



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PANİK BOZUKLUĞUNDA KISA SÜRELİ EMDR TERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AYHAN ALTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2019

PANİK BOZUKLUĞUNDA KISA SÜRELİ EMDR TERAPİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

AYHAN ALTAŞ
20169171

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. DENİZ ERGÜN

LEFKOŞA
2019

KABUL VE ONAY

Ad,Soyad tarafından hazırlanan “Tez Başlığı” başlıklı bu çalışma, 24/01/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Deniz ERGÜN (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi – Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Asuman BOLKAN
Kıbrıs İlim Üniversitesi – Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU
Yakın Doğu Üniversitesi – Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Mustafa Sağsan
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

24/01/2019

Ayhan ALTAŞ

TEŞEKKÜR

Bu araştırma süresince desteği ile yanımda olan eşim Duygu ALTAŞ'a, bilgi ve deneyimleri ile sürekli desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Deniz Ergün'e teşekkür ederim.

ÖZ

Panik Bozukluğunda Kısa Süreli EMDR Terapinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın amacı Panik bozukluğunda Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisinin etkinliğinin incelenmesidir. Araştırmanın örneklemi, Bursa ilinde yaşayan ve özel bir psikolojik danışmanlık merkezine başvuran panik bozukluğu şikayeti olan beş kişi denek grubu ve beş kişi kontrol grubu olmak üzere 10 kişiden oluşmaktadır. Denek grubuna EMDR terapisi öncesi ve sonrası Panik Agorafobi Ölçeği, Belirti Yorumlama Ölçeği ve Beden Duyumları Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubuna da herhangi bir müdahale yapılmamış ve denek grubuyla eş zamanlı aynı ölçekler verilmiştir. Deney grubunda ki beş kişiye beş seans EMDR terapi uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise bir psikoterapi yöntemi uygulanmamıştır. Çalışmanın deney grubunda bulunan bireylerin öntest ve son test Panik Agorafobi Ölçeği ($z = -2.023$, $p < .05$), Beden Duyumları Ölçeği ($z = -2.060$, $p < .01$) ve Belirti Yorumlama Ölçeği ($z = -2.032$, $p < .05$) ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin panik agorafobi ($U = -2.619$, $p < .01$), beden duyumları ($U = -2.617$, $p < .01$) ve belirti yorumlama ($U = -2.619$, $p < .01$) puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur. Sonuç olarak EMDR terapisi panik bozukluk ve ilgili semptomlarda kısa sürede düzelme sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, Kaygı, Psikoterapi, EMDR terapi

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EFFICACY OF SHORT-TERM EMDR THERAPY IN PANIC DISORDER

The aim of this study was to investigate the efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy in panic disorder. The sample of the study consisted of 10 people, five of whom were control group and five were control group. Panic Agoraphobia Scale, Symptom Interpretation Scale and Physical Sensations Scale were applied to the subject group before and after EMDR therapy. There was no intervention in the control group and the same scales were given simultaneously with the control group. Five patients in the experimental group underwent five sessions of EMDR therapy. Any psychotherapy method was not applied to the control group. There was a statistically significant difference between the pre-test and post-test scores of Panic Agoraphobia Scale ($z = -2.023$, $p < .05$), Body Sensations Scale ($z = -2.060$, $p < .01$) and Symptom Interpretation Scale ($z = -2.032$, $p < .05$) in experimental group. Panic agoraphobia ($U = -2.619$, $p < .01$), body sensations ($U = -2.617$, $p < .01$) and symptom interpretation ($U = -2.619$, $p < .01$) scores were significantly differentiated between the experimental and control group. In conclusion, EMDR therapy resulted in a short time recovery of panic disorder and related symptoms.

Keywords: Panic disorder, Anxiety, Psychotherapy, EMDR therapy,

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
1. BÖLÜM GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin durumu.....	3
1.2. Araştırmanın amacı.....	4
1.3. Araştırmanın önemi.....	5
1.4. Sınırlılıklar.....	5
1.5. Araştırmanın hipotezi ve alt hipotezler.....	6
1.6. Tanımlar.....	6
2.BÖLÜM KAVRAMSAL, KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.8	8
2.1. Panik bozukluk tanımı ve temel özellikleri.....	8
2.2. Tarihçe.....	9
2.3. Klinik belirti ve bulguları,tanı ölçütleri.....	14
2.4. Etiyoloji.....	19
2.4.1. Biyoloji faktörler.....	20
2.4.2. Toplumsal etkenler.....	21

2.4.3. Psikolojik etkenler.....	23
2.5. Epidemiyoloji.....	25
2.6. Eş tanı.....	27
2.7. Ayırıcı tanı.....	29
2.7.1 Psikiyatrik bozukluklar ile ayırıcı tanı.....	30
2.7.1.1. Sosyal fobi.....	30
2.7.1.2. Hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğu.....	30
2.7.1.3. Yaygın anksiyete bozukluğu.....	30
2.7.1.4. Major depresyon.....	30
2.7.2. Genel tıbbi durumlar ile ayırıcı tanı.....	31
2.7.2.1. Madde bağımlılığı.....	31
2.7.2.2. Fiziksel hastalıklar.....	31
2.7.2.3. Özgül fobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk.....	31
2.8. Panik bozukluğunda temel psikoterapi etkinlikleri.....	31
2.8.1. Psikoterapi.....	31
2.8.2 EMDR (Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme) terapi.....	34
2.8.2.1. EMDR'nin teorik temeli.....	36
2.8.2.2. EMDR'nin terapi süreci ve uygulamaları.....	37
2.8.2.3. EMDR'nin etkililiği üzerine yapılan çalışmalar ve değerlendirmeler.....	42
3. BÖLÜM ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	50
3.1. Evren ve Örneklem.....	50

3.2. İşlem.....	50
3.3. Veri toplama araçları.....	51
3.3.1. Sosyodemografik Form.....	51
3.3.2. Panik Agorafobi Ölçeği.....	51
3.3.3. Beden Duyumları Ölçeği.....	51
3.3.4. Belirti Yorumlama Ölçeği.....	52
3.4. Verilerin analizi.....	53
4. BÖLÜM BULGULAR.....	54
5. BÖLÜM TARTIŞMA.....	58
6. BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKÇA.....	62
EK 1. Panik Agorafobi Ölçeği.....	75
EK 2. Beden Duyumları Ölçeği.....	81
Ek 3. Belirti Yorumlama Ölçeği.....	82
Ek 4. Demografik Bilgi Formu.....	87
EK 5. Özgeçmiş.....	88
EK 6. İntihal Raporu.....	89
Ek 7. Etik Kurul Onayı.....	90

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Panik atak için DSM-V-TR Tanı Ölçütleri.....	15
Tablo 2. Panik Bozukluğu Belirtilerinden Bolayı Başvurulan Bilim Dalları.....	17
Tablo 3. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin demografik özellikleri.....	54
Tablo 4. Deney grubunda panik agorafobi, beden duyumları ve belirti yorumlama puanlarına ilişkin Wilcoxon Testi.....	55
Tablo 5. Kontrol grubunda panik agorafobi, beden duyumları ve belirti yorumlama puanlarına ilişkin Wilcoxon Testi.....	56
Tablo 6. Deney ve kontrol grubu panik agorafobi, beden duyumları ve belirti yorumlama puanlarına ilişkin Wilcoxon Testi.....	57

KISALTMALAR

BDÖ: Beden Duyumları Ölçeği

EMDR: Eye Movement Desentitaion and Reprocessing

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Panik bozukluk, bir sebep olmadan ve birdenbire meydana gelen, şiddeti yüksek iç sıkıntısıyla buna paralel olarak gelişmekte olan bedensel ve bilişsel belirtileri bulunan, kendini panik ataklarla ortaya koyan bir anksiyete bozukluğudur (Erdoğan, 2007; Alkın, 2002). Yaşanmakta olan ağır anksiyete ile özellikle “tehlike içinde olduğu” duygusu hastalığın psikolojik görünümünü meydana getirmektedir. Hastaların daha sonra ortaya çıkması olası ataklarla ilgili kaygıya kapılıp kaçınma tutumu ortaya koyması zaman içinde bireyin toplumsal hayatını sınırlar getiren bir durum almaktadır (Etik vd., 2007). Panik bozukluğu ile panik atak, belirtileri yakın olduğu için bazen ayırıcı tanımlarla ilgili zorluklar yaşanan iki farklı anksiyete bozukluğu olarak görülmektedir. Panik bozukluğu bulunan bireylerin, panik atak geçirmekte olduğu sırada bunun anlaşılabilmesiyle sosyal ortamlardan uzaklaşabilmeleri de kimi olguların teşhis edilmesini zorlaştırmakta ve bireyin hayatı boyu depresyon geliştirme ihtimalini yükseltmektedir.

Bireyin yaşamında önemli düzeyde negatif etkileri bulunan panik bozukluğun gelişim sürecinde, biyolojik etkenler kadar yaşadığı sürece devam eden veya bazı dönemlerde ortaya çıkan stres etkenleri de etkili olabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004; Tükel, 2009; Zou vd., 2016). Bu etkenlerin yanında panik bozukluğun ortaya çıkmasında, negatif duygular ile duygusal düzenlemenin de etkili olabileceği iddia edilmektedir (Tull ve Roemer, 2007).

Panik bozukluk XX. yüzyıldan önce de biliniyor olmasına karşın 1980'e dek DSM-III psikiyatri sınıflandırması içine dahil edilmemiştir (Smoller vd., 2008). Literatürde

ilk defa Klein, anksiyete atakları adıyla tanımlanan durumlarla ilgili panik atağı terimini kullanılır olmuştur. Klein'in büyük gayretiyle 1980'de panik bozukluk terimi, DSM- III tanı sistemi içinde başka bir tablo olarak kendisine yer bulmuştur (Klein ve Fink, 1962).

Panik bozuklukta rastlanan panik atakları ile birçok hastalık ve durumda da karşılaşılabilir. Bu ataklara panik bozukluk tanısı konulabilmesi için bunların kendi kendine, aniden meydana gelmesi ve tekrarlanan bir nitelik taşıması gerekmektedir (Erdoğan, 2007; Kocabaşoğlu, 2002; Tükel, 1997). 1929'da Cannon'un tanımına göre bu ataklar tehlikeyle karşılaşan bireylerin göstermiş olduğu "kaç ya da savaş" tepkisine çok benzemekle beraber panik atakta bu tepkinin ortaya çıkmasını sağlayacak, bunu tetikleyici gerçek bir uyarıcı söz konusu değildir. Panik nöbetleri sırasında yoğun çarpıntı ve kaygı, terleme ve nefes alma zorluğu gibi birçok fiziksel belirtilerle beraber kontrolün kaybedilmesi; ölüm, kalp krizi geçirme, çıldırma ve bayılma korkuları yer bulmaktadır (Tükel, 1997).

Panik bozukluk, öteki psikopatolojilerle beraber görülmesi mümkün bir bozukluktur. Başka bir söyleyişle bu bozukluk, psikososyal ve akademik problemlerin eşlik ettiği ve yetişkinlik dönemi içinde de farklı psikiyatrik bozuklukların meydana gelmesinde risk faktörü taşıyan bir durumdur (Gökler, 2005). Ayırıcı tanıların tespit edilmesinde güçlük çekilmesine yol açan panik bozukluk ile sosyal fobinin yoğun olarak aynı anda görülmesi mümkündür (Goisman ve ark. 1995; Onur vd., 2006; Tükel, 1997). Sosyal fobinin paralel seyrettiği hastalarda, panik bozukluğunun mevcut belirtilerine ilave olarak benlik saygısının düşük olması, kendisiyle ilgili negatif değerlendirme temayülü, diğer kişilerle ilişkilerinde aşırı duyarlılık gösterme gibi niteliklerin ortaya çıkmasının depresyon riskini yükselttiğinden bahsedilebilir. Öte yandan bu rahatsızlıkların görüldüğü hastalarda agorafobinin getirmiş olduğu yaşam kısıtlılığı, sosyal izolasyondan dolayı daha ileri noktalara gidebilmekte ve depresyonun gelişme göstermesini kaçınılmaz duruma getirebilmektedir (Lenze vd., 2000; Tükel, 1997). Bu konuda çalışmalarıyla tanınan Stein ve Uhde (1988) yalnızca panik bozukluğu bulunan bireyler hastalarda depresyon risk oranını %47, bu bireylerde panik ve sosyal fobi de varsa bu riskin %94 düzeyinde olduğu tespit

edilmiştir. Yaygınlaşmış biçimde görülmekte olan fobik ve panik anksiyete bozukluk sürecinin, bireye parasal maliyeti ve vermiş olduğu acının boyutu oldukça yüksektir (Greenberg vd., 1999).

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (Eye Movement Desensitization and Processing-EMDR) keşfedilmiş olduğu 1987'den itibaren psikoterapi ve psikolojik danışma çalışmalarında günden güne kabul görme oranı yükselen bir yaklaşımlardan biridir (Shapiro, 1995). Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işlemenin özellikle travma sonrası stres bozukluğunun tedavisi sürecinde önemli ölçüde etkili olduğu birtakım çalışmalarla tespit edilmiştir.(Örn., Hensel, 2009; Lee, Gavriel, Drummond, Richards ve Greenwald, 2002; Scheck, Schaeffer ve Gillette, 1998).Literatürde bu yaklaşım, İngilizce isminin baş harflerinden oluşan kısaltması EMDR, yazılmasının kolay olması ve anlaşılabilirliğinden dolayı yaygın biçimde tercih edilmektedir.

EMDR, psikolojik danışmanın parmak hareketleri eşliğinde, danışanın gözlerini sistematik olarak sağa sola çevirmesi veya danışana sesli uyarılar göndermek, el çırpma gibi ikili uyarılar verilmesi yoluyla bu hareketleri gerçekleştiren danışanın bu süreçte geçmişte yaşadıklarının veya travmatik deneyimlerinin imgesel biçimde ortaya çıkarılmasını kapsamaktadır. EMDR, danışanların negatif yaşantılarını duygusal sağlık yapılarına katkı sunacak biçimde yeniden işlemelerine yardım eden terapi yaklaşımlarından biridir (Seligman, 2001). Bu yaklaşım, esasında adını göz hareketlerini kullanmaktan almış olsa da bu, yaklaşımın sadece boyutlarından biri olarak değerlendirilmekte ve öteki terapi yaklaşımlarının içermiş olduğu unsurları da içine alan kapsayıcı bir terapi sistemi olarak kabul edilmektedir (Shapiro, 2001; Spector ve Read, 1999).

1.1 Problem durumu

İnsanoğlu dünyaya geldiği andan itibaren hayatta kalma ve türünü sürdürme içgüdüğü ile hayatını sürdürür. Kişi anne rahmine düştüğü andan itibaren zihinsel kayıt başlamaktadır. O andan itibaren beş duyu organımız ile kayıt edilen her şey zihnimizde yerini alır.

Emdr Terapi, insanların yaşadıkları psikolojik problemlerin geçmiş travmalarından kaynaklandığını ifade etmektedir (Shapiro, 1995).Geçmiş travmalarımız ise zihnimize kaydedilen rahatsız edici bilgilerden gelmektedir.Zihnimizde depoladığımız bizi rahatsız edecek bilgiler bir süre sonra rahatsız edecek anılar ve bilgiler haline gelmektedir.

Geçmişte yaşadığımız bizi travmatik bir şekilde etkileyen bu bilgiler sonrası bazı psikolojik problemler ortaya çıkmaktadır.Bu psikolojik problemlerin başında gelen sorunlar ise depresyon, panik bozukluk, duyu durum bozuklukları gibi kişilerin hayatını ciddi oranda olumsuz etkilen psikolojik sorunları kapsamaktadır.

Panik bozukluk görülme sıklığı gitgide artan bir rahatsızlık olması dolayısıyla bu alanda kısa süreli çözüm yolları önem arz etmektedir.Farklı terapi yöntemleri ile panik bozukluğa müdahale edilmektedir.Terapi yöntemini ön plana çıkaran ve daha fazla tercih edilmesini sağlayan önemli konulardan biri ise terapi süresidir.Terapi süresi konusunda iddali olan EMDR terapi yönteminin etkinliğini ölçmek açısından bu araştırma dikkat çekicidir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı; Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) tekniğinin panik bozukluğunda etkinliğinin değerlendirilmesi ve EMDR terapinin kaygı bozukluğunun etkililiğini 5 seans gibi kısa bir zaman diliminde sayısal veriler üzerinden kanıtlanmasını hedeflemektedir.

Panik bozukluğu her geçen gün artan ve insanların hayatlarını olumsuz bir şekilde etkileyen bir rahatsızlık olarak görülmektedir. Ülkemizde görülme sıklığı %4'lük gibi önemli bir orana sahiptir. Bunun yanı sıra farklı durumlarda insanlar, hayatlarının devamını engellemese de hayatlarının farklı zamanlarında panik atak belirtileri yaşadıklarını görülmüştür.

Panik Bozukluk ile alakalı yapılan araştırmalar bozukluğun kaynağı ile ilgili kesin bir sonuca varamamıştır (Sugaya,Yoshida,Yasuda,Tochigi,Takei,Otowa,vd.,

2015:2). Rahatsızlığın, çevresel, biyolojik ve psikolojik nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Panik bozukluk ve diğer psikolojik problemlerde terapi süresi en büyük problemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazen terapiler yıllarca sürebilmektedir. Terapi süresinin uzun olması terapiyi yarım bırakma açısından önemlidir(Saphiro, 1989,215). Bu anlamda uygulanacak süresi sınırlı terapi yaklaşımları terapinin devam ettirilmesi açısından önemlidir.

Araştırmada en önemli hedeflerden birisi de görece kısa sürede kişilerde ortaya konacak olumlu değişimlerdir. Kısa sürede ortaya konacak olumlu değişimler terapilerin devam ettirilmesi açısından önem arz etmektedir.

1.3 Araştırmanın Önemi

Araştırmanın önemi panik atak gibi önemli bir psikolojik rahatsızlığın beş seans (bir seansı doksan dakika olacak şekilde) EMDRterapi uygulaması sonrası ne gibi değişiklikler ortaya koyabileceğini göstermektir.

Panik bozukluk, insanların yaşam kalitelerini düşürmekte ve hayatlarının işlevselliğini bozmaktadır. Bu araştırma sonrasında EMDRterapinin panik bozukluğu üzerinde etkisini kanıtlama açısından da önemli bir yer edinmektedir.

EMDR terapinin sıklıkla travma sonrası stres bozukluğunda etkili olduğu ve kaygı bozukluklarında olumlu değişime fayda sağlamadığı ifade edilebilmektedir (Denizli, 2008: 89). Bu açıdan yaklaşıldığında araştırmamız EMDR terapinin kaygı bozuklukları başlığı altında ele alınan panik bozuklukta da ne kadar etkili olduğunu ortaya konması hedeflenmektedir.

1.4 Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bir takım sınırlılıkları bulunmaktadır. Panik atak gibi yaygın bir rahatsızlık ile ilgili daha geniş kitlelerle çalışmalar yapılabilir. Bu anlamda katılımcı

sayısının az olması, araştırmaya katılan kişilerin sadece bir danışmanlık merkezine başvuran kişilerden seçilmiş olması bir sınırlılık göstergesi olabilir.

Araştırma demografik bilgiler dışlanmadan daha geniş kapsamda, ilaç kullanma durumuda göz önüne alınarak daha geniş kitlelerle yapılabilir.

Araştırma bulguları, araştırma kapsamındaki kişilerden elde edilecek bulgularla sınırlıdır.

1.5 Araştırmanın Hipotezi ve Alt Hipotezler

Bu araştırmanın hipotezleri, EMDRterapinin etkinliğini inceleyen araştırmalar temel alınarak oluşturulmuştur.

Hipotez 1: 5 seans EMDR terapi uygulanan denek grubunun panik bozukluğu belirtilerinin herhangi bir yöntem uygulanmayan kontrol grubuna oranla azalması beklenmektedir.

Hipotez 2: EMDR terapi uygulanan deneklerin ön test ve son test oranlarında anlamlı bir değişim ortaya çıkması beklenmektedir.

Hipotez 3: Herhangi bir terapi yöntemi uygulanmayan kontrol grubunun ön test ve son test arasında anlamlı bir değişim olmaması beklenmektedir.

1.6 Tanımlar

Bu araştırmada kullanılan terimler aşağıdaki anlamlarında kullanılacaktır:

Psikoterapi: bir bakıma bireyin davranış, duygu ve düşüncelerinin iletişime geçerek ve konuşarak değiştirilmesi, iyileştirilmesi anlamına gelene bir terimdir (Öztürk, 2004).

Panik bozukluk: bir sebep olmadan ve birdenbire meydana gelen, şiddeti yüksek iç sıkıntısıyla buna paralel olarak gelişmekte olan bedensel ve bilişsel belirtileri bulunan, kendini panik ataklarla ortaya koyan bir anksiyete bozukluğudur (Erdoğan, 2007; Alkın, 2002).

