir (Bknz, Figür 1.2.).

Dolayısıyla bu durum panik atak durumu olarak adlandırılır. Kaygı bozukluğunun bir formu olan panik bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkan panik atak durumu ve bu durumda kişinin yaşadıkları semptomlarıyla birlikte DSM 5’de detaylı olarak verilmiştir. Aşağıdaki tablo bu semptomların kısa özeti niteliğindedir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıldığı 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. Gerçekdışılık (‘derealizasyon’, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (‘depersonalizasyon’, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimi yitirme ya da çıldırma korkusu.
13. Ölüm korkusu. (American Psychiatric Association., 2014)



Figür 1.2. Kaygı Bozukluğuna Bağlı Panik Atak Döngüsü

Tanı Koyma ve Terapi Süreci

Panik atak semptomları kaygının bozulmasına bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi depresyon, madde kullanımı ve bir takım organik sağlık durumlarında meydana gelen bozulmalar sonrası da ortaya



çıkabildiğini vurgulanmaktadır (Başaran, & Sütçü, 2016; Mahoney, & McEvoy, 2012a). Dolayısıyla tanı koyma aşamasında diğer faktörleri elemek için kişinin tam bir tıbbi taramadan geçmesi ve organik herhangi bir bozukluğa sahip olmadığı teşhisinin konması gereklidir. Yukarıdaki semptomlar organik veya kaygı bozukluğu dışındaki diğer duygu durum bozukluklarından ortaya çıkmıyorsa panik bozukluktan dolayı ortaya çıkıyordur ve bu tanıyla birlikte tedaviye başlanır.

Terapi süreci; panik bozukluk tedavisinde bireylerini de dikkate alan bir süreçtir. Problem bireyseldir ancak tedavisi aile bireylerinin anlamlı desteğiyle mümkündür. Aile bireyleriyle bir arada gerçekleştirilecek olan oturumların yanı sıra aile bireylerinin ayrı ayrı dikkate alınacağı oturumlarda olmalıdır. Aile bireyleri panik bozukluk rahatsızlığı olan kişiye nasıl davranacakları konusunda ve panik bozukluğun ne olduğuna ilişkin bilgilendirici terapi alırlar (Corey, 2008; Özabacı & Erkan, 2014).

İlk oturumda temel amaç, ortaya çıkan problemin ne olduğunu kabaca belirlemek panik atak ve panik bozuklukla ilgili genel bilgiler vererek ailenin katılımını ve görüşmenin paylaşılmasını sağlamaktır (Sungur, 2003). Yine Sungur’a göre; ilk görüşmede ailedeki her üyenin terapi sürecinin bir parçası olduğunu ve ailedeki bir sorunun hiçbir zaman ailedeki bir tek kişinin problemi olmadığını en az birkaç aile üyesini ilgilendirdiğini ve aile bireylerinin davranışlarının sorunu yaratmış olabileceği ve bu nedenle de sorunları ailenin bütünlüğü içinde birlikte ele alacaklarını belirtir. Aile terapisti, hangi tekniği ve yaklaşımı kullanırsa kullansın, aile üyelerinden birinin bir sorununu, tüm ailenin bir sorunu olarak kabul eder ve bu sorunun üstesinden gelebilmek için, ‘aile sisteminin’ tüm üyelerini değiştirmeye çalışır (Sungur, 2003).

Kaygı bozukluğuna bağlı panik bozukluktan dolayı panik atak yaşayan bireylerin tedavilerinde aile terapi yaklaşımı Bilişsel- Davranışçı Terapi ile sentezlenir (Barlow, Allen, & Choate, 2004). Bilişsel- Davranışçı Terapi, panik bozukluğun tedavisinde etkinliği en iyi araştırılmış yöntem olup, sıklıkla tercih edilir (Başaran & Sütçü, 2016; Sungur, 2003). Başaran ve Sütçüye göre bilişsel kuramda panik bozukluk, stres ile tetiklenen korku sisteminin oluşturduğu bedensel belirti ve duyumlara yönelik, korkudan korkma hali olarak kabul edilir. Yani, panik bozuklukta beden duyumlarının yanlış yorumlanması söz konusudur. Tedavi içinde yorum hatalarının düzeltilmesi gerekir. Burada yorum hatasıyla aslında akılcı olmayan irrasyonel bir inanca işaret edilmektedir (Carleton, Duranceau, Freeston, Boelen, McCabe, & Antony, 2014; Yang, Kircher, & Straube, 2014). Kişinin kalp krizi geçiriyor olduğuna inanması irrasyonel bir inançtır. Panik atak döngüsünün kırılması için bu irrasyonel inancın rasyonel olanla yer değiştirmesi gerekir. Bu duruma hizmet edecek en iyi yöntem Bilişsel- Davranışçı Terapidir (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000).

