

Psikoeğitimle Panik Bozukluğun Tedavisi: Kısaltılmış Terapi Tekniği

Treatment of Panic Disorder with Psychoeducation: Abbreviated Therapy Technique

Serdar GÜNER

Psikiyatrist Dr.İstanbul

serdargunerdr@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-4012-2477>

ÖZET

Bu çalışma, panik bozukluk (PB) tanısı almış bireylerde psikoeğitsel (psikoedukatif) müdahalelerin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Panik bozukluk, bireylerde yoğun korku, çarpıntı, nefes darlığı ve kontrol kaybı gibi belirtilerle seyreden, yaşam kalitesini ciddi düzeyde bozan bir anksiyete bozukluğudur. Bu araştırmada, 29 katılımcıya (17 kadın, 12 erkek) yönelik yapılandırılmış bir psikoeğitim programı kapsamında kısaltılmış terapi tekniği uygulanmıştır. Müdahale öncesi ve sonrası veriler Panic Attack Severity Scale, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri aracılığıyla toplanmış ve istatistiksel analizler SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Paired samples t-testi ve tekrarlı ölçümler için ANOVA testi uygulanmış; elde edilen bulgular psikoeğitsel müdahalenin panik atak, anksiyete ve depresyon semptomlarını anlamlı düzeyde azalttığını ortaya koymuştur ($p<0.05$). Müdahalenin bilişsel farkındalık, travmatik belleğin yeniden yapılandırılması ve fizyolojik semptomların tanınması gibi boyutlarda etkili olduğu gözlemlenmiştir. Hiperventilasyon yönetimi ve agorafobik korkularla başa çıkma becerileri de program kapsamında ele alınmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu bulgular, panik bozukluğu tedavisinde psikoeğitimin önemli ve etkili bir tamamlayıcı terapi yöntemi olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Panik Bozukluk, Psikoeğitim, Anksiyete, Hiperventilasyon, Agorafobi.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the effectiveness of psychoeducational interventions in individuals diagnosed with panic disorder (PD). Panic disorder is an anxiety disorder that significantly impairs quality of life, characterized by symptoms such as intense fear, palpitations, shortness of breath, and a sense of loss of control. In this research, a structured psychoeducation program incorporating a brief therapy technique was administered to 29 participants (17 female, 12 male). Pre- and post-intervention data were collected using the Panic Attack Severity Scale, the Hamilton Anxiety Rating Scale, and the Beck Depression Inventory. Statistical analyses were performed using SPSS software. Paired samples t-tests and repeated measures ANOVA were conducted, and the findings revealed that the

psychoeducational intervention significantly reduced symptoms of panic attacks, anxiety, and depression ($p<0.05$). The intervention was observed to be effective in enhancing cognitive awareness, restructuring traumatic memory, and improving the recognition of physiological symptoms. In addition, the program addressed hyperventilation management and coping skills for agoraphobic fears, resulting in positive outcomes. These findings suggest that psychoeducation may serve as a significant and effective complementary therapeutic method in the treatment of panic disorder.

Keywords: Panic Disorder, Psychoeducation, Anxiety, Hyperventilation, Agoraphobia.

Giriş

Panik bozukluk beklenmedik durumlarda ortaya çıkan, bireylerin fiziksel bulguları felaketleştirme eğiliminde olduğu yoğun kaygı ve korku nöbetleriyle belirgin hâle gelen bir anksiyete durumudur. Bireylerin günlük aktivitelerini yerine getiremeyecek kadar etkili olan anksiyete ile ilgili son yıllarda yaygınlık durumunun artmasıyla birlikte literatürde pek çok araştırma yer almıştır. Davranışsal, duygusal, bilişsel ve somatik bileşenleri olan fizyolojik ve ruhsal bir durumu ifade eden anksiyete bozukluklarının bir yıllık sıklığının %12,6; yaşam boyu sıklığının ise %14,6 olduğu belirtilmektedir (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013:442). Söz konusu araştırmada, her ne kadar çeşitli anksiyete türlerinde cinsiyete göre farklı oranlar görülse de kadınların anksiyeteye yakalanma durumunun daha yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Anksiyete farklı şekillerde ortaya çıkabildiği için kendi içinde sınıflandırma yönüne gidilmiştir. APA'nın (American Psychiatric Association) hazırladığı DSM-V'in "Travma ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar" bölümünde yer alan anksiyeteye ilişkin sınıflandırmada şunlar yer almaktadır: Panik bozukluğu, agorafobi, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), ayrılma anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmış ya da tanımlanmamış anksiyete bozukluğu (APA, 2013).