EMDR Terapi: EMDR, psikolojik danışman veya terapistin parmak hareketlerini kullanarak, danışanın gözlerinin sistematik bir biçimde sağa-sola hareketini sağlama veya danışana ellerini birbirine vurma, sesli uyaranlar iletme gibi ikili uyaranların gönderilmesini, danışan bu hareketleri gerçekleştirme sürecinde geçmişteki yaşantılarının veya travmatik deneyiminin imgesel nitelikte ortaya çıkarılmasını içermektedir. EMDR, danışanların olumsuz yaşam deneyimlerini duygusal sağlıklarına katkı sağlayacak biçimde yeniden işlemelerine yardım eden bir terapi yaklaşımıdır (Seligman, 2001).

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL, KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. PANİK BOZUKLUK TANIMI VE TEMEL ÖZELLİKLERİ

Panik bozukluk; nefes almada zorluk yaşam, sıklıkla nefes alıp verme, titreme, kalp çarpıntısı, baş dönmesi, çıldırma veya ölüm korkusu gibi farklı bilişsel ve bedensel emarelerin çok baskın olduğu, tekrarlayıcı ve ani panik atakları ile tespit edilen bir bozukluktur(Sevinçok ve Akoğlu, 2001).Panik atakları, panik bozuklukların asıl emaresi olmasına rağmen yalnızca ona özgü bir durum değildir.Sosyal fobi, özgül fobi gibi fobiler, yaygın anksiyete bozuklukları, post-travmatik stres bozuklukları gibi çok çeşitli anksiyete bozukluklarında ile madde kullanımları, depresif bozukluk, psikotik bozukluk gibi diğer ruhi bozuklukların seyri sırasında panik atağının görülmesi mümkündür(Kaya, 2007).Panik bozukluğu sürecinde panik ataklarının ayırıcı özelliği “bir sebeple irtibatlı olmadan kendi kendine ve beklenmedik” şekilde meydana gelmeleridir(Karabekiroğlu, Karabekiroğlu, Cömert ve Topçuoğlu,2007). Panik ataklarının bu nitelikleri hastaların bir sonraki panik atağının ne kadar sonra kendini göstereceği hususunda yoğun bir kaygılı bekleyiş içinde olmalarına yol açabilir. Bu kaygılı süreç “beklenti anksiyetesi” ismiyle ifade edilmektedir(Güz ve Dilbaz, 2003: 34).

Ayrıca, panik ataklarına bağlı gelişme gösteren ve bu bozukluk kapsamındaki yeti kaybının asıl sebebi olan agorafobik kaçınma tutumları da bozukluğun temel özellikleri arasında yer almaktadır. Süreç içinde gelişme gösteren bu karakteristik emarede atak geçireceği kaygısıyla birey kalabalıkların içinde, açık alanlar, sokak ve caddelerde, otobüste, mağazalarda sıkıntıya düşeceğini, bir başına kalıp kendisine yardım edilmeyeceği, kendisini çaresizlik içinde olacağı herhangi bir alanda panik atağı geçireceği ihtimalini düşünerek buralara yalnız başına gitmemeye çalışır ve hiç gitmez olur (Oltmanns, 2003). DSM-IV tanı kriterleri, sosyal ortamlara girmeme özelliğinin mevcut olmasına göre panik bozuklukları, agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk olarak iki kategoriye ayırarak incelemiştir. Ancak 2013'te yenilenen DSM-5 tanı kriterleri, yoğun bir sıklıkla panik bozukluğu olmadan da ortaya çıktığıyla ilgili ilişkin bulgulara dayanarak agorafobiyi ayrı bir tanı kategorisi olarak belirlemiştir.

Panik bozukluğunun yaratmış olduğu toplumsal problemler ve sağlık problemleri bireylerde, onların ailelerinde ve toplumun bütün katmanlarında ciddi sevide sorunlara sebep olabilir.

2.2. TARİHÇE

Panik terimi, etimolojisi bakımından Yunan mitolojisine dayanmaktadır. Yunanca “panikos” ve “panikon” kelimeleri, “Pan’a dair”, “Pan’dan gelen”, “Pan ile ilgisi olan”, “Pan’ın sebep olduğu” anlamlarına gelmektedir. Bahsedilen Pan, Yunan mitolojisinin Teke-Tanrı’dır. İmgesi ve etkinliği bakımından çok boyutlu bir figür olan Pan, gövdesi belinin üstünde insan, belinin alt kısmı teke şeklinde olan, çobanların, avcılarının balıkçıların ve hayvan sürülerinin koruyucu tanrısıdır. Yunan ülkesinde diğer coğrafyalara bile yayıldığı bilinen Pan, keçininki gibi boynuzu, sivri kulakları ve sakalları dışında insan başı sahip bir varlıktır. O, kimi zaman kurnaz, muzip, kimi zaman kızgın öfkeli, kimi zaman da hüznü dolu-talepkâr nitelikler taşıyan yüzü kırıksıklıklarla dolu çirkin bir varlıktır (Ceylan ve Yazan, 2000).

En dikkat çekici niteliği cinsel gücü ve isteği olan Pan, çirkin ve kaba olduğu için cinsel eş olarak seçilmez. Çiftleşmek için ya zorbalık ya da hile yapar.Bitmeyen şehveti ve sonu olmayan eril gücü ile bütün perilerinin, çobanların ve hayvanların herkesin peşine düşmek, kimi zaman da tecavüz etmek Pan'ın doğasının temelini oluşturmaktadır.Ondan kaçabilmek için kendisi olmaktan vazgeçen periler söz konusudur. Peri Pitis, çam ağacına, su perisi Sirinks, su kenarındaki saza dönüşerek kurtulur ondan. Pan, hem korkunç görüntüsü hem de ürküntü verici çığlığıyla sürü hayvanları ile orman ve su perilerinin korkarak kaçışmalarına da sebep olmaktadır. Antik Yunan kaynakları, Tanrı Pan'ı, beklenmeyen bir anda birdenbire ortaya çıkan, açıklanamayan yoğun korku ve bunaltı ataklarıyla ilintili biçimde açıklamaktadır.Yazarlardan bazıları, Pan'ı, "Bilinmez'in tanrısı kabul ederek sebebini açıklayamadıkları şeyleri ona atfederler (Bonney, 2000). Panik sözcüğü, Yunan Mitolojisinde hayatını yalnız yaşayan, sıkıntıları olduğu zaman bir mağaraya kapanan, rahatsız edildiği zaman ise çığlıklarıyla etrafına korku salan Pan'dan gelmektedir (Ceylan ve Yazan, 2000).

Panik bozukluktan kaynaklı rahatsızlıkların en belirgin özelliği, sempatik uyarılmanın paralelinde görülen derecesi yüksek anksiyete ataklarının görülmesidir. (Russel ve Rudolf, 1998).Bu ataklar Cannon'un 1929'da tanımını yaptığı tehlikeyle karşılaşan insanın göstermiş olduğu "kaç veya savaş" tepkisine çok benzemekle birlikte bu tepkinin ortaya çıkmasını sağlayacak gerçek bir uyaran söz konusu değildir (Cannon, 1929).

1871 yılında Da Costa askerler arasında göğüs ağrısı, palpasyon, baş dönmesi ile seyreden irritabl kalp sendromunu tanımlamış, bunu aşırı efor sonucu oluşan fonksiyonel kardiyak bozukluk olduğunu düşünmüştür. Panik bozukluğunun etkisiyle meydana gelen akut anksiyete ile öteki sendromların özellikleri yüzyıldan fazla zamandır bilinmekte olan bir tablodur. Da Costa'nın 1871 yılında "Die Agoraphobie" isimli çalışması ile agorafobi sendromu adını verdiği çalışmayla tanımını yapmıştır. Agorafobi sendromunu tanımlarken açık alanda şiddetli korkular yaşamakta olan ve bundan dolayı kendi evlerine gidebilmek için hiç tanımadıkları kişilerin yardımını talep eden üç erkek hastasının durumlarını ortaya

koymaktadır. Da Costa, çalışmasında askerlerde sıklıkla görülen ve göğüste yoğun bir ağrı, şiddeti ağır bir çarpıntı, yapısal bir bozukluğu bulunmadığı halde kimi kardiyak emarelerle giden fonksiyonel bir sendrom şeklinde “irritabl kalp” ismiyle bu tanıyı yapmıştır (Tükel, 2000). I. Dünya Savaşı devam ederken Da Costa Sendromunun “kalbin bozulmuş aksiyonu” ismi verilerek yeniden görülmeye başlandığı anlaşılmaktadır. Bu şekilde, anksiyetenin kardiyak görünümüleri uzun bir zaman sonra yeniden ilgilerin toplandığı bir odak niteliği kazanmıştır. Lewis, 1918 yılında bu durumu tanımlamak için “efor sendromu” terimini teklif etmiştir. Oppenheim ise, bitkinlik durumu ile kardiyak belirtilerin sık sık birlikte bulunduğu bu tabloyu, daha iyi tanımladığını ileri sürerek “nörosirkülatuar asteni” teriminin kullanılmasının doğru olacağını belirtmiştir. (Tükel, 2002)

Da Costa’nın çalışmasını yayımladığı tarih olan 1871’de, Westpal, açık alanlarda şiddetli korku yaşayan ve bu nedenle evlerine gitmek üzere tanımadıkları kimselerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirdiği “Die Agoraphobie” isimli çalışmasında agorafobi sendromunu tanımlamıştır (Tükel, 2002). Belirtileri bir asırdan fazla bir süredir biliniyor olmasına karşın bunun farklı bir ruhsal hastalık olarak tanımlaması son yirmi yıl süreçte yapılabilmektedir.

1871 yılından itibaren insanların fazla olduğu kalabalık ortamlarda olmaktan endişe duyan ve bununla ilgili korkular yaşayan hastalar için kullanılan bir terim olan Agorafobi, Yunan literatüründen Türkçeye “Pazar yeri korkusu” şeklinde tercüme edilmektedir (Roberson ve Kendler, 2011:41).

1880’de Georg Miller Beard, efor sendromuna benzerlikleri bulunan semptomlarıyla giden klinik tablolar için nevrasteni terimini tercih eder olmuş ve bu terim o dönem içinde büyük ölçüde geçerliliğini korumuştur (Ceylan ve Yazan, 2000). 1893 yılında Heckner, çoğu nevrasteni hastalarında halka açık olan alanlarda meydana gelen anksiyete ataklarını ortaya koymuş ve bu atakların kendiliğinden ortaya çıkan niteliğini not ederek takip etmiş, bununla beraber kimi olgularda birkaç belirtisi olan sınırlı-panik atakların var olduğuna vurgu yapmıştır

Agorafobi ile panik atak arasındaki ilişkileri ortaya koyan ilk bilim adamı Freud'dur. Freud 1894 yılında panik bozukluğunu karşılayan anksiyete tablosunu nevrasteni grubu içinden ayırma yoluna gitmiş ve bunu "anksiyete nevrozu" ismiyle tanımlamayı tercih etmiştir. Akıl hastalıklarını sınıflandırılmasıyla psikiyatri bilimine önemli bir katkıda bulunmuş olan Krapelin, 1909 yılında yayımlanmış olduğu eserinde "korku nevrozu" adını vererek anksiyetenin fiziksel, otonomik ve davranışsal görünümünü ele almıştır. Freud, "anksiyete nevrozu" ismiyle nevrasteniden değişik bir sendrom tanımlamış ve anksiyeteye ilk seviyede bir emare olarak bu sendrom kapsamında ele almıştır (Tükel, 2002). 1895 yılında yazmış olduğu bir makalede baş dönmesi, irritabilite, paresteziler, terleme, solunum güçlüğü ve kalp spazmları gibi emarelerle tanımladığı bu sendrom ile anksiyete nevrozu terimini psikiyatri literatürüne dahil etmiştir (Güleç ve Köroğlu, 1997). Anksiyete nevrozunun kronik bir şekle dönüşebileceğine veya beklenmedik ağır şiddetli anksiyete atakları şeklinde kendisini ortaya koyabileceğine vurgu yapmıştır. Yani, çağımızda yaygınlaşmış anksiyete bozukluğuyla panik bozukluğunu bir tek hastalığın gösterimleri biçiminde kavramlaşmasını sağlamıştır (Tükel, 2000) .

Francis Henkel, 1917 yılında yayımlanmış olduğu DSM teşhis kriterlerine epeyce benzemekte olan "paroksizmal anksiyete atağı" olarak tanımlamıştır (Berrios, 1996: 32-55.). 1920'de Culpin, efor sendromunun anksiyete ve fobilerle ilgisi olduğunun farkına varmış, tedavi sürecinin arka planda bulunan psikiyatrik sorunlara dair olmasının gerekli olduğunu ifade etmiştir (Ceylan ve Yazan, 2000).

Anksiyete atakları adıyla tanımlanan durumlarla ilgili "panik atağı" terimi, literatürde ilk defa Klein tarafından kullanılarak 1962'de İmipramini panik bozukluğu tedavi sürecinde denemiştir. Klein, sonraki dönemde "farmakolojik diseksiyon" olarak adlandırdığı bir yaklaşım sergileyerek imipramine cevap veren panik ataklarını, cevap vermede yetersiz olan yaygın anksiyeteden ayrı tutmuştur. Bu ayırıcı noktadan hareket ederek panik bozukluğunu değişik bir anksiyete bozukluğu olduğunu iddia ederek bu yolda bir tanımlamaya gitmiştir. 1980'de yılında Klein'ın büyük gayretlerinin sonucu olarak panik

bozukluğu, DSM- III tanı sistemi içinde ayrı bir tablo olarak kendisine bir yer bulmuştur.Sonra dönemlerde geliştirmiş olduğu yeni anksiyete bozukluğu olgusunda ise, beklenti anksiyetesinin panik ataklarının ardılı niteliği taşıdığını, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takip ederek agorafobinin gelişmiş olduğunu ispat etmiştir.Panik atakları ile agorafobiyi aynı teşhis grubu kapsamında değerlendirmiştir. Klein'ın "tekrar eden beklenmedik panik atakları", 'beklenti anksiyetesini' ve 'agorafobi' biçiminde tanım yapması çağımızda hala geçerliği en yüksek olan panik bozukluğu modelidir (Tükel, 2002; 5-13). Panik bozukluğu gerçek tanımının yapılması DSM-III ile mümkün olmuştur.Panik bozukluk, 1980'de Amerika Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanmış olan DSM-III'de anksiyete bozuklukları kapsamında ayrı bir teşhis biçiminde değerlendirilmiştir.Bunun yanında bu sınıflama içinde agorafobi de anksiyete bozuklukları kapsamında yalnız başına ya da panik bozukluk ile beraber yer sınıflandırılmıştır.DSM IIIR'de panik bozukluğa, agorafobiden daha kapsamlı bir yer ayrılmış ve agorafobi bulunmadan panik bozukluk sınıflaması da ilave edilmiştir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 1987). DSM-IV'de ise agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk teşhisleri bulunmaktadır (Köroğlu,1987). Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı sınıflaması olan International Classification of Mental Disorders (ICD-9)'da panik bozukluk teşhis kategorisi yer almazken ICD-10'da bir aylık süreç içinde bir kaç defa ağır otonomik bunalı nöbeti geçirmekte olan hastalar için "panik bozukluk veya paroksizmal bunalı nöbetleri" teşhisine yer verilmiştir (Öztürk ve Uluğ, 1993).

DSM-IV'te panik bozukluğu agorafobili ve agorafobisiz olarak iki kategoride ele alınırken DSM-5'te bu ayrım kaldırılarak agorafobi, ayrı bir tanı kategorisi olarak koyulmuştur. Agorafobinin sık olarak panik bozukluğu bulunmadan da ortaya çıktığına dair çalışma bulgulara ulaşılması, bu değişikliğin gerekçesi olarak ileri sürülmektedir. DSM-5'e göre hastanın agorafobisi ve panik bozukluğu varsa, her iki tanı birlikte konulmalıdır.hastalıkları isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak ICD-10'da ise agorafobi tanımı panik bozukluğu olan ve olmayan biçiminde değerlendirilmiştir.

2.3. Klinik Belirti ve Bulguları, Tanı Ölçütleri

Panik atağın en belirgin niteliği; beklenmeksizin, sebepsiz şekilde kendini göstermesi ve bu tabloya ağır bir korku ile huzursuzluk hissinin eşlik etmesidir. Panik bozukluğu yaşayan hastalar, panik atağı emarelerini kalp krizi geçirdiği, felç yaşayacağı, bayılacağı, kontrolünü kaybedeceği, öleceği veya çıldıracağı şeklinde yorumlamaktadır (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Panik bozukluğu teşhisi konulan hastaların ortaya koydukları belirtiler ve bu belirtilerin şiddeti her hastalara göre büyük değişiklikler sergilemektedir. Daha önce belirtildiği gibi panik bozukluğunun üç esas klinik özelliği bulunmaktadır. Bu özellikler; panik atakları, agorafobi ve beklenti anksiyetesidir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 1994).

Bu korku ve yorumlar atağın bilişsel tarafını meydana getirmektedir. Bu çeşit duygu, anlayış ve yorumlar hastalarda sübjektif bir huzursuzluk durumu oluşturmakta veya mevcut anksiyetenin artmasına yol açmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliğinin oluşturmuş olduğu DSM-V-TR tanı kriterlerine göre, panik atağı teşhisi için atak esnasında, toplamda 13 bilişsel veya bedensel emareden azami dört tanesinin korku duygusuna eşlik etmesi gerekmektedir. (Tablo 1)

Tablo 1:*Panik atak için DSM-V-TR Tanı Ölçütleri*

DSM-5' e göre panik bozukluk tanı ölçütleri şöyledir.

1. Çarpıntı, kalp ritminde hızlanma ve düzensizlik, kalbin küt küt atması.
 2. Terleme.
 3. Titreme ya da sarsılma.
 4. Havasız kalma, soluğun daraldığı duygusu.
 5. Boğulma hissi.
 6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma hissi.
 7. Bulantı ya da karında rahatsızlık hissi.
 8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik hissi, bayılacak gibi olma durumu.
 9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basma hissi.
 10. Vücutta uyuşma, karıncalanma hissi ya da duyumları algılayamama.
 11. Kendine yabancılaşma, kendinden kopma, gerçek dışı olma durumu.
 12. Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu.
 13. Ölüm korkusu, ölüm zamanının geldiği algısı.
-

Panik bozukluğu tanısı koymak için;

Yukarıdaki belirtilerin en az dördünün yaşandığı, tekrar eden ve beklenmedik panik ataklar olmalı.

Atakların en az birinden sonra başka panik atak geleceği endişesiyle en az 1 aylık süre ile yoğun kaygı duyarak kaygılanma veya spor yapmak ve bilinmeyen herhangi bir durumdan kaçınma gibi uyum bozukluğu ile giden davranış değişiklikleri gösterme.

Zehirli guatr (hipertiroidi-tirotoksikoz), kalp ve akciğer hastalıkları gibi tıbbi bir hastalık veya madde kullanımı olmamalıdır.

Başka bir ruhsal bozukluk ile bu durum açıklanamamalıdır.

Her ne kadar tanımına uygun olarak kendiliğinden gelişmiş olsa da, panik bozukluk rahatsızlığı yaşayanların bir bölümü emarelerin başlamasından önce bir hastalık geçirdiklerini veya kaza yaşamış olduklarını, sevgili veya da eşleriyle ayrılık yaşadıklarını, hamilelikten sonra bu tablonun gelişme gösterdiğini veya LSD, esrar gibi madde kullanıldıktan sonra panik bozukluğun görülmeye başladığını ifade edebilirler (Lin vd., 1998; Goodwin vd., 2004; Kocabaşoğlu, 2002). Bunların dışında herhangi bir uyarılma, fiziki egzersiz, emosyonel travma; kafein, madde, alkol, kullanımı gibi durumların da ilk atağı tetikleyici nitelik taşıdığını söylemek mümkündür. Daha sonra ortaya çıkan ataklarda genel olarak herhangi bir stres faktörü veya yaşantı olmadan ataklar kendiliğinden meydana gelmektedir (Tükel, 2002).

Panik atağı hızlı bir şekilde kendini gösterir, başladıktan sonra 2-10 dakika içerisinde zirveye çıkar ve genellikle bu süreç 10-30 dakika devam eder. Nadir olmakla beraber saatlerce sürdüğü de olur. O esnada hastaların yaptıkları faaliyetleri devam ettirmeleri zorlaşmış, hatta imkânsız duruma gelmiştir (Köroğlu, 2006). Panik bozukluk rahatsızlığı yaşayanlar bir an evvel içinde oldukları durumdan çıkmayı istemektedirler. Kalp hızının artması, çarpıntı ve başta dönme gibi teşhis kriterleri içinde bulunan emareler hastalar tarafından en çok beyan edilen emarelerdir. Bunlardan başka panik atakları esnasında hastalar ağızda kuruluk, idrara çıkma isteği, karında gaz duygusu veya basınç, barsak hareketlerinin çoğalması, geçirme, alınganlık, düşünememe, düşünce hızında düşme, baş ve ensede ağrı gibi belirtilerle karşılaştıklarını ifade etmektedirler. Her türlü ortam içinde, hatta uyku esnasında da panik ataklarının gelişmesi mümkündür. Atakların sıklık ve şiddet dereceleri de epeyce değişiklik gösterir; bazı hastalar haftada bir kere atakla karşılaşırken her gün çok defa, ayda bir defa veya çok daha az sıklıkta atakla karşılaşanlar bulunmaktadır (Tükel, 2002).