Terapist, terapi boyunca güven verici bir iletişim ortamı sağlayarak aile üyelerinin hem kendilerini, hem de birbirlerini tanımalarına, birbirleri ile açık iletişim kurarak sorunlarına birlikte çözüm bulmalarına yardımcı olur (Özgüven, 2000).

Terapi ortamında terapist, aile bireylerinin hiç birinin yandaşı olmamaya özel bir titizlik gösterir. Aile terapisinde, terapist aile üyeleri ile tek tek bireysel olarak, aile üyelerinin bir kaçı ile birlikte, veya hepsi ile birlikte topluca görüşülebilir. Temel fark, ailenin bireysel ve ortak yaşantıları olan üyelerden oluşmasıdır. Farklı yaşam örüntülerinin neler olduğunu bilmek yani aile bireylerini ayrı ayrı tanımak her aile bireyinin panik atak yaşayan kişiye olumlu veya olumsuz ne gibi etkilerinin olacağı böylelikle kestirilebilir. Bu sebeple, aile terapisi ailenin bütününe kapsar. Ancak sözel iletişimi başarı ile sürdürmelerindeki zorluktan dolayı 9 yaşından, bazılarında göre de 4 yaşından küçük çocukların katılımı sınırlı tutulur ya da gruba alınmaz (Austin & Sierra, 2015; Fentz, Arandt, O’Toole, Hoffart, & Hougaard, 2014; Fentz, Hoffart, Jensen, Arandt, O’Toole, Rosenberg, & Hougaard, 2013; Köroğlu, 2010; Özgüven, 2000).



Aile terapisinde her aile üyesi panik atak döngüsü hakkında bilgilendirilir ve panik atak yaşayan aile bireyine nasıl davranmaları ve nasıl davranmamaları gerektiği ile ilgili eğitim verilir. Danışmanın amacı; panik atak yaşayan kişiye aile üyeleri vasıtasıyla ulaşmak ve durumu kontrol altına almasını sağlamaya çalışmaktır (Köroğlu, 2010; Özgüven, 2000). Bu nedenle aile bireylerinin duruma ilişkin tutumu çok önemlidir. Dolayısıyla, Bilişsel- davranışçı terapi ile panik bozukluğu tedavisinde aileye verilecek olan psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, bedensel denetim kazanmaya yönelik solunum egzersizleri ve kas gevşetme teknikleri, iç ve dış uyaranlara yönelik alıştırmalar uygulanmaktadır (Carleton, Collimore, & Asmundson, 2010).

Aile üyeleri bu bakımdan donanım kazandıklarında panik atak yaşayan aile bireyine nasıl davranmaları gerektiğini de öğrenmiş olacaklardır. Daha öncede vurgulandığı gibi burada amaç panik atak kısır döngüsünü kırmaktır ve bu da akılcı olmayan irrasyonel düşünceyi rasyonel olanla değiştirmekle mümkündür. Bilişsel terapi düşünceyi kontrol altına alırken hem kişiyi hem de aile üyelerini işe koşar. Panik atak yaşayan kişinin düşüncelerini kontrol altına alırken ve kısır döngüyü kırmaya çalışırken aile bireyleri kişideki bedensel belirtileri kişinin algılama şeklini değiştirmesine, daha çok paniğe sürükleyecek düşünceler yerine, ‘gerçekçi’ ve pozitif düşünceler koymasına yardımcı olurken aşağıdaki inanç durumlarını kullanmayı öğrenir (Brown, LeBeau, Liao, Niles, Glenn, & Craske, 2016; Carleton, Duranceau, Freeston, Boelen, McCabe, & Antony, 2014).

- ‘Bu yaşadığın bir panik atak’.
- ‘Bunu daha önce de yaşadın ve baş ettin’.
- ‘Birazdan geçecek’.
- ‘Bu bir kalp krizi değil, sana daha kötü bir şey olmayacak’.
- ‘Şimdi rahatlamak için derin nefesler alacaksın ve sakinleşeceksin’.