Panik atağı bireylerde ciddi şekilde kaygıya yol açar ve kısa sürede tıbbi yardım arayışına neden olur. Bu hastalar her şeyden ilk yardım polikliniklerine, daha sonra da en başta kardiyolog ve nörologlar olmak kaydıyla çok çeşitli hekim gruplarına müracaatta bulunurlar. Genel olarak yapılan temel muayene ve EKG biyokimya gibi incelemeler sonunda normal bulgulara rastlanmaktadır ve emarelerin psikolojik olması ihtimaline dikkat çekilir. Hastalardan birçoğu çok çeşitli, gereği olmayan inceleme ve değerlendirmelere tabii tutulur. Yapılmış olan bir çalışmada hastaların psikolog ve psikiyatristlere başvurmadan önce 6- 7 farklı doktor tarafından muayene edildikleri tespit edilmiştir. Tablo 1’de Panik bozukluk rahatsızlığı yaşayan hastaların hangi bölümlere hangi belirtileri ileri sürerek müracaat ettiklerini göstermektedir (Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Tablo 2.

Panik Bozukluğu Belirtilerinden Bolayı Başvurulan Bilim Dalları

Tıp Dalı	Belirti Grupları
Göğüs hastalıkları	Nefes darlığı, hiperventilasyon
Dermatoloji	Titreme, üşüme, terleme
Kardiyoloji	Çarpıntı, göğüs ağrısı, göğüste rahatsızlık hissi
Nöroloji	Denge kaybı, ellerde uyuşma, derealizasyon, depersonalizasyon, titreme, baş dönmesi
KBB	Ağız kuruluğu, yutkunma güçlüğü
Kadın-Doğum	Sıcak basmaları, terleme
Gastroenteroloji	Bulantı, diare, karın ağrısı
Üroloji	Sık idrara çıkma

Panik bozukluk rahatsızlığı yaşayan hastalarda ilk atak sonrası veya atakların daha sık ortaya çıkmasıyla beraber başka bir atak görüleceğine dair bir korkunun gelişmesi mümkündür. Bu hastaların endişe yüklü bir bekleyiş içinde hiperaktivitenin beraberliğinde bir anksiyete durumu yaşamaları mümkündür. Bu yeni bir panik atağıyla karşılaşma korkusu ve beklentisine “beklenti anksiyetesi” adı verilmektedir. Beklenti anksiyetesi; bir panik atağı geçirme ihtimali ile ilgili

olarak huzursuzluk verici ve kaygılı, yoğunluk kazanmış düşünce uğraşı; panik atağın yineleneyeceği ve bunun kendisini tehlike içine sokacağına olan beklenti ve inancına süregiden bir korku temayülü veya korkuyla meydana gelen bedeni duyumlardan korkuya kapılma biçiminde temel üç unsurdan meydana gelmektedir. Beklenti anksiyetesi içinde bulunan hastalar, devamlı olarak ne zaman panik atak kriziyle karşılaşacaklarını tahmin etmek için bütün bedensel ve çevresel ipuçlarına yorum getirmeye gayret etmektedirler. Bariz bir uyarılmışlık ve tetikte olma durumu içindedirler ve beden duyumlarına ilgilerinde yükselme olmuştur. Bundan dolayı beklenti anksiyetesi, durumsal panik ataklara ve agorafobik kaçınma tutumlarına temel oluşturabilir (Sungur, 1997; Erdoğan, 2007).

Panik bozukluk süreci içinde görülmekte olan bir başka tablo agorafobidir. En başta iki farklı bozukluk biçiminde değerlendirilmişse de son çalışmalar panik bozuklukla agorafobinin aynı hastalığın bölümlerinden olduğunu düşündürmektedir. Agorafobi sıkıntısı bulunan hastaların %95'i panik bozukluğu kriterleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Toplum çalışmaları değerlendirildiğinde paniksiz agorafobi oranlarının çok düşük olduğu tespit edilmiştir. DSM-IV-TR'ye göre de panik bozukluğunun bir komplikasyonu biçiminde gelişme gösteren agorafobinin tanımı "panik atağı olduğunda yardım almanın ya da kaçıp kurtulmanın kolay olmayacağı durum/ortamlardan korku" biçiminde yapılmıştır. Panik atak eğer bireyin kaçması veya yardım almasının zor olduğu bir halde veya yerde meydana geliyor, bu tarz bir durumdan kaçılıyorsa "Panik bozukluk (agorafobili)" olarak adlandırılmaktadır. Hastalar, bu gibi hallerden sakınırlar veya sadece kendilerine eşlik eden biri olduğu zamanlarda bu durumlara girebilirler ya da bu durumlarla karşılaştığında bariz bir stres yaşamaktadırlar.

DSM-IV tanı kriterleri, sosyal ortamlara girmeme özelliğinin mevcut olmasına göre panik bozuklukları, agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk olarak iki kategoriye ayırarak incelemiştir. Ancak 2013'te yenilenen DSM-5 tanı kriterleri, yoğun bir sıklıkla panik bozukluğu olmadan da ortaya çıktığıyla ilgili ilişkin bulgulara dayanarak agorafobiyi ayrı bir tanı kategorisi olarak belirlemiştir.

Kendi kendine oluşan panik ataklarının yaratmış olduğu tehlike ve tehdit algısı, hastaların kaçınma tutumlarını tetiklemektedir. Hastalar, panik atak ve anksiyeteyi yaşamamak ya da tehlikeli olduğunu düşündükleri durumlardan kendilerini muhafaza etmek için etkisi olmayan ve sorunun çözülmesine yardımcı olmayan davranışları da kapsayan kimi güvenlik tedbirlerini uygulamaya çalışmaktadırlar. Bireyler anksiyeteye veya huzursuzluğa yol açabilecek durum, olay ve yerlerden uzak durmaya çalışmaktadırlar. Kimi zaman bu kaçış tutumu oldukça şiddet kazanır ve sakındığı olaya veya duruma girmek zorunda kaldığında kişinin panik atağı yaşaması mümkün olabilir. “Fobik kaçınma” ve “güvenlik arama davranışları” anksiyeteyi geçici bir süre için yatıştırmakla beraber hastalığın sürmesini sağlayan fonksiyonu bulunmakta ve üstelik bu tutumların kendisi de yeni belirtiler üretmesine sebep olmaktadır. Tipik olarak agorafobiye yol açan ortamlar için; evin dışında yalnız kalma, kalabalıkta olma, tren, otobüs gibi taşıtlarda yolculuk yapma, köprülerin üstünde, asansörde bulunma gibi durumlar sayılabilir (Sungur, 2000). Kişi bu ortamlara yoğun bir sıkıntı içinde tahammül etmektedir. Genellikle böyle ortamlarda olmaktan kaçınmakta veya buna başka birinin eşliğinde dayanabilmektedir. Bahsedilen kaçınma tutumu, bireyin toplumsal ve mesleki hayatında bozulmalara yol açar (Dilbaz, 1997).

Bu belirti ve semptomlar ışığında panik atakların yinelenildiği, atakların yineleneneceğine dair korkuların yaşanmakta olduğu, davranışlarda değişikliklerinin görüldüğü hallerde hastaya panik bozukluk teşhisi konulmaktadır.

2.4. Etiyoloji

Panik bozukluğu hakkında yapılan araştırmalardan varılan sonuçlar, panik bozukluğa sebep olan etkenlerin tam anlamıyla ortaya konulması bakımından henüz yeterli noktalara ulaşmamıştır. Bunun yanında, panik bozukluğun sebeplerini genellikle biyolojik, sosyal ve psikolojik-sebepler başlıkları altında üç ayrı başlık altında değerlendirmek mümkündür.

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Biyolojik kuramda noradrenerjik sistemdeki fazla aktivasyonla ilgili değerlendirmeler gidilmiştir. Nörobiyolojik yaklaşımla, panik bozukluğun meydana gelmesinden noradrenerjik, gabaerjik ve serotonerjik sistemler sayısı fazla olan ve birbirleri ile karşılıklı olarak etkileşim içinde olan nörotransmitterlerin sorumluluğu olduğu kabul görmektedir. Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre panik bozukluğun temelinde temporal bölgedeki farklılıklar görülmektedir. (Karabekiroğlu vd., 2007). Bu sistemler aracılığıyla duygu, düşünce ve davranışları düzenleyen beyin sapı, amigdala, limbik sistem ve prefrontal bölge gibi beynin farklı seviyelerindeki çeşitli nöronal yapı ve bölümlerinde bir işlev bozukluğundan bahsedildiği ve bu fonksiyon bozukluğunun panik bozukluğa sebep olduğu tahmin edilmektedir. Yine korkuya sebep olan uyarımlar beyinde korkudan sorumlu bölge olan amigdalaya geldiği zaman amigdala, davranışsal ve otonomik emarelerin ortaya çıkmasına yol açan yapılara farklı uzantılar göndermek suretiyle davranışsal tepkilerin görülmesini sağlamaktadır (Karabekiroğlu vd., 2007; Erdoğan, 2007). Amigdala içinde bulunan locus seruleus çekirdeğinin normal düzeyinin üzerinde olması ile kalp hızının yükselmesi, korku tepkilerinin ortaya konulması gibi neticeler gelişmekte; bununla yaşanmakta olan panik atak emareleri arasında ilişki kurulmaktadır (Davison ve Neale, 2011).Biyokimyasal ve fizyolojik değişiklikler akut panik ataklarına sebep olmaktadır (Klein ve Gorman, 1987).

Panik bozukluğu bulunan hastalarda karbondioksit ve sodyum laktat gibi farklı kimyevi maddelerin panik atağı uyarıcı nitelik taşıdıkları tespit edilmiştir. Bilhassa karbondioksit aşırı duyarlılığı normal kişilerde ve öteki ruhsal bozukluklarda karşılaşılmayan bir tablo olduğundan dolayı panik bozukluğuna has bir bulgu, bir tür biyolojik belirtke olarak değerlendirilmektedir. Parsiyel arteryel karbondioksit seviyelerini kontrol eden beyin sapındaki merkezi kemoreseptörlerin karbondioksite olan duyarlılık eşiğinin alt seviyede bulunması, bu hastalarda kendini karbondioksite karşı yükselmiş bir duyarlılık olarak ortaya çıkmaktadır. Beyinde yer alan ve yaşamsal bir öneme sahip olan bu karbondioksit denetleme

mekanizması veya birimi, bu hastalarda gerekli olmadığı halde “yanlış bir boğulma alarmı” vermekte ve peşinden solunum problemi, anksiyete bulguları ve hiperventilasyon ile ortaya çıkan bir panik atağı gelişmektedir (Tükel, 1997).

Aile ve ikiz çalışmaları, panik bozukluğun kalıtsal yönünün, genetik yatkınlığın yoğun etkisi bulunduğunu ortaya koymaktadır (Mosing vd., 2009). Ailelerle ilgili araştırmalara göre, panik bozukluğu bulunan kişilerin ailelerinde panik bozukluğu görülme sıklığı %20 civarındayken, bu oran sağlıklı kişilerin yakınlarında yalnızca %2 düzeylerindedir. Tek yumurta ikizi olan bireylerde panik bozukluk eş hastalanma düzeyleri %45 oranındayken çift yumurta ikizi olan bireylerde bu oranın %15 düzeylerinde bulunması bu bozuklukta kalıtsal etkenlerin çevresel etkenlerden çok daha bariz etki gösterdiği biçiminde değerlendirilmiştir. Sonuç olarak değişik araştırmaların vardığı ortak düşünce; genetik etkenler ve benzer çevre şartlarına maruz kalmanın, panik bozukluğun ortaya çıkmasında dikkate değer bir öneme sahip olduğu yönündedir (Maier ve Lichtermann, 1993; Mosing vd., 2009; Erdoğan, 2007). Ne var ki genetik yatkınlığı meydana getiren sürecin bir hayli kompleks olduğu da göz ardı edilmemelidir (Korobeynikova vd., 2012). Panik bozukluk tanısı konulmuş bireylerin birinci derece akrabalarında, panik bozukluk tanısı konulmayan bireylere göre 4 ile 7 kat daha yüksek oranda panik bozukluğun gelişme gösterildiği beyan edilmektedir. Fakat bu alanda yapılmış olan çalışmaların yeterli düzeyde olmaması, kesin neticelere varma ulaşma bakımından dezavantaj meydana getirmektedir (Tükel, 1997).

2.4.2. Toplumsal Etkenler

Panik bozukluğun gelişme göstermesinde; çocukluk döneminde yaşanmış olan bedensel ve cinsel istismar gibi negatif yaşantıları görmek mümkündür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Erken dönemde kayıp, ayrılık, duygusal ihmal, çocuklukta fiziksel ve cinsel istismar gibi travmatik yaşantı ve yaşamdaki stres olaylarının; kaygı bozukluklarıyla bilhassa da panik bozuklukla ilgili olabileceği çalışmaların birçoğunda ifade edilmektedir (Zou vd., 2016; Manfro vd., 1996; Spinhoven vd.,

2010). Batı ülkelerinde yapılmış olan çeşitli araştırmalarda çocukluk dönemi içinde yaşanmış çocukluk dönemi hastalıkları, aile içi şiddet ve cinsel istismar panik bozukluk hastalarında çok daha yüksek oranda görülmektedir (Bandelow vd., 2002). Panik bozukluk hastalarının çocukluk dönemi negatif yaşam deneyimlerine bakıldığı zaman maddi hayatın kötüleye gitmesi en başta bulunmak üzere sırası ile okul değiştirme, taşınma, bir aile ferдинin ölmesi ve fiziki şiddet gibi çeşitli negatif yaşantıları görülmektedir (Etik vd., 2007). Özellikle de erken dönem içinde yaşanmış olan ebeveynlerden ayrılma veya ebeveyn kaybı gibi negatif yaşantıların panik bozuklukta üst seviyede olması, panik bozukluğun meydana gelmesinde çocukluk çağlarında yaşanmış olan stres etkenlerinin etkisinin olma ihtimalini düşündürmektedir. Bu tür negatif erken yaşantı deneyimleri ile panik bozukluk arasındaki ilişki dikkate değerdir. (Bandelow vd., 2002; Servant ve Paroquet, 1993).

Ayrıca erken dönem stres yaratan ve travmatik yaşantılarla birlikte çocukluk döneminde yaşanmış olan kaygı bozuklukları ile de panik bozukluk arasında bir bağlantı bulunduğu bilinmektedir. Örnek vermek gerekirse Newman ve arkadaşlarının (2016) panik bozukluk hastalarında gelişimsel risk etkenlerini ele aldıkları araştırmada; çocukluk döneminde spesifik fobisi olan kişilerin daha sonraki dönemlerde panik bozukluk teşhisi alma olasılıkları oldukça üst düzeyde tespit edilmiştir. Türkiye’de yapılmış olan bir çalışma ise çocukluk döneminde yaşanmış olan ayrılık kaygısıyla panik bozukluk arasındaki irtibata vurgu yapılmıştır (Tunçer, 1995).

Literatürde panik bozukluk gelişim evresinde yakın dönemlerde yaşanan strese sebep olan yaşantılarının etkili olma ihtimali ifade edilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2004; Tükel, 2009). Bununla bağlantılı olarak panik bozukluğun başlangıç evresi değerlendirildiğinde, yaşanmış olan ilk panik ataktan önceki bir yıl içinde negatif yaşantıların sıklıkla görülmüş olduğu ileri sürülmektedir. Çeşitli çalışmalarda ortak olan bu ilişki, son dönem içinde yaşanmış olan stresli yaşantıların panik bozuklukta etkili olduğunu düşündürmektedir (Manfro vd., 1996; Etik vd., 2007). Sevilen bir yakının kaybedilmesi veya sağlıkla ilgili negatif hayat deneyimleri gibi

strese neden olan etkenler de panik bozukluğun başlama sürecinde öne çıkmaktadır (Klauke vd., 2010). Panik bozukluk tanısı almış bireylerin yarısından çoğunda panik bozukluğun gelişme sürecinden önce aylar içinde ayrılık tehdidi veya ayrılık, gebelik, iş değiştirme, göç, evlilik, ilişkilerde çatışma gibi değişik kaynaklı stres verici durumlara rastlanması, stresin de panik bozukluk üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir (Manfro vd., 1996; akt. Tükel, 2009). Panik bozuklukla ilgili belirtilerin başlamadan önceki haftalar içinde aile içinde yaşana şiddet, tartışma ve maddi bir sıkıntı içinde bulunmak gibi strese sebep olan olaylar yaşamakta olan bireylerde, panik bozukluk emareleri daha da şiddetli düzeylere yükselmektedir (Moitra vd., 2011). Potter ve arkadaşları tarafından (2014) yapılan çalışmaya göre işsizlik gibi strese neden olan bir durumu yaşayan bireyler işi olan bireylere göre ortalama iki kat daha fazla panik atakla karşı karşıya kalabilmektedir. Yine Türkiye’de yapılmış olan çeşitli çalışmalarda, panik bozukluk hastaları içinde boşanmış ve dul bireylerin oranının daha yüksek olması (Saygılı ve Karamustafalıoğlu, 2010) veya çoğunda sosyal ve ekonomik seviyenin düşük olması da (Girit vd., 2011) çeşitli strese yol açan olayların panik bozukluk üzerinde yordayıcı olma ihtimalini ortaya koymaktadır. Negatif yaşam deneyimleri, panik bozukluk seviyelerini arttırabilirken pozitif yaşantıların panik bozukluk üzerinde muhafaza edici katkısının bulunması da mümkündür. Bu bağlamda yaşanmakta olan stres verici yaşantıları ile panik bozukluk arasındaki ilişki, panik bozukluğun şiddet düzeyi ve tablosu bakımından büyük ölçüde önem taşımaktadır (Lteif ve Mavisakalian, 1995).

2.4.3. Psikolojik Etkenler

Bilişsel kuram, panik bozukluğun sebeplerini açıklamak bakımından ileri sürülmüş bir psikolojik kuramlardan biridir. Psikanalitik kurama göre tehlikeli duruma engel olamk için geliştirilen bir tepki de kaygıdır. Benlik, tehlikeli durumdan kaçınmak suretiyle kendisini kaygıdan muhafaza etmektedir (Akvardar vd., 2006). Bilişsel kuram teorisine göre ise kişilerde görülen panik bozukluğu, ruhsal veya bedensel kökeni olan içsel duyumların yanlış şekilde katastrofik olarak değerlendirilmesine

bağlıdır. Böyle bireyler, panik atak esnasında yaşamış oldukları emareleri, ruhsal veya bedensel bakımdan zararlı, tehlikeli ve ölümcül olduğu biçiminde algılamaktadırlar. Bir süre sonra hastalar anksiyete belirtilerinden korkmaya başlarlar, sözün özü “korkudan korkmaya” başlarlar ve bütün dikkatlerini bu belirtilere odaklarlar. Bilişsel kuramda Goldstein ve Chambless (1978) tarafından geliştirilmiş olan “korkudan korkmak” teorisinde, yaşanan bir panik ataktan sonra, aynı yerde tekrar atak geçirileceğine dair şartlanmış korkuyu belirtmektedir. Devamlı olarak kendilerinde muhtemel bir panik atağı belirtileri aramaktadırlar. Bu inançlar, kişide bir kısır döngüye sebep olarak daha fazla anksiyeteye, daha fazla duyum ve belirtinin algılanmasına sebep olur. Bir çeşit korkulan şartlanmış bir uyarana verilmiş olan şartlanmış cevaplar oluşturulur (Goldstein ve Chambless, 1978).

Clark'ın (1986) bilişsel kuramına göre ise olağan kabul edilmesi mümkün kaygıların yanlış değerlendirilerek felaket olarak algılanması sonucunda panik ataklar meydana gelmektedir. Kaygı yaratan duyumların tehditkâr olarak yorumlanmasıyla birlikte durum hakkında negatif beklentilerin bulunduğu görülmektedir. Bu durumda normal stres esnasında yaşanmakta olan bir çarpıntı, yaşanması muhtemel bir kalp krizinin belirtisi olarak değerlendirilebilmekte, bundan dolayı da algının şiddeti yükselmektedir. Kaygının artması ve bedeni tepkiler, bu yanlış değerlendirmenin bir delili olarak kabul edilmekte ve bu düşünce yapısı bir döngüye evrilmek suretiyle süreklilik göstermektedir (Clark, 1986). Kaygıdan başka yorgunluk ve kan şekeri düşüklüğü gibi çeşitli duyumlar da yanlış yorumlandığında aynı bedensel tepkiler görülebilmekte ve birey yine bu bedeni tepkileri tehlikeli veya tehdit olarak algıladığında panik atak yaşama ihtimali ortaya çıkmaktadır (Clark, 1986; Wells, 1997). Clark'a göre (1986) bilişsel teori, panik atakların meydana gelmesini bir döngü olarak ifade etmektedir. Bu model “kısır döngü modeli” olarak da adlandırılmaktadır (Clark, 1986).

Psikoanalitik yaklaşım, panik gelişim ile bastırma savunma mekanizması arasında yakın bir ilişkinin bulunduğunu belirtmektedir. Bastırma, bilincin kabul etmediği cinsel düşünce, duygu veya dürtülerin bilince ulaşmasına engel olur. Kabul

edilmeyen bu dürtü ve düşüncelere bağlı psişik enerji, bastırma mekanizmasıyla baskı altına alınamadığı zaman bilince ulaşır ve kişide anksiyete ve panik ataklara yol açar. Bundan başka panik bozukluğu bulunan bireylerin sağlıklı olanlara göre daha fazla stresli yaşam deneyimleriyle karşılaştıkları, bu hastaların ortalama %50 kadarının geçmişinde ayrılık anksiyetesi ile karşılaştıkları, panik atakların da daha çok birey için değer verdiği bir kişinin kaybedilmesinde veya boşanma gibi bir ayrılık sonrasında olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, ruhsal faktörlerin panik bozukluğu oluşum sürecinde de etkili olduğunu düşündürmektedir.

Agorafobinin zemininde ise erken dönemlerde içinde ebeveynin kaybedilmesi, ayrılma endişesi öyküleri bulunmaktadır. Buna göre toplumsal yapı içinde bir başına kalmak, erken dönemde yaşanmış olan ayrılık endişesini çağrıştırmak yoluyla sakınma, bastırma gibi çeşitli savunma mekanizmalarına sığınılmaktadır. (Kaplan ve Sadock, 2004).

2.5. Epidemiyoloji

Panik bozukluk, beklenmeyen bir anda gelişen, yineleyici panik ataklarla karakterize bir psikiyatrik sendromdur. Toplum içindeki her on kişiden biri hayatının bir devresinde, minimum bir kez yaşamış olduğu panik bozukluk sık rastlanani yaygın bir psikiyatrik hastalıklardan biridir (Brown vd., 1993; Eaton vd., 1994; Abramowitz ve Foa, 1998). Panik bozukluk hastalığının hayat boyu yaygın olma oranı %1.53, hayat boyu bir veya birden daha çok panik atağı yaygınlığı %3.6 ile 9.9 arası, panik bozukluğu bulunan hastalarda hayat boyu agorafobi yaygınlığının ise %22.5 ile %58.2 arasında seyrettiği ortaya konulmuştur (Eaton vd., 1994). Wittchen ve Essau'nun 1993 yılında yapmış oldukları kapsamlı geniş bir araştırma sonuçlarına göre bozukluğu hastalığının hayat boyu yaygınlık oranı %2, agorafobide ise aynı durum %5 olarak tespit edilmiştir. ABD'de panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranının %1 ile 1.5 arasında seyrettiği beyan edilmiştir (Eaton vd., 1994).

Weismann ve arkadaşlarının (1997) birçok ülkede yapmış oldukları araştırma sonucunda ise panik bozukluğunun yaygınlık düzeyi yıllık % 0.2-2.2, hayat boyu yaygınlık oranı ise % 0.4 ile 3.5 arasında saptanmıştır. Bu süreçte sadece panik atağı geçirme oranının panik bozukluk yaşanma oranından daha sık olduğu görülmüştür ve genel popülasyon içinde hayatın herhangi bir devresinde panik atağı geçirdiğini beyan eden bireylerin oranı % 7-14 olarak tespit edilmiştir (Amering ve Katschnig, 1990).

Panik bozukluğun en yaygın olarak geç ergenlik dönemi otuzlu yaşlar aralığındaki dönem içinde başladığı ve strese neden olan bir yaşam olayından sonra meydana gelmektedir (Aysev ve Taner,2007; Sergui vd., 2000; Tükel,2002).Panik bozukluğu yaşamın uzun çizgisinde herhangi bir zamanda da ortaya çıkması mümkündür. Hastalık, 15 ile 25 ve 45 ile 54 yaşları arasındaki süreç içinde iki defa zirve yapma temayülü taşımaktadır (Essau vd., 1999).

Yapılan birçok klinik epidemiyolojik ve çalışmalarda panik bozukluğunun yaygınlık oranının cinsiyete göre değişiklik gösterdiği, kadınlarda daha geniş bir yaygınlık görülmekte olduğu ve daha erken yaşlarda gelişme gösterdiği biçiminde ortak bir bulguya ulaşılmıştır. Panik bozukluğun hayat boyunca görülme yaygınlığı erkeklerde %2, kadınlarda ise %5 oranındadır (Davidson ve Neale, 2004; Gökler, 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde DSM-III tanı kriterleri temel alınmak suretiyle yapılmış olan epidemiyolojik alan çalışmasında (ECA) panik bozukluk yaygınlık oranının %1.7 (erkeklerde %1.0, kadınlarda %2.3) oranında tespit edilmiştir (Eaton vd., 1991).

Panik bozukluk çoğunlukla yetişkin bireylerde görülmekte bir hastalıktır. Ancak son dönemlerde yapılmış olan araştırmalardan elde edilen bulgularına göre çocuk ve ergenlerde de sık olarak panik bozukluğu rahatsızlığı gözlendiği ifade edilmiştir (Aysev ve Taner,2007; Birmaher ve Ollendick,2004).Ergenlerde yaygınlık oranı genel olarak ortalama %1 düzeyindedir (Whitaker vd., 1990; Essau vd., 1999).Ancak klinik örnekleme ergen ve çocuklarda panik bozukluğu düzeyi % 1.0-1.5 arasında saptanmıştır (Alessi vd., 1987).Bu bozuklukların ergenlerde ve

kadınlarda daha fazla rastlandığı, özellikle 14 yaşından sonra da artış gösterdiği belirlenmiştir (Birmaher ve Ollendick, 2004; Ollendick vd., 1994).

Yapılmış olan çalışmalarla ulaşılan bulgular panik bozukluk rahatsızlığı, ergen ve çocukların %18 gibi göz ardı edilmesi mümkün olamayacak bir bölümünde emarelerin 10 yaşından önce başlamış olduğunu ortaya koymuştur (Gökler, 2005). 14-17 yaş aralığında geniş bir örneklem üzerinde yapılmış olan bir araştırmada panik bozukluk yaygınlık oranı %0,6 olarak belirlenmiştir (Aysev ve Taner, 2007). Yapılmış olan bir diğer çalışma sonucunda ise agorafobinin paralel seyrettiği durumlarda panik bozukluğu hastalığının daha çok yirmili yaşların ilk dönemlerinde, agorafobisiz hastalığının daha çok yirmili yaşların son dönemlerinde başladığı anlaşılmıştır (Tükel, 2002).

Türkiye’de 1992’de İstanbul’da yapılmış olan bir çalışmada panik bozukluk rahatsızlığının yaygınlık düzeyi % 1,2 iken, 1995’ye Sivas’ta yapılmış olan bir başka değerlendirmede ise bu oran % 4,3 olarak bulunmuştur (Köroğlu, 1994; Lyons vd., 2006). Yine bir diğer çalışmada agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu rahatsızlığının hayat boyu prevalansı % 1,5-3,5 aralığında, bir yıllık prevalans hızı % 1-2 aralığındadır. Panik ataklarının hayat boyu prevalansı ise % 4 civarında görülmektedir (American Psychiatric Association, 1987; Öztürk ve Uluğ, 1993).

Aileler ilgili yapılan çalışmalarda da erkeklere oranla kadınlarda panik bozukluk riskinin yüksek olduğu izlenmiştir. Aile çalışmaları, panik bozukluk ve panik atakların eğitim, toplumsal ve etnik durumla bağlantılı taşımadığını fakat ayrılık ya da boşanmanın panik atakları ve panik bozukluk riskini yükselttiğini ortaya koymaktadır (Pine ve McClure, 2007; Topçuoğlu vd., 2005).

2.6. Eş tanı

Panik bozukluk, öteki psikopatolojilerle sıklıkla birlikte seyreden psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve

özgül fobi gibi anksiyete bozuklukları ve depresyon normal popülasyona göre panik bozukluk hastalarında daha yüksek oranda görülmektedir (Aysev ve Taner, 2007).

Panik bozukluğun, duygu durum bozuklukları öncelikli olarak öteki I. Eksen bozuklukları ile büyük ölçüde beraber seyrettiğini söylemek mümkündür. Panik bozukluk teşhisi konulmuş bireylerin %70 ile 80'inde ek bir psikiyatrik bozukluk teşhisi daha aldıkları beyan edilmiştir (Roy Bryne vd., 1999).Starcevic ve arkadaşları (1992) tarafından yapılmış olan bir araştırma sonucunda agorafobili panik bozukluk hastası olan bireylerin %91.4'lük kesiminde bir eştanı bulunduğu, agorafobisi olmayan panik bozukluğu rahatsızlığı yaşayanlarda ise bu oranın %68.4 olduğu tespit edilmiştir (Aktaran: Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Majör depresyon rahatsızlığı, panik bozukluk tanısı ile birlikte en sık görülen eştanıdır (Özkan vd., 2005). Yapılmış olan araştırmaların birçoğunda agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu rahatsızlığının hayat boyu %37 oranında minimum bir başka anksiyete bozukluğunun eş tanılı durum bulunduğu ve panik bozukluğunun en sık yaygın sosyal fobi ve anksiyete bozukluğu ile beraber görülür olduğu ifade edilmiştir (Goisman vd., 1995). Panik bozukluk ile agorafobinin birlikte görülme düzeyi %33 oranında, panik bozukluk ile agorafobi, majör depresyon, madde ve alkol kötüye kullanım düzeyi %72 oranında seyrettiği saptanmıştır (Klerman vd., 1991).

Anksiyete bozukluklarının, özellikle de panik bozukluğun, bipolar bozukluk ile eş tanılı olma durumu da aktif araştırma alanlarından biridir. 140 agorafobili panik bozukluğu hastası ile yapılmış olan bir klinik değerlendirmede, hastalarda %13,5 oranında manik veya hipomanik epizod öyküsüne rastlanmıştır (Savino vd., 1993). Epidemiyolojik alan çalışmasına göre panik bozukluğun bipolar bozuklukla komorbiditesi (%20,8), unipolar depresyonla olan komorbiditesinden (%10) çok daha yüksek oranlardadır. Panik bozukluğu olan erişkinlerin % 13-23'ünde eştanı olarak bipolar bozukluk da mevcuttur. Panik atak veya panik bozuklukla komorbid bipolar bozukluk hallerinde hastalığın seyri ve aktif tedavisi zorlaşmaktadır (Birmaher vd., 2002).

Yapılmış olan çalışmalarda panik bozukluk ve anksiyete bozuklukları beraberinde görülen tanı oranları, yaygın anksiyete bozuklukları için %23-35, özgül fobi için %16-33, sosyal anksiyete bozukluğu için %10-40, obsesif kompulsif bozukluk için % 8-28 ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu için %7 olarak bildirilmiştir (Onur vd., 2004).

Hipokondriyazis ve anksiyete bozuklukları arasındaki sınırlar çok fazla araştırmaya konu olmamıştır. Starcevic ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada panik bozukluk hastalarının %50'sinin hipokondriyazis sınırında olduğunu beyan etmişlerdir. Bir başka araştırmada ise Sheehan ve arkadaşları (1980) panik bozukluk hastalarının %68'inin bedenlerinde normal olmayan bir şeyler istikametinde endişelendiklerini ifade etmişlerdir (Aktaran: Sevinçok ve Akoğlu, 2001).

Panik bozukluğu tanısı alan hastalarda kişilik bozuklukları görülme sıklığı da araştırılmış ve %15-75 oranında eştanı olma durumu olduğu belirtilmiştir (Massion vd., 2002). Kimi çalışmalarda ise hastalarda kişilik bozukluğu düzeyinde olmayan fakat “bağımlı, kaçınan ve histriyonik kişilik özellikleri” gibi baskın kişilik bozukluğu biçimleri olduğu gözlenmiştir (Onur vd., 2004; Kocabaşoğlu, 2002). Ayrıca borderline ve paranoid kişilik bozuklukları da panik bozuklukla birlikte görülebileceği bilinmektedir (Kocabaşoğlu, 2002).

2.7. Ayırıcı Tanı

Panik atakları, çok farklı hallerde ve psikiyatrik bozukluk durumlarında ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı, panik ataklarının görülüyor olması, panik bozukluk teşhisi konulması için yeterli değildir (Kocabaşoğlu, 2002). Bu tanıya varılmadan önce tıbbi ve psikiyatrik hastaların ayırıcı tanı niteliklerine dikkat edilmelidir.

2.7.1. Psikiyatrik Bozuklar ile Ayırıcı Tanı

2.7.1.1. Sosyal Fobi

Panik bozukluğu sırasında yaşanan panik ataklar toplum içinde olduğu zaman iki bozukluğun özelliklerini birbirlerinden ayırmak kolay olamayabilir. Ne var ki panik bozukluğunda panik atak geçirmek konusunda korku hissedilirken, sosyal fobide karşılaşılan korku, sosyal ortam içinde ise yanlış bir şey tutum sergilemekten duyulan bir korku söz konusudur (Aysev ve Taner, 2007; Tükel, 1997).

2.7.1.2. Hipokondriyazis ve Somatizasyon Bozukluğu

Bedensel bir hastalıktan sıkıntı yaşadığı düşüncesiyle birçok fiziki yakınma olduğu için panik bozukluk semptomlarıyla, hipokondriyazis veya somatizasyon bozukluğu ile gerekli olan ayırma dikkat edilmelidir (Aysev ve Taner, 2007).

2.7.1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu sırasında yaşanan korkular, farklı yaşantılarla ilgisi olan streslerdir (Aysev ve Taner, 2007).

2.7.1.4. Major Depresyon

Major Depresyon sıkıntılarında da beklenmeyen, ani panik atakları görülmesi mümkündür. Bununla birlikte panik bozukluk rahatsızlığı yaşayanların yaklaşık üçte birinde, ikincil olarak major depresyon gelişme gösterdiği ortaya konulmuştur (Tükel,1997).

2.7.2. Genel Tıbbi Durumlar ile Ayırıcı Tanı

2.7.2.1. Madde Bağımlılığı

Sakinleştirici olarak ve uyku getirmek için kullanılan ağır bir etki yaratabilen, anestezik amaçla kullanılabilen barbiturat gibi maddelerden yoksunluk; kafein ve amfetamin kokain gibi maddelere bağlı entoksikasyon görüldüğü hallerde panik atakları görülmesi mümkündür. Bu türden durumlarda panik bozukluk tanısı konulması yanlış olacaktır (Tükel, 2002).

2.7.2.2. Fiziksel Hastalıklar

Hipertiroidi, hipoglisemi gibi bazı endokrin hastalıkları;taşikardi gibi kalp hastalıkları, akciğer hastalığı, bronşiyal astma, gibi göğüs hastalıkları;migren nörolojik hastalıklar ve fiziksel hastalıklar panik bozukluğu ile benzerlikler gösteren belirtiler taşıdığı içinbu ayırmadikkat edilmelidir. Panik bozukluk tanısına organik bir faktör tarafından başlatılmadığı zaman varılmalıdır (Tükel, 2002).

2.7.2.3. Özgül Fobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk

Her üç anksiyete bozukluğu tipinde de panik atak yaşanması mümkündür. Fakat panik bozukluktaki beklenmeksizin panik ataklarının ortaya çıkmasından duyulan endişeden farklı olarak özgül durumlarla ilişkilidir (Aysev ve Taner, 2007).

2.8.PANİK BOZUKLUĞUNDA TEMEL PSİKOTERAPİ ETKİNLİKLERİ

2.8.1. Psikoterapi

Psikoterapi, bir bakıma bireyin davranış, duygu ve düşüncelerinin iletişime geçerek ve konuşarak değiştirilmesi, iyileştirilmesi anlamına gelene bir terimdir (Öztürk, 2004). Eski Yunan dilinde “tıbbi tedavi, hizmet” anlamındaki “terapi” ile, “nefs”

anlamındaki “psike” sözcüklerinin birlikte kullanılmasıyla oluşan psikoterapi, “nefse hizmet verilmesi, nefsin tedavi edilmesi” anlamına gelmektedir (Merter, 2014).

Psikoterapi terimi, kapsamlı olarak ele alındığında bireyi etkileyecek, onda değişime neden olacak her türden ikna içerikli konuşmalar ve telkinler olarak düşünülebilir. Fakat klinik anlamda psikoterapi değerlendirildiği zaman, psikoloji bilgisi esas alınarak, psikolojik rahatsızlıkları iyileştirmek amacıyla terapistle danışan arasında kurulan pozitif bir ilişkiyle gelişme gösteren, özel birtakım teknik ve yöntemlerin de kullanıldığı bir uygulama olarak düşünmek mümkündür (Öztürk,2004). Psikoterapiyle ilgili başka bir tanımlamada; eğitimini psikoterapi sahasında almış bir psikoterapist ile danışandan oluşan sosyal bir ortam içinde, danışanın gelişme gösterip kendini gerçekleştirmesine ve sorunlarını kendi çabasıyla çözümleyebilecek bir olgunluk kazanmasına ve bağımsız hareket edebilecek duruma gelmesine yardımcı olmak için psikolojik yöntemlerle girilen, belli bir sistematik içinde ve bir plan dahilinde yürütülen bir etkileşim ve öğrenme sürecidir, denilmektedir (Tan, 1992).

Psikoterapi, Heidegger’in tanımıyla, “ileriye yol açan ihtimam” taşıyan bir diyalog içinde bireyin yardım almasıdır. Bu yaklaşımda psikoterapi, “derin gelişme potansiyeli ve çok kutsal insani boyutu olan, varoluşsal bir duruştur”.Bir bakıma psikoterapi, insanları düştüğü çelişkilerden mümkün olabildiği düzeyde çıkarıp bireyi biraz daha üst seviyelere taşıyabilme çabasıdır. İnsan çok katmanlı bir bina olarak düşünülürse, terapi; alt katlardaki dar, karanlık ve kasvet dolu alanına sıkışıp kalmış, hapsedilmiş, acılar içindeki bireyin, daha aydınlık ve geniş bir üst kata çıkarabilmesini sağlayan çaba ve yöntemler olarak olarak tanımlanabilir (Merter, 2007, s. 299-305).

Daha genel bir söyleyişle psikoterapi, kişinin yaşamış olduğu duygusal çatışma durumlarına çözüm üretmeye yönelik, bu çatışmalardan dolayı meydana gelen endişe, çöküntü ve gerilimleri minimum düzeylere indirmeyi hedefleyen, psikolojik uyum seviyesini artırma niteliği taşıyan ve kişiler arası ilişkileri olgunlaştırmakla ilgili yöntem ve teknikler bütünüdür (Güleç, 1993). Bu yöntem, konuyla ilgili eğitim görmüş bir uzmanın, danışanın rahatsızlıklarından kaynaklı semptomları

gidermek, bunlara bir düzen vermek ya da hiç olmazsa gecikmesini sağlamak; mevcut düzenli olmayan davranış örüntülerinin bir düzene girmesi için müdahale etmek, pozitif kişilik gelişimi göstermesini teşvik etmek gibi gayelerle danışanla mesleki ve duyarlı bir ilişki kurma sürecidir (Kandemir, 2006).

Birçok yararlı bileşeni olan psikoterapi tekniklerinin faydalarından bazıları şöyle sıralanabilir:

Eleştiriye uğramadan, iyi bir dinleyiciyle rahatça konuşabilmekten kaynaklanan faydalar: Kişinin öncelikle duygu ve düşüncelerini endişeye kapılmadan ifade etmesine fırsat veren bir ilişki ortamıdır. Bu ortam, bireyin bazı sırlarını itiraf etmesine, duyarlı konularla ilgili konuşmak suretiyle bu duyarlılığın azaltılmasına imkan sağlamaktadır. Bu ilişki ortamı, bireyin kendini tanımasına, yüzleşmek istemediği kimi duygu ve düşüncenin ortaya çıkmasıyla duygu ve heyecan olarak boşalmasına yardımcı olmaktadır.

Terapistin danışanın hayatına eklenmesinin sağladığı faydalar: Böylece yalnızlıktan kurtulan danışan hiç olmazsa müracaat edebileceği birinin var olmasını, kendisinin başka biri tarafından anlaşıldığını düşünerek ümitsiz olmadığı gibi telkinle rahatlığa ulaşabilmektedir.