Bu baş etme biçimini aile ortamında gerçekleşen her panik atakta aile bireylerinden biri sergileyerek akılcı davranışı pekiştirme yoluna gitmelidir (Deacon, & Abramowitz, 2006). Panik atak tedavisinde ailenin terapiye dahil olduğu durumlarda terapistin asli görevi aile bireylerini panik atak ile ilgili bilinçlendirmek ve panik atak durumunda doğru davranışları sergileyerek akılcı olmayan inançların yerine akılcı inançların geçişi sürecine destek olmalarını sağlamaktır (Özgüven, 2000). Aynı süreç birey için ayrıca işletilir. Özgüven’e göre etkili olduğu bilinen bir diğer yol ise; odaklanmayı durdurmayı öğretmektir. Aile bireylerine panik atak geçiren kişinin odağını nasıl değiştirecekleri öğretilir. Kişinin odağının değiştirilmesi panik atak kısır döngüsünün kırılmasında etkin rol oynar. Panik atak yaşayan kişinin bunu kendi başına yapması zor olacağından aile bireylerini işe koşan aile terapisi bu durumda etkilidir (Carleton, 2012; Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004).

Aile bireylerinin dışında panik atak yaşayan kişiye nefes ve rahatlama egzersizleri ve düşüncesini kontrol etme gibi panik atak durumuyla baş etme yolları öğretilerek destek verilir. Örneğin, panik esnasında nefes alma kontrol altına alınırsa, panik atak belirtileri azaltılabilir ve tanımlanan kısır döngü kırılabilir (Maller, & Reiss, 1992). Alarm zillerinin susmasında sakin ve yavaşça 3 dakika boyunca alınan nefeslerin etkili olduğu belirtilmektedir (Özabacı & Erkan, 2014).

Sonuç ve Öneriler

Deneyim kazanan aile bireyleri artık panik atak yaşayan kişiye nasıl davranmaları gerektiğini ve nasıl davranmamaları gerektiğini bilmektedirler. Panik atak yaşayan kişiye verilecek birçok ödevin yanı sıra aile bireylerine de verilecek ödevler vardır. Ancak belki de en önemlisi aile işe koşmanın öncesinde terapiyi gerçekleştirecek olan kişinin aile terapisi eğitimi almış uzman bir kişi olmasıdır. Özabacıya (2014) göre, aile terapisi yöntemine özgü bir çok durum, aile bireylerinin bireysel özelliklerini nerde nasıl kullanacağını bilme, tecrübe ve eğitimle sabit bir olgudur.



Panik atağı olan hastaların aile terapisi ve bilişsel tekniklerle 5 yıl içinde yeni atak geçirmeme oranlarının %80'leri aştığı vurgulanmıştır (Fentz, Hoffart, Jensen, Arandt, O'Toole, Rosenberg, & Hougaard, 2013). Bu durum panik bozukluğu tedavisinde bilişsel terapinin aile terapisi ile sentezlenmesiyle etkili olduğunu ve ilaç tedavisine iyi bir alternatif olduğunu göstermektedir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı* (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: HYB Yayıncılık.
- Apfeldorf, W. J., Shear, M. K., Leon, A. C., &Portera, L. (1994). A brief screen for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 71–78.
- Austin, V., & Sierra, D. (2015). *Çocuk ve ergenlerde duygusal ve davranışsal bozukluklar* (M. Özekes, Çev.) Ankara: Nobel.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed. New York, NY: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529–2536.
- Başaran, S. K., & Sütçü, S. T. (2016). Panikbozukluğuntedavisindebilişseldavranışçıgrupterapisininetkililiği: Sistematikbirgözdengeçirme. *PsikeatrideGüncelYaklaşımlar*, 8(1), 79-94.
- Brown, L.A., LeBeau, R., Liao, B., Niles, A. N., Glenn, D., &Craske, M. G. (2016).A comparison of the nature and correlates of panic attacks in the context of panic disorder and social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 235, 69-76.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 937–947.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., &Asmundson, G. J. G. (2010). "It's not just the judgements – it's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 189–195.
- Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). 'But it might be a heart attack': Intorelance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 463-470.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları* (T. Ergene, Çev.) Ankara: Mentis.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006).Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 837–857.
- Dugas, M. J., Buhr, K., &Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in the etiology and maintenance of generalized anxiety disorder. In: R.G.
- Fentz, H. N., Arandt, M., O'Toole, M. S., Hoffart, A., &Hougaard, E. (2014). The mediational role of panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 23-33.
- Fentz, H. N., Hoffart, A., Jensen, M. B., Arandt, M., O'Toole, M. S., Rosenberg N. K., &Hougaard, E. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavior therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 579-587.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Köroğlu, E. (2010). *Panik bozukluğu nedir? Nasıl baş edilir?* Ankara: Pegem Akademi.
- Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012a).Trait versus situation-specific intolerance of uncertainty in a clinical sample with anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 26–39.
- Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012b).A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 212–222.



Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241–247.

Özabacı, N., & Erkan, Z. (2014). *Aile danışmanlığı: Kuram ve uygulamalara genel bir bakış*. Ankara: Pegem Akademi.

Özgüven, İ. E. (2000). *Evlilik ve aile terapisi*. Ankara: PDREM Yayınları

Sungur, M. Z. (2003). Bilişsel-davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımın yararları. *3P Dergisi*, 11(2), 31–38.

Yang, Y., Kircher, T., & Straube, B. (2014). The neural correlates of behavioral therapy: Recent progress in the investigation of patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 88–96.

Extended Abstract

The aim of this study is to conduct a short review of the related literature about panic attack, panic disorder, and anxiety disorder, of which many suffer although little known about them and the family therapy methods, which have been frequently considered for the healing process of the psychological state. For this reason, the first attempt was to define anxiety disorder and panic disorder. Review continued with elaborating on the factors causing panic disorder and panic attack. Following that, the sort of family therapy method, which is needed in regard to the nature of the attack, has been negotiated on the basis of the definitions derived from the related literature. One must know what anxiety is in order to get to know what panic attack is. Anxiety is actually a healthy human characteristic for survival. Although people tend to think of negative when they hear the term, it actually is not a negative thing. It is actually something that one must have in order to protect him/herself from danger. In other words, anxiety is the mechanism that starts protection system of human being from outside or inside threats (Brown, LeBeau, Liao, Niles, Glenn, & Craske, 2016). What is important is the cycle of anxiety. The cycle should start wherever and whenever needed and should end when necessary. According to Brown and his colleagues (2016) anxiety is a reflective state of emotion created by the human body as a result of some hormones towards any dangerous situation a person faces in daily life. A person is scared of unknown not of known. When a person realizes that the threat has gone or there is actually no threat then as a reflection to the new situation the cycle of anxiety is broken and all body functions are eventually getting its normal state in a very short time (Apfeldorf, Shear, Leon, & Portera, 1994). The psychological state, which is normal at the beginning, is being interrupted by an internal (from inside of the body) or force external (from outside of the body). This is the point that starts the anxiety cycle work (Köroğlu, 2010). For example, a person's reactions to an instantly generated unknown sound by high pulse, over breathing, and sweating are normal and this is what we expected to happen. This process is working to make the body ready as a whole to protect itself from an unknown threat (Brown, LeBeau, Liao, Niles, Glenn, & Craske, 2016; Köroğlu, 2010). Köroğlu also states that this process begins with adrenalin hormone, which increases the pulse so that all of the muscles are fed by blood and ready for sudden movements, opens up the retina for more light to come in so that vision quality is increased, and increases breathing so that blood gets the necessary oxygen and the whole system gets ready for any sudden reaction required for escaping from the unknown threat. Anxiety disorder occurs when the normal anxiety cycle is not broken when it actually needs to be broken or when it is not necessary to start at the first place and shows it-self in different forms (Carleton, Durand, Freeston, Boelen, McCabe, & Antony, 2014; Mahoney, & McEvoy, 2012b). According to DSM 5 these are separation anxiety disorder, selective non-speaking, social anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia, common anxiety disorder, drug oriented anxiety disorder, a health problem oriented disorder, defined anxiety disorder, and undefined anxiety disorder (American Psychiatric Association, 2014). DSM 5 also states that one can either possess only one of these or more than one of them at the same time. Therefore, diagnosis is not as easy as it sounds. For that reason, DSM 5 creates a criterion for shortening the diagnosis time



for people who suffer from anxiety disorder to let them begin to have the necessary psychological treatment in the shortest period of time. The results of the review also yielded that in our culture panic attack syndrome caused by panic disorder is being confused with other types of anxiety disorder since the symptoms are quite similar. The related literature, which defined panic disorder and other anxiety types have been mostly based on Western culture and represent their understanding of the problem. According to western expressions, the best therapy method is the Cognitive Behavioral Therapy formed by family therapy methods and the most contemporary method of detecting panic disorder is the use of Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI), which physically shows evidence regarding panic disorder.

TIJSEG