Terapistin eylemleri; Terapist, danışanına yaşamış olduğu zorluk ve olayların ne anlama geldiğiyle ilgili açıklamalar yaparak danışanın kendi davranışları ve hayatına dair açıklamalar keşfetmesine yardımcı olmaktadır. Öte yandan terapist, danışanına bilgi eksikliğinden kaynaklanan problemlerin çözümlenmesine yönelik bilgilendirici ve yön verici nitelik taşıyabilmektedir. Üstelik belirli ölçütler kapsamında terapistin, danışanına çeşitli seçenekler tavsiye ederek danışanının problemini aşması istikametinde eylemlerde bulunması mümkündür (Kandemir, 2006).

Özellikle danışan açısından faydalı bileşenleri olan psikoterapi, bir yanda terapistin, diğer yanda danışanın yer aldığı ve ancak beraber yürütülmesi mümkün bir faaliyet, bir süreçtir. Terapi faaliyetinin yararlı bir süreç olabilmesi bakımından

bazı koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu koşullar, danışan ve terapist açısından değerlendirilebilir (Köknel ve Özügurlu, 1983).

Danışan açısından oluşturulması gereken koşullar:

- 1) Danışanın psikoterapistle yüz yüze olması,
- 2) Danışanın, terapistin dilini anlayabilmesi ve davranışlarını çözümleyebilmesi,
- 3) Danışanın, karşılıklı görüşme kaldırabilecek düzeyde rahat ve sakin olması,
- 4) Psikoterapinin yapıldığı sürecin danışanın ekonomik gücüne ve yaşam koşullarına uygun olması gerekmektedir.

Terapist açısından oluşturulması gereken koşullar:

- 1) Terapistin, danışanı ile ilgili nötr, önyargısız olabilmesi; bireysel düşünce ve anlayışlarını danışanına kabul ettirmeye çalışmaması,
- 2) Terapistin, sahasında eğitim almış olması gerekmektedir.
- 3) Terapist, danışanı ile ilişki sürecinde, danışanın yaratıcı gücünü dışa vurmasına ve kendisini düzenlemeye müsaade edebilmelidir (Kandemir, 2006).

Danışanında iyi ruh hallerinin oluşmasını temin ederek sorunuyla baş edebilmesini hedefleyen psikoterapi adeta bir sanattır. Bundan dolayı, terapist; danışanında yeni durumlar oluşmasını sağlayabilecek, hastalıklı, eski durumu yerinden oynatmak suretiyle sorunun çözülmesine katkıda bulunacak bir eylemsellik içinde, dili, bedeni, jest ve mimikleri ile hatta bazı durumlarda suskun kalmasıyla bile sanatını ortaya koyan bir sanatkardır (Zeig, 2014).

2.8.2. EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) Terapi

Keşfedilmiş olduğu 1987'den beri psikoterapi ve psikolojik danışma sahasında her geçen gün daha fazla kabul görür duruma gelmiş bir yaklaşım olan göz

hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (Eye Movement Desensitization and Processing-EMDR), özellikle travma sonrası stres bozukluğunun tedavi sürecinde etkili olduğunu örneğin Marcus, Marquis ve Sakai (1997), Scheck, Schaeffer ve Gillette (1998), Lee, Gavriel, Drummond, Richards ve Greenwald (2002), Hensel (2009), Schubert ve Lee (2009) gibi bilim adamlarının yaptıkları çeşitli araştırmalar ortaya koymuştur. Literatürde yaklaşımın İngilizce adı olan Eye Movement Desensitization and Processing sözcüklerini baş harflerinden oluşan EMDR, yazılmasının kolay olması ve anlaşılabilirliğinden dolayı yaygın biçimde kullanılmaktadır.

EMDR, psikolojik danışman veya terapistin parmak hareketlerini kullanarak, danışanın gözlerinin sistematik bir biçimde sağa-sola hareketini sağlaması veya danışana ellerini birbirine vurma, sesli uyarılar iletme gibi ikili uyarıların gönderilmesini, danışan bu hareketleri gerçekleştirme sürecinde geçmişteki yaşantılarının veya travmatik deneyiminin imgesel nitelikte ortaya çıkarılmasını içermektedir. EMDR, danışanların olumsuz yaşam deneyimlerini duygusal sağlıklarına katkı sağlayacak biçimde yeniden işlemelerine yardım eden bir terapi yaklaşımıdır (Seligman, 2001). EMDR, ismini esasında göz hareketlerini kullanılıyor olmasından almış olsa bile bu, EMDR'nin sadece boyutlarından biri olarak kabul edilmekte; öteki terapi yaklaşım biçimlerinin içermiş olduğu unsurları da kapsayan bütünlük taşıyan bir terapi sistemi olarak tanınım yapılmaktadır (Shapiro, 2001). EMDR'in ortaya çıkış süreci, belli bir teorik esastan ziyade Francis Shapiro'nun 1987'de yaşamış olduğu bireysel bir yaşantıya dayanmaktadır (Shapiro, 2001). Parkta yürüyüş yapan Shapiro kendisine rahatsızlık veren düşüncelerin birdenbire yok olduğunu, da sonra bu düşünceleri tekrar hatırladığı zaman ise kendisine eskisi gibi rahatsızlık vermediklerinin farkına varmıştır. Bu düşüncelerinde değişiklik yapmak için bilinçli hiçbir gayreti olmayan Shapiro bu deneyimini daha sonra gözden geçirdiği zaman parkta yürüyüş esnasında, gözlerin yapmış olduğu kendiliğinden hareketlerin, rahatsızlık vermiş bir olayı hatırlarken yarattığı etkiyle yola çıkmıştır. Sözü edilen düşünceler zihninden geçerken gözlerinin kendiliğinde yukarı ve aşağı, sağa ve sola yaptığı hareketlerin zihnindeki bilgi işleme sürecini bir bakıma etkilediğini ileri sürmüştür. Daha sonraki

bir süreçte rahatsız edici düşüncelerden kurtulmak için bu göz hareketlerini yeniden yapmak suretiyle kendisi ve yakın çevresinde tekrar tekrar yaptığı denemeler sonunda bunu faydalı olduğunu görmüştür. Fakat insanların bazılarının göz kaslarının yapısal özelliklerinden dolayı gözlerini sistemli bir biçimde hareket ettirmekte zorlandıklarını görmüş ve bu hareketlerin kolayca yapılmasını sağlamak amacıyla parmağıyla yönlendirmeye dayalı bir işlem geliştirerek EMDR'nin alt yapısını oluşturmuştur (Shapiro, 2001).

Bu yaklaşımın hangi düzeyde etkili olduğuyla ilgili deneysel ilk çalışmaları yapan kişi olan Shapiro, Bu çalışmasında travma sonrası stres bozukluğu tanısı verilmiş hastalarla çalışma yapmış ve EMDR çalışmasına katılan danışanlardan ve hiçbir tedavi yöntemi denemeyen kontrol grubunun meydana gelen bir desen oluşturmuştur. Bu deneysek çalışmanın sonunda EMDR grubunda yer alan katılımcıların "1" ile "7" arasında kademeleri olan subjektif stres birimi ölçeği ile ölçümü yapılan algılanan stres seviyelerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı biçimde azalma gösterdiği belirlenmiş, bunun yanında yine katılımcılara travmalarına dair kendilerine yönelik yaklaşımlarının ne olmasını istedikleri sorulmuş; örneğin: "Yapabileceğimin en iyisini yaptım, kontrol altındayım." Düşüncesini algıladıkları geçerlilik seviyesini yine 1 ile 7 arasında bir derecede belirlemeleri istenmiştir. Uygulamadan sonra EMDR alan grubun olmasını düşündükleri pozitif inançlarını kabulleniş seviyeleri, kontrol grubuna göre anlamlı biçimde artış göstermiştir. EMDR'nin etkililik durumunun bilimsel verilerle ispat edildiği bu ilk değerlendirmeden sonra, bir terapi yaklaşımı olarak EMDR'nin gelişmesi hızlanmıştır.

2.8.2.1. EMDR'nin Teorik Temeli

EMDR'yi bir müdahale yöntemi olarak sunan Shapiro (2001) yaklaşımını değişim sürecinin nasıl oluştuğuyla ilgili bir teorik temel oluşturarak kuramsal geliştirmiş değildir. Çağımızda da EMDR'nin göz hareketlerini kullanmak suretiyle iyileşmeyi veya değişmeyi nasıl sağladığıyla ilgili net bir açıklamanın yapılmaması, bu

yaklaşım biçiminin en fazla eleştirilen ve en zayıf yanı olarak kabul edilmektedir (Lipke, 2003).

Shapiro (2001) EMDR yoluyla değişimin gerçekleşme sürecinin nasıl olduğunu. Özellikle de bilginin nörobiyolojik bakımdan nasıl saklandığıyla ilgili açıklamalar yapmıştır. Bu yaklaşım, bireylerin yaratılışında mevcut bir bilgi işleme sistemi bulunduğunu ve yaşantılara dair bilgilerin fizyolojik süreçlerle saklandığını ortaya koymaktadır. Bu bilgi işleme sistemi, bilgileri duygusal sağlığa erişilecek biçimde bir saklama temayülü içindedir. İşlevsizlik ve patoloji de bu mekanizmanın bloke olmasıyla meydana gelmektedir. Bu bilgiye tekrar ulaşılması ve bilginin işlenmesi ise bu sistemin tekrar harekete geçirilmesiyle sağlıklı bir çözüme ulaşmasını sağlamaktadır.

Göz hareketleri, bilginin yeniden işlendiği bu süreç içinde nörobiyolojik mekanizmaların bir şekilde harekete geçmelerini sağlamaktadır. Bun işlemle beyinde fizyolojik değişiklikler olması sağlanmakta ve bilginin yeniden işleme süreci kolaylaşmaktadır (Van Etten ve Taylor, 1998; Shapiro, 2001).

İstem dışı göz hareketlerinin bilişsel süreçler ve korteksin işlevleri ile ilişki içinde olduğu önceki yıllardan beri bilinen bir durumdur. Buna rağmen EMDR'nin terapi sürecinde göz hareketlerinin değişmeyi nasıl sağladığı veya kolaylaştırdığıyla ilgili açıklamaların sayısı çok fazla değildir; bundan dolayı bu konunun bir açıklığa kavuşmasına gereksinin durulmaktadır. Genel olarak EMDR literatürünün EMDR'nin teorik altyapısını ortaya koymaktan ziyade, etkililiği açıklamayı merkeze aldığını söylemek mümkündür.

2.8.2.2. EMDR'nin Terapi Süreci ve Uygulamaları

EMDR yaklaşımının kurucusu Shapiro (2001) EMDR'nin uygulanma sürecinde yapılacakları bütün ayrıntılarıyla açıklamıştır. Shapiro (2001) EMDR uygulanma sürecinin yedi ardışık aşamadan meydana geldiğini, her bir aşamada yer alan

görevler bitirilmeden bir sonraki aşamaya geçilemeyeceğini ifade etmiştir. EMDR'nin aşamaları ve bu aşamaların içerikleri şu şekildedir.

Aşama 1: Danışan Gelişimsel Hikâyesini Alma ve Terapi Planı Yapma

Bu ilk aşama “danışan hikâyesi alma ve terapi planlama” olarak da adlandırılmaktadır (Shapiro, 2001). Bu basamakta psikolojik danışman, her şeyden önce sıkıntıları olan danışanın yaşam şartları ve genel durumuyla ilgili bir değerlendirme yapar. Danışman terapi sürecini başlatmadan danışanın yaşam şartlarının travmatik bir durumla yenide yüzleşmeye imkan sağlayacak nitelik taşıması gerektiğine dikkat etmelidir. Durum böyleyse psikolojik danışman, danışanın sorunlarını ve semptomlarını tespit etmek için hikâyesini ayrıntılara girecek şekilde ve büyük bir dikkatle dinler. Bu süreçten sonra danışanda patolojik durumlara sebep olan olayları, yeniden işlenecek “hedef”ler olarak tespit eder (Shapiro, 2001).

Aşama 2: Hazırlık

Nitelikli bir terapötik ilişkinin kurulduğu ikinci aşama, hazırlık aşamasıdır. Bu aşamada, danışanın beklentileri belirlenerek danışanın eğitilmesi ile ilgili bir çalışma yapılır (Shapiro, 2001). Terapötik ilişki sürecinin sağlanmasından sonra danışana EMDR ile ilgili ayrıntılı bir bilgilendirme yapılır ve danışanın EMDR'nin ilerleme sürecini iyice kavraması sağlanır. Danışanın bilgilendirildiği bu süreç, danışanın uygulamadaki işlemleri onaylaması ve gönüllü bir katılım sağlanması için tavsiye edilmektedir. Bu aşamada bunun dışında danışana yapılacak göz hareketleri temel olarak gösterilir ve terapi sürecinde karşılaşılabilecek zorlayıcı durumlarda danışanın rahatlamasını sağlayacak gevşeme egzersizleri gibi kimi öz kontrol yöntem ve teknikleri öğretilir (Shapiro, 2001).

Aşama 3: Hedefin Değerlendirilmesi

EMDR'nin en kritik aşaması olarak kabul edilen üçüncü aşama, hedefin değerlendirildiği bir aşamadır (Edmond, Rubin ve Wambach, 1999). Bu aşamada danışandan onun yaşadığı travmatik deneyimini en iyi biçimde ortaya koyacak veya simgeleyecek görsel bir imge oluşturması istenmektedir. Bu kademede travmatik olaya paralel seyreden ve danışanın kendisiyle “işe yaramaz biriyim”, “değersizim” gibi işlevselliği bulunmayan düşüncelerin ortaya çıkması sağlanır (Shapiro, 2001). Bir sonraki aşamada, ilerideki aşamalarda kullanacağı kendisiyle ilgili “değerli biriyim”, “iyi bir insanım” pozitif bir düşünce tespit etmeleri istenir. Tespit edilen bu olumlu düşünceye danışanın hangi düzeyde inandığını yedi kademeli (1, tamamen geçersiz; 7, tamamen geçerli) düşünce geçerliği ölçeği (validity of cognition scale-VOC) üzerinde derecelendirme yapması istenir (Shapiro, 2001). Öte yandan bu aşamada, travmatik deneyimle ilgili imge ve danışanın kendisine negatif düşüncesi birleştirilir; bu iki etkenin bir aradayken danışana yaşatmış olduğu stres seviyesi belirlenir. Danışandan travmatik deneyimiyle ilgili imge ve bu deneyimle eşleştirerek kendisi hakkında olumsuz düşüncesinin yaratmış olduğu stres seviyesini 10 derecesi olan (1, rahatsız edici değil; 10, olabilecek en kötü biçimde rahatsız edici) bir subjektif stres durumu (subjective unit of distress-SUD) bir ölçekte algılamış oldukları stres seviyesini değerlendirmeleri istenmektedir. Nihayet, danışandan travmaya neden olan olaya odaklandığı zaman hissettiği duyguların bedeninde nerede meydana geldiğini tespit etmesi istenir (Shapiro, 2001).

Aşama 4: Duyarsızlaştırma

EMDR'nin dördüncü aşaması olan duyarsızlaştırma aşamasına geçmek için danışanın hazır olması beklenir. Bu aşamada danışanın kendisine rahatsızlık veren yaşantıyı imgelemesi, bu yaşantıyla ilgili olarak kendisine dönük negatif olumsuz inançlarına odaklanması, bedensel mesajlarına yoğunlaşması istenir. Bu etkinliklerle paralel olarak psikolojik danışmanın yönlendirdiği eş zamanlı göz

hareketleri dizileri gerçekleştirmektedir. Bu her bir göz hareketleri dizisi, genel olarak 24 tekrardan oluşmaktadır ve psikolojik danışman veya terapist, işaret parmağını kullanmak suretiyle danışanın gözlerini bir düzen içinde sağa ve sola hareket ettirmesini sağlar (Shapiro, 2001). Shapiro (2001, 2002) en çok yapılan uygulama sistematik göz hareketlerinden başka el çırpma veya sesli uyaranların da kullanılmasının mümkün olduğunu ifade etmiştir. Fakat Maxfield (2008) el çırpma veya benzer sesli uyaranlar gibi uyarıcı etkinliklerin göz hareketlerine eşdeğer etki yarattığıyla ilgili yeterli seviyede kanıt bulunmadığını iddia etmiştir. 4. aşama olan duyarsızlaştırmada, göz hareketlerinin her bir dizisi tamamlandıktan danışandan zihnini boşaltması, rahatlaması istenir , ardından danışandan travmatik deneyiminin yaratmış olduğu stresin düzeyinin 10 dereceli subjektif stres durumu ölçeğinde bir değerlendirmeye tabi tutması istenir. Danışanın subjektif stres durumu ölçeği ile tespit ettiği travmatik yaşantının yaratmış olduğu stresin düzeyi sıfıra veya bire düşünceye dek duyarsızlaştırma işlemi yinelenir (Shapiro, 2001). Sözü edilen duyarsızlaştırma seanslarının sayısı ve süresinin kişilere göre değişiklik gösterebileceği belirtilmekle beraber, oturumların 90 dakika sürmesinin gerekli olduğu tavsiye edilmektedir. Duyarsızlaştırma uygulamalarında bir ile dört seansta pozitif değişimin görülmesinin mümkün olduğu belirlenmiştir (Forbes, Creamer ve Rycroft, 1994).

Aşama 5: Yerleştirme

Danışanın travmatik deneyimi ile EMDR'nin 2. aşamasında belirlenmiş olan işlevsel düşüncenin birleştirilmesinin amaçlandığı aşama olan 5. aşama, yerleştirme aşamasıdır (Shapiro,2001). Psikolojik danışman ve terapist danışana daha önce saptadığı alternatif işlevsel düşüncesini hatırlatmak suretiyle danışandan bu düşüncesine o hangi düzeyde inandığını, düşüncenin geçerliği ölçeğinde bir ile yedi arasında değerlendirerek belirlemesini ister.Bu aşamada danışanın etkisi daha yüksek bir işlevsel düşünce bulması istikametinde cesaretlendirilmesi mümkündür.Psikolojik danışman ve terapist, danışanın işlevsel

düşünceye inancı düşüncenin geçerliği ölçeğinde “7 (tamamen geçerli)” seviyesine çıkıncaya dek bu düşüncenin geçerliğini danışanla tartışır (Shapiro, 2001).

Aşama 6: Bedensel Tarama

Altıncı aşamaya gelindiği zaman, duyarsızlaştırma aşamasında danışanın travmatik deneyiminin imgesinin yaratmış olduğu rahatsızlık verici duygulardan kurtulması sağlanmış, yerleştirme aşamasındaysa bu deneyimle ilgili işlevsel olmayan düşüncelerin yerini işlevsel düşüncelerle değiştirmesi temin edilmiştir. Altıncı aşama olana bedensel taramada ise danışanın bedeninde travmatik deneylerin yaratmış olduğu bedensel semptomlardan iz olup olmadığını saptamak için danışandan bedensel mesajlarını taraması ve bunların ayırımına varması istenmektedir. Eğer danışanın bedensel duyum alanlarında travmatik deneyim ilişkili rahatsızlıklar söz konusuysa danışan bu rahatsızlıklara odaklanarak rahatsızlık yok edilinceye dek göz hareketleri dizileri yinelenir (Shapiro, 2001). Böylece danışan, travmatik deneyimin yaratmış olduğu ve patolojilere neden olan düşüncelerini duygularını ve bedensel semptomlarını yeniden işleme işini tamamlar.

Aşama 7: Kapanış

Son aşama olan kapanışta danışanın EMDR esansından zihinsel olarak güven içinde ve pozitif olarak ayrılması amaçlanmaktadır (Shapiro, 2001). Psikolojik danışman veya terapistin, danışan travmatik olaydan kaynaklı olarak bir rahatsızlık içindeyken veya bir müdahalenin orta yerinde oturuma son vermesi uygun bir tutum değildir. Psikolojik danışman veya terapist, gerektiği zaman gevşeme egzersizi gibi bazı yöntem ve tekniklerle rahatsızlığında azalma olmasını ve güvenli bir duygu duruma geçiş yapmasını beklemeli ve ancak danışan bu duruma girdikten sonra oturuma son vermelidir (Shapiro, 2001). Bundan başka eğer yeniden işleme sürecinin tamamlanmasında aksaklıklara olduysa ve bir

sonraki seansa tekrar işlenecek materyal kaldıysa danışana bununla ilgili bilgi verilmesi ve bu materyalin bir sonraki seansta ele alınacağı ifade edilmelidir.

2.8.2.3. EMDR'nin Etkililiği Üzerine Yapılan Çalışmalar ve Değerlendirmeler

Teorik altyapısında kimi sıkıntılar olmasına rağmen EMDR'nin etkililiğine dair ilişkin ampirik araştırmalarda hızlı bir arış olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda EMDR'nin temel çalışma alanı olan travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerin hedef grup haline geldiği görülmektedir. Fajat son dönemlerde EMDR'nin etkililik durumunun travma sonrası stres bozukluğu tanısı almamış kişiler, davranış sorunları yaşayan ve özsaygısı düşük çocuklar gibi çeşitli gruplarda ve farklı sorunlarda nasıl etkili olduğunun araştırmalara konu olmaya başladığı dikkatleri çekmektedir (Barker ve Barker, 2007).

Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, ve Sperr'den oluşan çalışma ekibi (1993) bir biçimde savaşa dahil olmuş ve çoklu travma teşhisi alarak tedavisine başlanan 20 danışanı seçkisiz biçimde EMDR, maruz bırakma terapisi ile grup terapisi şartlarına tayin etmişlerdir. Bu çalışmada EMDR grubunda yer alan danışanların algılamış olduk stres seviyelerindeki düşüş ve terapistle ilgili pozitif algıları öteki danışan gruplarından anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Travma sonrası stres ölçeklerinde ve fizyolojik ölçeklerde anlam taşıyan tek fark tespit edilememesine karşın bu alanda yapılan ilk deneysel uygulamalardan olan çalışmanın verilerinin yeterli olduğu kanaatine varılmıştır.

Vaughan, Armstrong, Gold, O'Connor, Jenneke, ve Tarrier, 1994 yılında yaptıkları çalışmada çeşitli müdahale yöntem ve teknikleri olarak EMDR, imgesel maruz bırakma ve uygulamalı kas gevşetmenin travma sonrası stres bozukluğu yaşamakta olan bireylerde hangi düzeyde etkili olduğunu kıyaslamışlardır. Terapi, dört seanstan meydana gelmiştir; imgesel maruz bırakma ve gevşeme uygulaması bulunan gruplara günlük seansların arasında ödevler veriliyorken EMDR grubuna ek ödev vermek söz konusu olmamıştır. Sonuç olarak her üç grupta yer alan katılımcıların bekleme listesinde bulunan bireylere kıyasla travma sonrası stres

bozukluğu semptomlarında anlamlı düzeyde düşüşler tespit edilmiştir. Ne var ki üç grup kendi içinde kıyaslandığı zaman EMDR grubunda bulunan katılımcılar, ötekilerden anlamlı biçimde daha az semptom saptamışlardır.

Jensen'in 1994 yılında Vietnam Savaşı katılanlarla yapmış olduğu bir çalışmasında. EMDR alan 25 gaziden meydana gelen deney grubunu kontrol grubu ile kıyasladığında oturum içinde kullanılmakta olan öznel stres birimi ölçeğinden almış oldukları puanlar bakımından deney grubu lehine anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Fakat travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili standardize testlerle yapılmış ölçümlerde herhangi bir fark olduğu tespit edilmemiştir.

Goldstein ve Feske'nin 1994 yılında yaptığı "Panik Bozukluğunda Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme: Vaka Serisi" başlıklı çalışmada panik bozukluğu olan yedi danışana beş seans EMDR terapi uyguladı. Yapılan uygulamalar sonrasında deneklerde panik atak sıklığı, panik atak geçirme korkusu, genel kaygı, kaygı yaşamaya ilişkin olumsuz sonuçlara ilişkin düşünceler, beden duyuları korkusu, depresyon ve diğer patoloji önlemlerinde önemli bir azalma olduğunu bildirildi.

Boudewyns ve Hyer (1996) üç yıl devam etmiş boylamsal araştırmalarında EMDR ile imgesel maruz bırakmayı kıyasladıkları, yatan hastaların tedavi sürecinde iki yöntem arasında anlamlı bir fark bulunmadığını rapor etmişlerdir. Fakat bahsedilen araştırmada, terapistlerin de hastaların da EMDR'yi doğrudan maruz bırakma terapisine (direct exposure therapy) tercih ettikleri görülmüştür. EMDR'nin tercih edilmesini araştırmacılar, göz hareketleri dikkate alınmasa bile EMDR'nin gereksinim duyulan bütün öteki terapötik unsurları da kapsamına bağlamışlardır.

Grainger, Levin, Allen-Byrd, Doctor ve Lee (1997) EMDR'nin doğal afetlerle karşılaşmış ve bundan mağduriyete uğramış bireylerdeki etkisini de araştıran bir çalışma yapmışlardır. 1992 yılında ABD'nin Florida eyaletinde yaşanan hortum felaketini maruz kalmış bireylerle EMDR uygulaması yapmışlardır. EMDR terapi tekniği uygulanmış olan 29 kişiden oluşan deney grubu ile 11 kişiden meydana

gelen kontrol grubu kıyaslandığında EMDR terapisi alan bireylerin olay etkisi ölçeğinden ve öznel stres birimi ölçeğinden almış oldukları puanların kontrol grubuna göre anlamlı biçimde düşüş gösterdiği saptanmıştır.

Marcus, Marquis ve Sakai (1997) ise değerlendirmelerinde EMDR terapi grubu içinde yer alan bireylerin öteki psikoterapi yöntem ve tekniklerindeki üyelere kıyasla travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete ölçeklerinde daha düşük puanlar almış olduklarını tespit etmişlerdir. EMDR grubunda yer alan kişilere daha düşük seviyede ilaç tedavisi uygulanmış ve çok daha az seansta, daha iyi bir gelişme gösterdikleri saptanmıştır.

Scheck, Schaeffer ve Gillette (1998) travmaya müdahale içermeyen etkin dinlemeyi EMDR ile karşılaştırdıkları çalışmalarında, yöntemlerden her ikisinin de travma deneyimi yaşamış kişilerde iyileşme sağlaması bakımından etkili olduğunu saptamışlardır. Buna rağmen EMDR grubu içindeki kişiler, etkin dinleme grubunda yer alanlara göre travma sonrası stres bozukluğuyla ilgili öz saygı, depresyon ve anksiyete ölçeklerinde anlamlı kabul edilecek düzeyde yüksek iyileşmeler göstermişlerdir.

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinin araştırılmış olduğu altmış bir tane çalışmanın sonuçları, Van Etten ve Taylor (1998) tarafından yapılmış olan bir meta-analiz çalışmasında ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir. Bu çalışmada değerlendirilen araştırmalardaki tedavi yöntem ve teknikleri ilaç tedavisini, EMDR'yi, davranışçı terapiyi, gevşeme eğitimi, psikodinamik terapiyi ve hipnoterapiyi kapsamaktadır. Çalışmanın sonunda uygulanmakta olan psikoterapi yaklaşımlarından EMDR ile davranışçı terapinin eşit seviyede en etkili terapiler olduğu saptanmıştır. Yapılan meta analiz, zayıf teorik temelinden dolayı sık sık eleştirilen EMDR'nin etkililiğini ispat etmesi bakımından önemi olan çalışmadır.

Edmond, Rubin ve Wambach (1999) yürütmüş oldukları mukayeseli araştırmada, çocukluk dönemlerinde cinsel istismarla ilgili yaşantıları olan kadın danışanlara altı seanslık kişisel EMDR uygulamışlardır. Bunun yanında yine bu araştırmada gruba EMDR içermeyen kişiyle psikolojik danışma yardımı sunulurken diğer bir grup ise

bekleme listesine alınmıştır. Sonuçlarda EMDR almış danışanların travma sonrası stres seviyelerinin, travmaya dönük anksiyetlerinin, kendilerine dair negatif inançlarının ve depresyon seviyelerinin bekleme listesinde yer alan katılımcılara kıyasla anlamlı biçimde azalma gösterdiği tespit edilmiştir. EMDR içermeyen psikolojik danışma alan danışanlarla ilgili veriler ise izleme testlerinde EMDR alan grubun travmatik deneyimlerine dönük anksiyeteleri ve depresyon seviyelerinin anlam taşıyan düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte EMDR grubundaki ön-test ve son-test verilmiş kişilerin travmayla ilgili kaygı, travma sonrası stres ve depresyon seviyelerinde ve kendilerine dair negatif inançlarında düşüşler olduğu gözlemlenmiştir.

Goldstein, Alan, Beurs, Edwin, Chambless, Dianne, Wilson, Kimberly (2000) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada agorafobi ile panik bozukluğu için göz hareketi duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR), hem bekleme listesi hem de güvenilir dikkat-plasebo kontrol grupları ile karşılaştırıldı. EMDR, bazı sonuç ölçütleri (anket, günlük ve kaygı şiddeti, panik bozukluğu ve agorafobi ciddiyetine ilişkin röportaj ölçümleri) için bekleme listesinden önemli ölçüde daha iyiydi (panik atak sıklığı ve endişeli biliş).

Lee, Gavriel, Drummond, Richards, Greenwald (2002) EMDR ve uzun süreli maruz bırakma terapisini kapsayan stres aşılama tekniğinin (stress inoculation training with exposure therapy) travma sonrası stres bozukluğu tedavi sürecinde etkilik durumu karşılaştırmışlardır. Genel travma sonrası stres bozukluğu ölçümlerinde iki terapinin eş seviyede etkili olduğu tespit edilirken, EMDR'nin tecavüze ilişkin travma semptomlarının azaltılması konusunda anlamlı derecede daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte yapılan izlemeler sonucunda da EMDR grubunun öteki gruba göre travma sonrası stres bozukluğu seviyeleri bakımından daha fazla iyileşme sağladığı tespit edilmiştir.

Power, McGoldrick, Brown, Buchanan, Sharp, Swanson, ve Karatzias (2002) travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde uzun süreli maruz bırakma içeren bilişsel yeniden yapılandırma ile EMDR'yi karşılaştırmak için bir çalışma yapmışlardır. Kontrol grubunun da yer aldığı bu araştırmada EMDR grubunun

algılanan depresyon düzeyinde düşüş olduğu, toplumsal işlevselliklerinde artış olduğu ve sayısı daha az olan seansta ilerleme kaydettikleri saptanmıştır.

Cvetek (2008) hayatlarının bir noktasında strese yol açan olaylarla karşılaşmış fakat travma sonrası stres bozukluğu tanısı almamış kişilerle yapmış olduğu araştırmada durumluk kaygısını ve algılanan stres düzeyini azaltmak için EMDR'yi bekleme listesi ve aktif dinleme içeren plasebo grupları ile karşılaştırmıştır. Sonuç olarak bekleme listesi ve plasebo grupları içinde algılanan stres seviyesinde ve durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı sayılabilecek bir düşüşle karşılaşmazken, EMDR terapisi alan grubun algılanan stres düzeyinde ve durumluk kaygı puanlarında anlamlı bir düşüş gözlenmiştir.

Travma durumu yaşamakta olan kişilerle yapılmış olan çalışmalardan farklı olarak Barker ile Barker (2007) tarafından yürütülmüş olan tek denekli çalışmada, topluluk karşısında konuşma ve sunum endişesi yaşayan bir bireye, üç oturum devam eden EMDR terapi uygulaması yapmışlardır. Sonuç olarak deneğin durumluk kaygı puanında düşüş görülmüş ve bununla birlikte bağımsız gözlemcilerin deneğin yapmış olduğu EMDR öncesi ve EMDR sonrasında sunumlarla ilgili etkililik puanlarında EMDR sonrasındaki sunumların lehine bir artış meydana geldiğini saptamışlardır. Bu sonuçlardan hareketle Barker ve Barker, EMDR'nin sunum kaygısını azaltması bakımından öteki terapi yöntem ve tekniklerine alternatif nitelik taşıyabileceğini iddia etmişlerdir.

Özsaygısı düşük çocukların özsaygılarını geliştirme sağlamak ve davranışlarının düzeltilmesinde bilişsel davranışçı terapi yöntemleri ile EMDR'yi karşılaştıran Wanders, Serra ve Jongh (2008) her iki yaklaşımın da bu alanda etkili olduğunu belirlemişlerdir. Fakat EMDR uygulanan grupta yer alan çocukların öz saygılarında görülen yükselme seviyelerinin ve hedef davranışlara ulaşma düzeylerinin bilişsel davranışçı terapi alan gruba kıyasla daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Türkiye'de EMDR'nin etkililik düzeyini ve yöntemlerle karşılaştırılmasını kapsayan çok az sayıda araştırma ve inceleme yapılmıştır. Bunlardan birinde Sinici (2009) trafik kazasından sonra travma sonrası akut stres bozukluğuna maruz kalan kişiler

üzerinde EMDR'nin etkililiğini araştırmıştır. EMDR uygulama öncesinde ve uygulamadan hemen sonra, bir hafta sonra ve bir ay sonra yapılmış olan ölçümlerde EMDR deney grubu içinde bulunana kişilerin depresyon seviyelerini, durumluk kaygı düzeylerinde azalma sağladığı tespit edilmiştir. EMDR uygulanmasının bir ay sonrasında yapılmış olan ölçümlerde EMDR'nin SCL 90 R belirti tarama listesi genel puanını düşüş sağladığı ve bireylerde olumlu yönde bir iyileşme sağladığı tespit edilmiştir.

Gürel (2010) tarafından yapılan “Kronik Ağrı Tedavisinde Güncel Bir Psikoterapotik Yaklaşım: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma” adlı çalışmada Klinik psikolojide Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma-Eye Movement Desensitization and Repocessing (EMDR) tekniği ve tarihi üzerinde durulduktan sonra Türkiye’de sözü edilen tekniğin tedavi rasyoneli ve uygulamasıyla ilgili bilgi verilmiştir. Davranışın nöropsikolojik temelleri ve bilgi işleme yaklaşımları üzerine kurulmuş olan EMDR Tekniğin panik bozukluğu tedavi etmek ve kronik ağrıyı açıklamak için sundurğu imkanlar üzerinde durulmuştur.

Sinici (2016) tarafından fantom ağrıların tedavisinde EMDR terapi etkinliğinin değerlendirilmesiyle ilgili çalışmada GATA Ortopedi ve Travmatoloji bölümünde yatmakta olan amputasyon uygulanmış 14 hasta üzerinde değerlendirme yapılmıştır. EMDR uygulama öncesinde, uygulama sonrasında, bir ay ve üç ay sonra olmak üzer çeşitli periyotlarda yapılan kontrollerle deneklerin ağrı seviyelerinde belirgin bir azalma tespit edilmiştir. EMDR terapi yönteminin fantom ağrılarında anlamlı bir iyileşme sağlamış olduğu tespit edilmiştir. Özellikle bulgulardan hareket edildiğinde EMDR'nin fantom ağrılarında erken dönem uygulaması ile etkinlik gösterdiği belirlenmiştir.

Yaşar, Usta, Eroğlu, Kavakcı, Abamor ve Tavacioğlu (2017) tarafından kalıcı komplike yas bozukluğu tedavisinde EMDR'nin etkinliği üzerine bir çalışma yapılmıştır. Bir kayıpla birlikte görülen ve yaşanması normal olan bir süreci ifade eden yasla ilgili çalışmalarında bireylerin fonksiyonlarında azalma, depresif ruh hali, uyku bozuklukları, somatik şikayetler, ölen kişinin öldüğünü kabul edememe

ve suçluluk duyguları gibi semptomların giderilmesinde EMDR uygulanmış ve bununla ilgili bir takım veriler ortaya konulmuştur.

İzci ve Ünveren (2017) tarafından yapılan “Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme” adlı çalışmada travmave panik bozukluk hastalarında sık sık rastlanan TSSB’nda, Bilişsel Davranışçı Terapi ve EMDR yöntemlerinin, uygulanışının ve tedavi sürecine olan etkileri ele alınmıştır. Bu çalışmayla ile travma sonrası akut ve kronik seyreden, birden fazla psikiyatrik belirtiyile seyreden hastalıkların tedavi edilmesinde BDT ve yeni bir yöntem olan EMDR’nin önemi üzerinde durulmuştur.

Çocukluk çağında yineleyici tecavüz ve cinsel taciz öyküsü bulunan bir vajinismus olgusunda EMDR’nin etkinliği ilgili bir çalışma Hoşgören, Kapucu ve Kaya (2016) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada EMDR terapi uygulamasının travma öyküsü bulunan cinsel işlev bozukluklarının tedavi edilmesinde terapiye uyumu artırıcı, sürecin hızlanmasını sağlayan bir teknik olarak kullanılmasının mümkün olabileceği ifade edilmiştir.

Duman, Bayram ve Demirtaş (2018) tarafından yapılan “EMDR: Olgu Sunumları” adlı çalışmada EMDR yöntemi ile ele alınmış iki vaka ele alınmaktadır. İlk vakada polis olarak görev yapan eşini toplumsal bir olay sırasında yitiren kadının travmatik semptomlarıyla başa çıkamamasının ardından başladığı terapi üzerinden durulmuştur. Travmatikanısının üzerinden beş ay sonra terapiye başlayan panik bozukluk yaşayan kadında EMDR ile bir çalışma yapılmaya başlanmıştır. İkinci vakanın öznesi ise panik atak ve panic bozukluk şikayetiyle terapiye başlayan bir sağlık çalışanıydı. Terapi süreci içinde sağlık çalışanının, çalıştığı işyerinde travmatik olay deneyimi yaşayanların kendisini etkileyeceğini ve tüm hayatını yaşamını bu şekilde etkeleyeceğini hiç düşünmemiş bir sağlık personelinin EMDR sayesinde geçmiş travmatik yaşantılarıyla yüzleşmesi ve yaşamını bir düzene koyması üzerinde durulmuştur.

Yapılan çalışmalara genel olarak bakıldığı zaman EMDR uygulamalarının özellikle panik bozukluk yaşamış bireylere psikolojik bakımdan yardımcı olmada etkisi

olduğuna dair birtakım kanıtların bulunduğu gör÷lmektedir. Bununla birlikte özellikle son yıllarda EMDR'nin çocuklarla ilgili davranış problemleri, sunum endişeleri gibi hususlarda da etkili olduğunun kısıtlı sayıda da olsa araştırmalar yapılması, EMDR'nin panik bozukluk yaşamış bireylerden başka çeşitli problemlerle karşı karşıya kalan bireylere uygulanabilir olduğunu da ortaya koymaktadır.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Bursa ilinde yaşayan Bursa Pozitif Yaşam Psikolojik Danışmanlık Merkezine başvuran bireyler bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın uygulama aşaması 2 ay olarak düşünülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden 10 danışan çalışmaya dahil edilmiştir. Bu katılımcılardan 5'i deney grubunu ve 5'i kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.2. İşlem

Deney ve Kontrol grubuna seçilmiş katılımcılara öncelikle Beden Duyumları Ölçeği, Panik Agorafobi Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği uygulanmıştır. Bunun yanı sıra aydınlatılmış onam formu doldurulacaktır. Ölçekler uygulandıktan sonra deney grubunda ki katılımcılara haftada iki seansa olmak üzere, bir seans doksan dakika, EMDR terapi uygulanmıştır. Kontrol grubunda ise ölçekler uygulandıktan üç hafta sonra herhangi bir uygulama yapmadan tekrar aynı ölçekler uygulanmıştır. Her iki gruba ön-test ve son-test yapıldıktan sonra kontrol grubuna da EMDR terapisi uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Form

Araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, gelir düzeyi ve kişisel iletişim bilgilerine yönelik sorular yer almaktadır.

3.3.2. Panik Agorafobi Ölçeği

Bandelow tarafından geliştirilen ölçek, Tural ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış, 13 sorudan, 1 durumdan oluşan ve 5 li likert tarzı olan ölçekte katılımcılardan ‘ (0) (1), (2), (3), (4), seçeneklerinden kendisine uygun olanı işaretlemesi istenmektedir. Ölçek iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,82 dir. Ölçekte tersten puanlanan madde bulunmamakta ve ölçekten alınan puanların yüksek olması, panik ve agorafobi seviyelerinin yüksek olduğunu göstermektedir. İç tutarlık (Cronbachs Alpha) gözlemci formu için .88, özbildirim formu için .86 bulunmuştur. Ölçeğin ana bileşenler, varimax rotasyon ve scree test ile dört faktörlü yapıda olduğu görüldü. Bunlar, 1. Fobik kaçınma ve yetiyitimi, 2. Panik atağı, 3. Beklenti anksiyetesi, 4. Bedensel hastalık inancıdır. ROC (Receiver Operating Characteristics) analiziyle özgüllük ve duyarlık eğrisi oluşturularak gözlemci formunun kesme noktası elde edildi. En iyi özgüllük ve duyarlığı 11/12 puanda verdiği görüldü. Değerlendiriciler arası tutarlık .88 idi ($p<0.0001$). Test-tekrar test güvenilirliği gözlemci formu için .82 ($p<0.001$), özbildirim formu için .70 ($p<0.001$) bulunmuştur.

3.3.3. Beden Duyumları Ölçeği

Chambless (1984) tarafından geliştirilmiş olan Beden Duyumları ölçeği toplam 18 maddeden oluşmaktadır. BDÖ Türkçe formunun, panikle ilişkili beden duyumlarından korkuyu geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğünü göstermiştir.5

dereceli likert tipi bir ölçektir. Hiç (1), Hafif (2), Orta (3), Çok (4), Aşırı (5) şeklinde derecelendirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması ise Kurt ve Türkçapar (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yüksek skorlar yüksek beden duyularını göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik ve geçerlilik çalışması sonucu elde edilen bulgular; testin güvenirliği; test-tekrar test, test yarılama ve Cronbach alfa katsayısı ile analiz edilmiştir. Faktör analizinde temel bileşenler yöntemi ve varimax rotasyonu kullanılmıştır. Çalışmaya alınan hastaların %66'sı (n=80) kadın, %34'ü (n=42) erkekti. Hastaların yaş aralığı 18-58, yaş ortalamaları ise 31.7 ± 10.8 olarak saptandı. İstatistiksel analizde, BDÖ Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğini destekleyen sonuçlar elde edildi. Sonuç: Araştırmanın bulguları, BDÖ Türkçe formunun, panikle ilişkili beden duyularından korkuyu geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğünü göstermiştir.

3.3.4. Belirti Yorumlama Ölçeği

1991 yılında Robbins ve Kirmayer tarafından geliştirilen ölçek Duman, Üsbütün ve Göka tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. 39 sorudan oluşan likert tipi ölçek, 1: Hiç 2: Biraz, 3: Orta 4: Çok 5: Pek Çok seçeneklerinden kendisine uygun olan şıkkın işaretlemesi istenilir. Ölçekte sık rastlanan bedensel belirtilerden oluşan 13 soruyu izleyen, her biri fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık veya ruhsal bir sıkıntı ya da hastalık olasılığını veya çevresel ve normalleştiren bir atfı içeren üçer maddeden oluşur. Ölçeğin, alt ölçeklerinin iç tutarlılık analizi için Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ve maddetoplam bağıntıları hesaplanmıştır. Normalleştiren atfı alt ölçeği için $\alpha=0.86$, madde-toplam puan bağıntıları 0.394-0.624 arasında; ruhsal atfı ölçeği için $\alpha=0.87$, madde-toplam puan bağıntıları 0.348-0.656 arasında; bedenselleştiren atfı ölçeği için $\alpha=0.87$, madde-toplam puan bağıntıları 0.353-0.659 arasında bulunmuştur. Her üç ölçeğin iç tutarlılık katsayıları 0.85'in üzerindedir ve bu değerler oldukça güvenilir kabul edilmektedir

3.4. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel çözümlenmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 paket programı kullanılmıştır. Ön-test ve son-test puanları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılarak hesaplanmıştır. İki grubun puanlarını karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde öncelikle katılımcıların anket ve ölçeklere verdikleri cevapların bilgisayara doğru girilip girilmediği ve kayıp değerlerin olup olmadığı gözden geçirilmiştir. Araştırmadan (n=10) elde edilen veriler parametrik istatistik sayıltılarını karşılamadığı için parametrik olmayan analizler yürütülmüştür.

Tablo 3.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin demografik özellikleri

Değişken	Deney		Kontrol	
	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Cinsiyet				
Kadın	4	80.0	2	60.0
Erkek	1	20.0	3	40.0
Eğitim düzeyi				
Ortaokul	-	-	1	20.0
Lise	2	40.0	1	20.0
Üniversite	2	40.0	3	60.0
Lisansüstü	1	20.0	-	-
Çalışma Durumu				
Evet	3	60.0	4	80.0
Hayır	2	40.0	1	20.0
Medeni Durum				
Bekar	2	40.0	2	40.0
Evlü	3	60.0	3	60.0
Gelir Düzeyi				

Orta	4	80.0	5	100.0
Yüksek	1	20.0	-	-
Çocuk				
Evet	2	40.0	3	60.0
Hayır	3	60.0	2	40.0
Ev Dışı Bakım				
Evet	-	-	-	-
Hayır	5	100.0	5	100.0
Kronik Rahatsızlık				
Evet	2	40.0	2	40.0
Hayır	3	60.0	3	60.0
İlaç Kullanımı				
Evet	3	60.0	4	80.0
Hayır	2	40.0	1	20.0
Psikolojik Rahatsızlık				
Evet	2	40.0	3	60.0
Hayır	3	60.0	2	40.0

Tablo 4.

Deney grubunda panik agorafobi, beden duyumları ve belirti yorumlama puanlarına ilişkin Wilcoxon Testi

	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Panik Agorafobi					
Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00	-2.023	.043*
Negatif Sıralar	5	3.00	15.00		
Beden Duyumları					
Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00	-2.060	.039*
Negatif Sıralar	5	3.00	15.00		
Belirti Yorumlama					
Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00	-2.032	.042*
Negatif Sıralar	5	3.00	15.00		

$p < .05^*$

Çalışmanın deney grubunda bulunan bireylerin Panik Agorafobi Ölçeği, Beden Duyumları Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği ön test ve son test puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için elde edilen verilere Wilcoxon İşaretli Sıralar testi uygulanmıştır. Buna göre uygulanan programa katılan bireylerin terapi öncesi ve müdahale sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu saptanmıştır (sırasıyla: $z = -2.023$, $p < .05$; $z = -2.060$, $p < .01$; $z = -2.032$, $p < .05$).

Tablo 5.

Kontrol grubunda panik agorafobi, beden duyumları ve belirti yorumlama puanlarına ilişkin Wilcoxon Testi

	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Panik Agorafobi					
Pozitif Sıralar	4	3.50	14.00	-1.753	.080
Negatif Sıralar	1	1.00	1.00		
Beden Duyumları					
Pozitif Sıralar	4	2.88	11.50	-1.089	.276
Negatif Sıralar	1	3.50	3.50		
Belirti Yorumlama					
Pozitif Sıralar	1	3.00	3.00	-0.730	.465
Negatif Sıralar	3	2.33	7.00		
Fark Olmayan	1				

$p < .05^*$

Çalışmanın kontrol grubunda bulunan bireylerin Panik Agorafobi Ölçeği, Beden Duyumları Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği ön test ve son test puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için elde edilen verilere Wilcoxon İşaretli Sıralar testi uygulanmıştır. Buna göre uygulanan programa katılan bireylerin

terapi öncesi ve müdahale sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$).

Tablo 6.

Deney ve kontrol grubu panik agorafobi, beden duyumları ve belirti yorumlama puanlarına ilişkin Wilcoxon Testi

	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Panik Agorafobi					
Kontrol	5	3.00	49.00	-2.619	.010*
Deney	5	8.00	15.00		
Beden Duyumları					
Kontrol	5	3.00	40.00	-2.617	.009*
Deney	5	8.00	14.00		
Belirti Yorumlama					
Kontrol	5	3.00	40.00	-2.619	.010*
Deney	5	8.00	15.00		

$p<.05^*$

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin Panik Agorafobi Ölçeği, Beden Duyumları Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için elde edilen verilere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucuna göre panik agorafobi ($U= -2.619$, $p<.01$), beden duyumları($U= -2.617$, $p<.01$) ve belirti yorumlama ($U=-2.619$, $p<.01$) puanlarının anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı EMDR terapinin panik bozukluğunda etkinliğinin değerlendirilmesidir. Bu çalışmada deney grubuna yapılan EMDR terapisi, bireylerin terapi öncesi ve müdahale sonrası Panik Agorafobi Ölçeği, Beden Duyumları Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği puanları arasında farklılaşma olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla: $z = -2.023$, $p < .05$; $z = -2.060$, $p < .01$; $z = -2.032$, $p < .05$). Goldstein ve Feske'nin 1994 yılında yaptığı çalışmada da benzer şekilde EMDR terapinin kaygıları azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca Bayram, Demirtaş ve Duman'ın 2018 yılında yaptığı olgu sunumuda da EMDR terapi alan deneğin yapılan kontrolünde artık panik yaşamadığı gözlemlenmiştir.

Yaptığımız araştırma da deney gurubu EMDR uygulaması sonrası deneklerin semptomlarında azalma görülmüş ancak bu azalma denekler içinde değerlendirildiğinde farklı düzeylerde olduğu gözlemlenmiştir. Bu bilgi de terapi sürecinin farklı danışanlarda farklı zaman dilimlerinde süreceği sonucuna varılabilir.

Kontrol grubunda ise denek grubu ile eş zamanlı uygulanan Panik Agorafobi Ölçeği, Beden Duyumları Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği puanlarında anlamlı bir değişme saptanmamıştır.

Bu bilgiler ışığında panik bozukluğunda terapi almak yaşanan sorunun azalmasına fayda sağlarken terapi almamak yaşanan problemin devam etmesine neden olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırma esnasında deney grubuna yapılan uygulamalar farklı sıklıklarda uygulansaydı farklı sonuçlar doğurabilirdi. Bu açıdan yaklaşıldığında EMDR uygulamaların gün aşırı uygulanması veya günde birden fazla EMDR uygulamasının yapılması ileride yapılacak farklı araştırmalara konu olarak düşünülebilir.

Ironson , Freund, Strauss, Williams (2002) tarafından yapılan” Travmatik stres tedavisinde EMDR terapi ve uzun süreli maruz bırakma yöntemlerinin karşılaştırılması temelli çalışma” konulu araştırma ve Van Etten, Taylor (1988) tarafından yapılan “ Travma sonrası stres bozukluğu tedavilenin karşılaştırılması: Meta analiz” konulu araştırma da psikolojik problem yaşayan bireylerin semptomlarında EMDR terapinin birçok terapi yönteminden daha hızlı azalma sağladığına ve daha az terapi seansına ihtiyaç duyulduğunu bildirmiştir. Yaptığımız araştırma da bu araştırmaları destekler niteliktedir. Beş seans gibi kısa bir zaman diliminde deneklerin semptomlarında belirgin azalmalar saptanmıştır.

Psikolojik problemlerin tedavisi deyince tedavi süreleri sıklıkla yıllarla ifade edilmiştir. Kaygı bozuklukları ve panik atak tedavisi de, tedavisi uzun süreceği ifade edilen psikolojik bozukluklar arasında yer almaktadır. Hatta uzun süreli tedavi sonrası bile hastalık belirtileri ortaya çıkabilmektedir (Atalay ve Bayraktar 1995). Terapi için farklı kurumlara başvuran kişiler, şikayetçi olduğu belirtilerden en kısa zamanda kurtulmak isterler. Bu anlamda terapinin semptomların azalmasına ne kadar hızlı etki ederse o kadar çok talep görebileceği sonucuna varılabilir. EMDR terapinin kısa süreli terapilerde bile semptomları azaltmada etkili olması bu açıdan önemlidir. Yaptığımız araştırma EMDR terapinin beş seans gibi görece kısa bir zaman diliminde belirtilerin azalmasına fayda sağladığını görülmüştür. Benzer şekilde daha önce bahsettiğimiz Goldstein ve Feske'nin 1994 yılında yaptığı “Panik Bozukluğunda Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme: Vaka Serisi” başlıklı çalışmada panik bozukluğu olan yedi danışana beş seans uygulama yapıldı. EMDR uygulamaları sonrası belirtilerde önemli azalmalar saptadılar. Bu sonuç EMDR terapiyi ön plana çıkarmaktadır.

Boudewyns ve Hyer (1996) yaptığı çalışmada ise EMDR terapin etkinliğinin yanı sıra EMDR terapinin bazı yöntemlere oranla daha hızlı sonuçlar vermesini, yöntemin diğer yöntemlerin önemli bölümlerini uygulama içeriğinde barındırmasından kaynaklanmaktadır sonucuna varılmıştır. Faretta (2013) yaptığı bir araştırmada Panik Bozukluğunda EMDR terapi ve Bilişsel Davranışçı terapiyi karşılaştırdı. 12 seans ilgili yöntemler katılımcılara uygulandıktan sonra her iki grupta da belirtilerde anlamlı azalma görülmüştür. EMDR terapi ve Bilişsel Davranışçı terapi birbiri ile karşılaştırıldığında ise anlamlı bir üstünlük saptanamamıştır. Bu bilgi önemli bir bilgidir. Bütüncül bir yaklaşım daha hızlı sonuca ulaşmaya katkı sağladığı söylenebilir.

Yine Marcus, Marquisve Sakai (1997) yaptığı çalışma da EMDR terapinin diğer terapi yöntemlerinden daha etkili iyileşme sağladığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada yukarıda ki bilgiyi desteklemektedir. EMDR terapinin kısa süreli uygulanması sonrasında semptomlarda azalma ortaya koyması belirtilerin kısa sürede tekrar ortaya çıkabileceği düşüncesini ön plana çıkarabilir. Yani belirtilerin nüks etmesi riskini ortaya çıkarabilir. Bu konu da Bhagwagar (2016) yaptığı çalışma da ise agorafobili panik atak yaşayan otuz yaşında ki bir yetişkine on yedi seans EMDR terapi uyguladı. Emdr terapi sonrası panik atakları azaldı. Terapi süreci bittikten 5 sene sonra terapide elde edilen kazançların hala sürdüğünü rapor etmiştir.

Goldstein, Alan, Beurs, Edwin, Chambless, Dianne, Wilson, Kimberly (2000) tarafından yapılan bir başka çalışma ise bizim yaptığımız çalışmayı destekler niteliktedir. Agorafobili panik atak yaşayan kişilere EMDR terapi uygulandı. Kontrol grubunda ki kişilerle sonuçları karşılaştırıldığında Emdr terapi uygulanan kişilerin kaygı düzeylerinin azaldığı rapor edilmiştir.

Kaygı bozuklukları üst başlığı altında ele aldığımız Panik Atak ve kaygı bozuklukları üst başlığı altında ele alınan farklı kaygı bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalar da EMDR terapinin kaygı seviyesini azalttığı ve belirtilerin yok olduğunu

göstermiştir. Barker ile Barker (2007) tarafından yürütölmüş olan tek denekli çalışmada topluluk karşısında konuşma kaygısı yaşayan birey üzerine yapılan EMDR terapi sonrasında kaygılarının azaldığı ve sunum becerilerinin arttığı saptanmıştır.

Yukarda ortaya koyduğumuz bilgiler ve ilgili araştırmalarda gösteriyor ki EMDR terapi panik bozukluğunda beklediğimiz üzere belirtileri azaltmada etkili bir yöntemdir. Ayrıca kaygı kaynaklı farklı problemlerde de (sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete boz. Vb.) diğer yöntemlere oranla belirtileri azaltmada daha etkilidir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Deney grubunda bulunan bireylerin Panik Agorafobi Ölçeği, Beden Duyumları Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği ön test ve son test puanları açısından EMDR uygulaması sonucunda puanlarda azalma görülmüştür.

Denek ve kontrol grubunun Panik Agorafobi Ölçeği, Beden Duyumları Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği puanları karşılaştırıldığında EMDR uygulaması yapılan denek grubunda puanların istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı bulunmuştur.

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen bulgulardan ve ulaşılan sonuçlardan faydalanılarak klinisyenlere ve bu araştırmadan esinlenerek yapılacak araştırmalara öneriler bulunmaktadır. Elde edilen bulgular EMDR terapinin panik bozukluğunda etkili olduğunu göstermiştir. Bu bilgiden yola çıkarak alanda çalışan klinisyenlerin EMDR terapiye daha sıcak bakmaları önerilmektedir.

Buna benzer araştırmaların artması EMDR terapinin tanınmasına ve yaygınlaşmasına fayda sağlayacaktır. Kısa süreli müdahalelerde de etkili olduğunu ifade ettiğimiz ve yaptığımız araştırma sonrası bulgularla desteklediğimiz EMDR terapi yöntemi kısa sürede klinisyenlerinde ilgisini çekmesini beklemekteyiz.

Zamanın kısıtlı olduğu ve hemen müdahale gerektiren durumlarda klinisyenlerin EMDR terapiye yönelmelerini önermekteyiz.

Bu çalışmanın panik bozukluk ile yapılan klinik çalışmalara da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu alanda yapılacak çalışmalarda ise önerilerimiz, araştırmanın daha kapsamlı ve daha fazla kişiye ulaşması araştırmanın daha güvenilir sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir.

Panik bozukluk yüksek düzeyde eştanı oranları olduğu da saptanmıştır (Goodwin vd., 2004). Bu anlamda panik bozukluğu ile çalışırken eşlik eden bir başka psikolojik rahatsızlığın olup olmadığı konusu da dikkate alınarak çalışmalar yapılabilir.

Panik bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğüne işaret eden birçok araştırma bulgusu olduğu dikkat çekmiştir (Davidson ve Neale, 2004; Fyer vd., 1995; Gökler, 2005; Raj vd., 1993; Scott vd., 2000; Uhde vd., 1991). Bu araştırma bilgisinden yola çıkarsak bundan sonra yapılacak çalışmalarda gruplar oluşturulurken bu bilgiye dikkat edilerek oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz JS, Foa EB (1998) Worries and obsessions in individuals with obsessivecompulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36: 695–700.
- Akvardar, Y., Çalak, E., Etaner, U., Hürol, C., Sunat, H., Tükel, R. vd., (2006). *Psikanalitik Kurama Giriş*. Ankara: Bağlam Yayınevi.
- Alkın T (2002) Birinci Basamakta Panik Bozukluğu Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 3: 22-31.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* Washington DC, (Çev. Ed.: E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association 1987.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association 1987.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2013), Beşinci Baskı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Birliği, Arlington VA, (Çev. Ertuğrul Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amering M, Katschnig H (1990) Panic attacks and panic disorder in cross-cultural perspective. *Psychiatr Ann*, 511-516.
- Atalay DN, Bayraktar E. *Panik Atak ve Panik Bozukluğu Anksiyete Monografıları*. Ankara: Medikomat 1995: 225-255.
- Aysev A, Taner Y (2007) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. *Gohnson ve Gohnson*, Cilt 1.

- Bandelow, B. Späth, C., Tichauer, G. A., Broocks, A., Hajak, G. ve Rüther, E. (2002). Early Traumatic Life Events, Parental Attitudes, Family History, and Birth Risk Factors in Patients With Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (4), 269-278.
- Berrios GE., The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. *Cambridge University Pres.* 1996:32-55.
- Bhagwagar, H. (2016). EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia: A case description. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(4), 256-274.
- Birmaher B ve ark. (2002) Is bipolar disorder specifically associated with panic disorder in youths? . *J Clin Psychiatry*, 63(5): 414-9
- Birmaher B, Ollendick TH (2004) *Childhood-onset panic disorder. In: Ollendick TH, March JS (eds) Phobic and anxiety disorders in children and adolescents.* Oxford University Press, New York, 306–333.
- Bonnefoy Y (Ed.) (2009): *Mitolojiler Sözlüğü*. Dost Kitabevi, Ankara .
- Brown TA ve ark. (1993) Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 24, 227– 240
- Cannon W.B. (1924): *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, Appleton, New York.
- Ceylan M.E, Yazan B (2000). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, *Anksiyete Bozuklukları*, Birinci Baskı, 3. cilt, 77-112.
- Ceylan ME, Yazan B (2000) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, *Anksiyete Bozuklukları*, Birinci Baskı, (3. cilt): 77-112.

- Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (4), 461-70.
- Davidson G, Neale J (2004) *Anormal Psikolojisi*, (Çev.Ed.: İ Dağ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2011). *Anormal Psikolojisi*. (İ. Dağ, Çev. Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Denizli, S. (2008).Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme: Yaklaşımın Etkililiği ve Bugünkü Durumu.*Ege Eğitim Dergisi* (9) 2: 79-92
- Dilbaz N (1997) Sosyal Fobi. *Psikiyatri Dünyası*; 1: 18-24.
- Duman,R. N.,Bayram S. ve Demirtaş B. (2018). EMDR: Olgu Sunumları. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*/ Cilt:1, Sayı:1, Ocak 2018: 142-164.
- Eaton WW ve ark. (1991) *Panic and Phobia. In Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (eds.) Robins LN, Reiger DA, The Free Press, New York, 155-179
- Eaton WW ve ark. (1994) Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*, 151 (3): 413-420.
- Erdoğan, S. (2007). Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10 (4), 3-13
- Ersoy F ve ark., (2003), Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları, *Sted*,12(8): 286-288
- Essau CA ve ark. (1999) Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents. *Depress Anxiety*, 9:19–26.
- Etik Ç ve ark (2007) Panik bozukluğu: Solunumsal alt tipler, yakın ve geçmiş yaşam olaylarının rolü. *Yeni Symposium*, 45(3): 128-133.

- Faretta, E. (2013). EMDR and cognitive behavioral therapy in the treatment of panic disorder: A comparison. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 121-133.
- Fyer AJ ve ark. (1995) *Panic disorders and agoraphobia*, In *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Eds: Kaplan HI, Sadock BJ) Williams and Wilkins, Baltimore, 6(1): 1191-1204
- Girit-Çetinkaya, Ö., Altınbaş, K., İpekçioğlu, D., Erdiman, S., ve Özer, Ş. (2011). Uyku Panik Atağı: Farklı Bir Alt Tip mi? *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 189-198.
- Goisman RM ve ark. (1995) DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: New data on a controversial diagnosis. *Am J Psychiatry*, 152(10): 1438-1443.
- Goldstein, A. J. ve Chambless, D. L. (1978). A Reanalysis of Agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Goldstein, A. J., ve de Beurs, E., Chambless, D. L., ve Wilson, K. A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 947-956.
- Goldstein, A. J., ve Feske, U. (1994) Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders* Volume 8, Issue 4, Pages 351-362
- Goodwin R ve ark. (2004) Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry*, 161: 12.
- Gökler I (2005) Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu tartışmasında farklı bir boyut: Bilgi işleme yaklaşımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(2): 83-91.

- Greenberg PE ve ark. (1999) The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*, 60: 427–435.
- Gürel D. (2010). Kronik Ağrı Tedavisinde Güncel Bir Psikoterapotik Yaklaşım: Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma. *Turkish Journal of Clinical psychiatry*. 13(1): 36-41, 02 Ocak 2019 tarihinde [http://www.klinikpsikiyatri.org/en/jvi.aspx?pdire=kpd ve plng=eng ve un=KPD-48407 ve look4](http://www.klinikpsikiyatri.org/en/jvi.aspx?pdire=kpd ve plng=eng ve un=KPD-48407 ve look4 adresinden alındı) adresinden alındı.
- Güz H, Dilbaz N (2003) Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 6: 32-38
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single-incident trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 1-9.
- İzci,F., Ünveren, G. (2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2017; 6(1):31-38.
- Kaplan, H. I. ve Sadock, B. J. (2004) *Klinik Psikiyatri* (E. Abay, Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kaplan, H. I. ve Sadock, B. J. (2004) *Klinik Psikiyatri* (E. Abay, Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karabekiroğlu, A., Karabekiroğlu, K., Cömert, G. B. ve Topçuoğlu, V. (2007). Panik Bozukluğunda Beyin Görüntüleme Çalışmaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 224-230.
- Kaya N (2007) *Sorularla panik atak*. Sistem Yayıncılık, İzmir

- Klauke, B., Deckert, J., Reif, A., Pauli, P. ve Domschke, K. (2010). Live Events In Panic Disorder – An Update on “Candidate Stressors”. *Depression and Anxiety*, 27, 716-730.
- Klein DF, Fink M (1962) Psychiatric reaction patterns to Imipramin. *Am J Psychiatry*, 119: 432-438.
- Klein, D. F. Ve Gorman, J. M., (1987). A Model of Panic and Agoraphobic Development. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 76, 87– 95.
- Klerman GL ve ark. (1991) Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assos*, 265(6): 742-746.
- Kocabaşoğlu N (2002) Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. *Yeni Symposium* 40(2): 68-75.
- Korobeynikova, L. A., Rudko, O. I., Azimova, Y. E., Fokina, N. M. ve Klimov, E. A. (2012). Genetic Basis of Predisposition to Panic Disorder. *Biology Bulletin Reviews*, 2 (4), 294–305.
- Köroğlu E (2006) *Panik bozukluğu*. Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Hekimler Birliği Yayıncılık, Ankara
- Köroğlu E., Amerikan Psikiyatri Birliği, *Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* , Dördüncü Baskı (DSM-IV), Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1994.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards J., ve Greenwald,R. (2002) Treatment of PTSD: Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure Compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071–1089.
- Lenze ve ark. (2000) Comorbid anxiety disorder in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry*, 157: 722-728.

- Lin EH ve ark. (1998) Frustrating patients: Exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic physician and patient perspectives among distressed high users disorder. *Am J Psychiatry*, 155 (5): 603-9
- Lteif, G. N. ve Mavissakalian, M. R. (1995). Life Events and Panic Disorder/Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 118-122.
- Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR., From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences?,*Psychiatric Clinics of North America* 2006:29(1): 63
- Marcus, S. V., Marquis, P., ve Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(3), 307-315.
- Maier, W. ve Lichtermann, D. (1993). The Genetic Epidemiology of Unipolar Depression and Panic Disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 8 (1), 27-33.
- Manfro, G. G., Otto, M. W., McArdle, E. T., Worthington III, J. J., Rosenbaum, J. F. ve Pollack, M. H. (1996). Relationship of Antecedent Stressful Life Events to Childhood and Family History of Anxiety and The Course of Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 41, 135-139.
- Mosing, M. A., Gordon, S. D., Medland, S., Statham, D. J., Nelson, E. C., Heath, A. C. vd., (2009). Genetic and Enviromental Influences on The Co-morbidity Between Depression, Panic Disorder, Agoraphobia and Social Phobia: A Twin Study. *Depression and Anxiety*, 26, 1004-1011.
- Newman, M. G., Shin, K. E. ve Zuellig, A. R. (2016). Developmental Risk Factors in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 206, 94–102.

- Oltmanns T ve ark. (2003) *Anormal davranışlar psikolojisinde vaka çalışmaları* (Çev. Ed.: İhsan Dağ). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara
- Onur E ve ark. (2004) Panik- agorafobi spektrumu kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3): 215- 223.
- Öztürk MO, Uluğ B., Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10, *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 1993.
- Pine DS, McClure EB., *Anksiyete bozuklukları: Klinik özellikleri*. Aydın H, Bozkurt A, ed. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007.
- Raj BA ve ark. (1993) The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: A retrospective study. *J Clin Psychiatry*, 54: 150-155
- Roberson-Nay R, Kendler KS., Panic disorder and its subtypes: a comprehensive analysis of panic symptom heterogeneity using epidemiological and treatment seeking samples, *Psychological Medicine* 2011;41; 2411-2421.
- Roy-Byrne P ve ark. (1999) Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry*, 60: 492-499
- Russell Noyes Jr., Rudolf Hoehn- Saric.1998:*Anksiyete Bozuklukları*. csa Medikal ve Paramedikal Yayıncılık, s:86
- Scott EL ve ark. (2000) Anxiety sensitivity in social phobia: comparison between social phobics with and without panic attacks. *Depress Anxiety*, 12: 189-192
- Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for posttraumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*.1989;20(3):211-217.

- Savino M ve ark. (1993) Affective comorbidity in panic disorder: Is there a bipolar connection? *J Affect Disord*, 28: 155-163.
- Saygılı, S. ve Karamustafalıoğlu, O. (2010). Panik Bozukluğu Hastalarında Sosyodemografik Özellikler Ve Komorbidite. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 32-37.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. and Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of EMDR. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Seligman, L. (2001). *Systems, strategies and skills of counseling and psychotherapy*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Sergui J ve ark. (2000) Differatial clinical features of late-onset panic disorder. *J Affect Disord*, 57(1): 115-124.
- Servant, D. ve Paraquet, P. J. (1994). Early Life Events and Panic Disorder: Course of Illness and Comorbidity. *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 18 (2), 373-379.
- Sevinçok L, Akoğlu A (2001) Panik ve depresyon: Etiyoloji, tanı ve eş tanı sorunları. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1(5): 215-227.
- Shapiro, F. (2001). *Eyemovement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. 2. Baskı. New York: Guilford Press.
- Smoller JW ve ark. (2008) Influence of RGS2 on anxiety-related temperament, personality, and brain function. *Arch Gen Psychiatry*, 65(3): 298-308.
- Spector, J.,ve Read, J. (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 165-174.

- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., Oppen, P. V. vd., (2010). The Specificity of Childhood Adversities and Negative Life Events Across The Life Span to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126,103–112.
- Stein MB, Uhde TW (1988) Panic disorder and major depression: A tale of two syndromes. *Psychiatr Clin North Am*, 11: 441-461.
- Sugaya, N., Yoshida, E., Yasuda, S., Tochigi, M., Takei, K., Otowa, T. vd., (2015). Anger Tendency May Be Associated With Duration of Illness in Panic Disorder. *BioPsychoSocial Medicine*, 9 (6), 1-7.
- Sungur M (2000) Bilişsel davranışçı yaklaşımlar ve sosyal fobi. *Klinik Psikiyatri*, 3(EK2): 27-32.
- Topçuoğlu V, Karabekiroğlu A, Yazgan Ç.,Panik Bozukluğu Provokasyon Çalışmaları ve Provokasyon Ajanlarının Farklılıkları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6; 38-62.
- Tunçer, Ö. (1995). Psikosomatik Açıdan Panik Bozukluk. *Kriz Dergisi*, 1 (3), 155-160.
- Tükel R. (1997) Panik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1):12-17.
- Tükel R. (2002) Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 5(Ek3): 5-13.
- Uhde TW ve ark. (1991) Phenomenology and neurobiology of social phobia: comparison with panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 52(Suppl 11): 31-40
- Weismann MM ve ark. (1997) The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 305.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley ve Sons.

- Wittchen HU, Essau CA. (1993): Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *J Psychiatry Res*, 27(suppl 1): 47-68.
- Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., Wang, J. vd., (2016). Association of Childhood Trauma and Panic Symptom Severity in Panic Disorder: Exploring the Mediating Role of Alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 206, 133–139.

Ek 1. Panik Agorafobi Ölçeği

Adı Soyadı:

Tarih:

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız.

Panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bunalı(sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

- ◆ Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması
- ◆ Terleme
- ◆ Titreme, sarsılma
- ◆ Ağız kuruluğu
- ◆ Nefes almada güçlük
- ◆ Boğulma duygusu
- ◆ Göğüste ağrı, sıkışma hissi
- ◆ Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örneğin midenin alt üst olması)
- ◆ Baş dönmesi, düşecek gibi olma baygınlık ya da başta sersemlik hissi
- ◆ Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da "tam olarak burada değilim" duyguları
- ◆ Denetim kaybı, "delirme" ya da bayılma korkusu
- ◆ Ölüm korkusu
- ◆ Ateş basması ya da ürperme
- ◆ Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı
1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu.
2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu.
3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu.
4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu.

A.2. Geçen hafta içindeki panik ataklarınız ne şiddetteydi?

- 0. Panik atağı olmadı
- 1. Ataklar çok az şiddetteydi.
- 2. Ataklar orta derecede şiddetliydi
- 3. Ataklar epeyce şiddetliydi.
- 4. Ataklar çok şiddetliydi.

A.3. Panik atakların her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

- 0. Panik atağı olmadı.
- 1. 1-10 dakika arası sürdü.
- 2. 10 dakikadan çok 1 saatten az sürdü.
- 3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü.
- 4. 2 saatten daha uzun sürdü.

U. Ataklardan çoğu beklenen atak mıydı (yani korkulan durumlarda ortaya çıkan) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mi ortaya çıkıyordu?

- 0. Çoğunlukla beklenmedik.
- 1. Beklenmedikler beklenenlerden çok
- 2. Bazısı beklendik bazısı beklenmedik
- 3. Beklenenler beklenmediklerden çok
- 4. Çoğunlukla beklendik

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

- 0. Kaçınma yok (veya panik ataklarımın nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor)
- 1. Oldukça nadir kaçındım.
- 2. Bazen kaçındım.
- 3. Sık sık kaçındım.

4. Her zaman kaçındım

B.2. Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyiniz.

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| 01. Uçaklar
(lobiler) | 09. Parti ya da sosyal toplantılar | 17. Geniş salonlar |
| 02. Metro (yer altında) | 10. Kalabalıklar | 18. Sokakta yürümek |
| 03. Otobüsler, trenler
caddeler, avlular | 11. Lokantalar | 19. Tarlalar, geniş |
| 04. Gemiler | 12. Müzeler | 20. Yüksek yerler |
| 05. Tiyatrolar, sinemalar | 13. Asansörler | 21. Köprülerden geçmek |
| 06. Süpermarketler | 14. Kapalı yerler (tünel gibi) | 22. Evden uzaklara
gitmek |
| 07. Kuyrukta beklemek | 15. Sınıflar, konferans salonları | 23. Evde tek başına
kalmak |
| 08. Konser salonları, stadyumlar | 16. Otomobile binmek veya sürmek (örn. Trafik
sıkışıkken) | |

Diğer durumlar:

24..... 25. 26.....

B.3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

- 0. Önemli değil (veya kaçınma yok)
- 1. Çok az önemli
- 2. Orta derecede önemli
- 3. Epeyce önemli

4. Çok önemli

C. 1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu?

- 0. Hiçbir zaman korkum olmadı.
- 1. Oldukça nadiren korktum.
- 2. Bazen korktum.
- 3. Sık sık korktum.
- 4. He zaman korktum.

C. 2. Bu " korkudan korkmak" ne kadar şiddetliydi?

- 0. Yok
- 1. Çok az
- 2. Orta derecede
- 3. Epeyce
- 4. Çok şiddetli

D. 1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinin aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar vb.) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

- 0. Bozulma yok.
- 1. Çok az bozulma oldu.
- 2. Orta derecede bozulma oldu.
- 3. Epeyce bozulma oldu.
- 4. Çok şiddetli bozulma oldu.

D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınızın ya da agorafobinizin toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlanmaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

0. Bozulma yok.
1. Çok az bozulma oldu.
2. Orta derecede bozulma oldu.
3. Epeyce bozulma oldu.
4. Çok şiddetli bozulma oldu.

D.3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobinizin iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok.
1. Çok az bozulma oldu.
2. Orta derecede bozulma oldu.
3. Epeyce bozulma oldu.
4. Çok şiddetli bozulma oldu.

E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede
3. Epeyce
4. Çok şiddetli

E. 2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedeni olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

- 0. Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
- 1. Oldukça nadir
- 2. Bazen
- 3. Sık sık
- 4. Her zaman (daha çok organik bir hastalıktır)

Ek 2. Beden Duyumları Ölçeği

Yönerge: Aşağıda endişeli olduğunuzda veya korktuğunuzda ortaya çıkabilecek beden duyumlarının bir listesi bulunmaktadır. Lütfen ölçeği kullanarak bu hislerin *sizi ne kadar korkuttuğunu* belirtiniz.

Ne Kadar Korkutuyor	hiç	hafif	orta	çok	aşırı
1.Çarpıntı					
2. Göğüste baskı hissi					
3. Kol ve bacaklarda uyuşma					
4. Parmak uçlarında karıncalanma					
5. Vücudun diğer yerlerinde uyuşma					
6. Nefes darlığı					
7. Baş dönmesi					
8. Görme bulanıklığı veya bozuk görme					
9.Bulantı					
10.Midede rahatsızlık hissi					
11.Midede düğümlenme hissi					
12.Boğazda yumruk hissi					
13.Bacaklarda yalpalama ve tutmama					
14.Terleme					
15.Boğaz kuruluğu					
16.Kendinden geçme ve şaşkınlık hissi					
17.Bedenden kısmen ayrılma hissi					
18.Diğer(lütfen tanımlayınız).....					

Ek 3. Belirti Yorumlama Ölçeği

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşısında yer alan rakamları, bu nedenin sizin durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşıyor yaşamadığınızı da **A (evet) ya da B (hayır)** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız.

1 (Hiç) 2 (Biraz) 3 (Orta) 4 (Çok) 5 (Pek çok).

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pekçok
1- Uzun süren başağrılarım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm.					
1a Duygusal olarak sıkıntılıyım	1	2	3	4	5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorunum var	1	2	3	4	5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı	1	2	3	4	5
Sonuçayı içinde uzun süren başağrılarınız oldu mu?					
A-Evet B-Hayır					

2-Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	1	2	3	4	5
2b Endişeli ya da sinirliyim	1	2	3	4	5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım	1	2	3	4	5

Sonuçayı içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu? A-Evet B-Hayır

3- Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

3a Kalbim ya da tansiyonum var 1 2 3 4 5

3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa kalktım 1 2 3 4 5

3c Çok stres altında olmalıyım 1 2 3 4 5

Sonuçayı içinde aniden başınız döndü mü

? A-Evet B-Hayır

4- Ağız kuruluğum olduğun u fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı 1 2 3 4 5

4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım 1 2 3 4 5

4c Daha çok su almaya ihtiyacım var 1 2 3 4 5

Sonuçayı içinde ağız kuruluğunuz oldu mu

? A-Evet B-Hayır

5-

Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim 1 2 3 4 5

5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş olmalıyım 1 2 3 4 5

5c Kalbimde bir sorun olmalı 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu?

A-Evet B-Hayır

6- Kendimi yorgun hissem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

6a Duygu salolaraktükenmişim ya da cesaretim kırılmış 1 2 3 4 5

6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket 1 2 3 4 5

yapmıyorum

6c Kansızım ya da kanım yetersiz 1 2 3 4 5

Sonuçayıçindekendinizi yorgun hissettiniz mi?

A-Evet

B-Hayır

7- Elimin titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

7a Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir 1 2 3 4 5

7b Çok sinirliyim 1 2 3 4 5

7c El kaslarımı yordum 1 2 3 4 5

Sonuçayıçindeelinizintitrediğinfarkettiniz mi?

A-Evet

B-Hayır

8- Uyuma güclüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

8a Ağrıyada fiziksel rahatsızlık beni uyutmuyor 1 2 3 4 5

8b Yorgun değilim ya da çok kahve içtim 1 2 3 4 5

8c Çok endişeliyim ya da bir şeyler sinirlenmiş 1 2 3 4 5

olmalıyım

Sonuçayıçinde uyuma gücüğünüz oldu mu?

A-Evet

B-Hayır

9- Midem ağırırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

9a Kendimi endişeden hasta ettim 1 2 3 4 5

9b Grip ya da mide rahatsızlığım var 1 2 3 4 5

9c Bana dokunacak bir şeyler yedim 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu?

A-Evet

B-Hayır

10- İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

10a Çok yiyordum ya da şu an vücudumun eskisi 1 2 3 4 5

kadar besine ihtiyacı yok

10b Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi yemeklerin 1 2 3 4 5

tadını alamıyorum

10c Midemde ya da bağırsaklarımda bir sorun var 1 2 3 4 5

Son üç ay içinde iştahsızlığınız oldu mu?

A-Evet

B-Hayır

11-Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

11a Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun var	1	2	3	4	5
11b Oda havasız ya da hava kirliliği var	1	2	3	4	5
11c Çok heyecanlı ya da kaygılıyım	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu?

A-Evet

B-Hayır

12-Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissederseniz muhtemelen şunedenle olduğunu düşünürüm:

12a Duygusal stres altındayım	1	2	3	4	5
12b Sinir sistemimde ya da kandolaşımında bir sorun var	1	2	3	4	5
12c Üşüyorum ya da elim ayağım dondu	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi?

A-Evet

B-Hayır

13-Kabızlığımı ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şunedenle olduğunu düşünürüm:

13a Yediklerim arasında yeterince meyve ve lifli besinler yok	1	2	3	4	5
13b Sinirsel gerilimim düzenli tualete çıkmama engel oluyor	1	2	3	4	5
13c Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu?

A-Evet B-Hayır

14-Göğsümde bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:

14a Kalp krizi geçiriyorum	1	2	3	4	5
14b Çok korktum ya da heyecanlandım	1	2	3	4	5
14c Kendimi çok yordum	1	2	3	4	5

Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu?

A-Evet

B-Hayır

Ek 4. Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş :

Cinsiyet : Erkek () Kadın ()

Eğitimidurumu: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Yükseklisans/Doktora ()

Çalışıyor musunuz? : Evet() Hayır ()

Meslek:

Medeni durum: Bekar () Evli () Boşanmış () Dul ()

Gelir Düzeyi:Düşük () Orta () Yüksek ()

Çocuğunuz var mı?Evet() Hayır ()

Evet ise kaç tane?

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres :

Telefon :

E-mail adresi :

GENEL BİLGİLER

Herhangi kronik bir rahatsızlığınızvar mı? Evet ()

(Belirtiniz:.....)

Hayır ()

Herhangi bir ilaçkullanıyormusunuz? Evet ()

(Belirtiniz:.....)

Hayır ()

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınızvar mı? Evet ()

(Belirtiniz:.....) Hayır ()

EK 5. Özgeçmiş**AYHAN ALTAŞ**

1983 yılında Bursa'da doğdum, evli ve iki çocuk babasıyım. Bursa Cem Sultan Lisesinden 2000 yılında mezun oldum. 2002 yılında Uludağ üniversitesi psikoloji bölümüne başladım. 2007 yılında mezun oldum. 2016 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümüne başladım. Mezun olduktan sonra 2007 yılında Özel Canlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde psikolog olarak 2 sene çalıştım. 2009 yılında Adalet Bakanlığı Bursa H Tipi Ceza İnfaz Kurumuna atamam oldu. 7 sene cezaevi psikoloğu olarak görev yaptım. 2017 yılında kurumumdan istifa ederek Pozitif Yaşam Psikolojik Danışmanlık Merkezini kurdum ve hale bu merkezde çalışmaktayım.

EK 6. İntihal Raporu

Panik Bozukluğunda Kısa Süreli EMDR Terapinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

ORJİNALLIK RAPORU

% 13	% 13	% 4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	egitim.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	% 5
2	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	% 1
4	turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	% 1
5	www.psikiyatridizini.org İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.sabriburhanoglu.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<% 1

EK 7. Etik Kurul Onayı

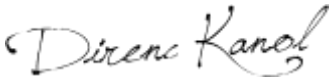
25.09.2018

SayınProf. Dr. Şerife Zihni Eyüpoğlu

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuzYDÜ/SB/2018/255proje numaralı ve **“Panik ve Agorafobi Düzeyi Üzerinde Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.