Bu sınıflandırmada görüldüğü üzere panik bozukluğu, anksiyete içinde yer alan bir hastalık türünü işaret etmektedir, hatta tüm anksiyete ile bağlantılı bulgular arasında en kapsamlısıdır. Ancak hastalığın kesin kanıtlarla teşhis edilmesinden sonra ilaç, bilişsel davranışçı terapi (Roy-Byrne, Craske ve Stein 2006) ve psikoeğitimle etkin bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 2014), panik bozukluğu "kişinin tekrarlayan panik ataklar yaşadığı ve bir atağın en az bir ay boyunca bu atakla ilgili sürekli kaygı duyduğu bir ruhsal bozukluk" olarak belirtmektedir. Panik bozukluk, nefes almakta güçlük çekme, çarpıntı, sık nefes alıp verme, baş dönmesi, ölüm korkusu ve titreme gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Panik ataklarla ortaya çıkan bu durumu yaşayan birey açık yerlerde, kalabalıkta, otobüste, evinde sıkıntıya gireceğini ve kimsenin kendisine yardım edemeyeceğini düşünür ve buralara tek başına gitmemeyi veya hiç gitmemeyi kabullenir. Bu durum bireyin yalnızlaşmasını ve bir hastalık sarmalına girmesini beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla panik bozukluk bireyin kişisel olarak davranışlarını etkilediği gibi çevresini

de etkilemektedir. Birey çoğu zaman panik atak geçirdiğinde fiziksel olarak rahatsız olduğunu düşündüğü için korku ve endişeli bir yaşama mahkûm olmaktadır. O nedenle bu tür hastaların mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir.

Panik bozukluğun tedavisi farmakolojik bir yöntemle olabileceği gibi günümüzde çok kullanılan bilişsel davranışçı terapi yöntemi ve psikoeğitimle de yapılabilmektedir. Panik bozukluğunun çözülmesi için uzun sayılabilecek bir dönem ilaç tedavisi uygulanmaktadır ve olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi yöntemi ise 14 saatlik bir program şeklinde gerçekleştirilmekte olduğu için zaman alıcı ve maliyetlidir. Psikoeğitim yöntemi ise bireyin yaşadığı semptomların özelliklerini anlamasını sağlamak ve korkularının bilişsel temellerini çözümleyerek içgörü kazandırmaktır. Ortalama bir saatlik bir sürede gerçekleştirilmekte olduğu için zaman ve maliyet açısından daha ekonomiktir.

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu tedavisinde psikoeğitsel bir teknik kullanarak kısa sürede etkin sonuçlar elde etmek, hastanın kendi semptomlarını tanıyarak nörovasküler reaksiyonları kontrol altına almasını sağlamak ve bu şekilde korku-kayı döngüsünü ortadan kaldırmaktır. Bu kapsamda çalışma, psikoeğitimin panik bozukluğu tedavisindeki yerini daha görünür hâle getirmeyi ve alternatif kısa süreli terapi modeli olarak alana katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Çalışma kapsamında önce panik bozukluğun nitelikleri, etkileri ve mevcut tedavi yöntemleri ele alındıktan sonra psikoeğitsel yaklaşım üzerinde durularak detaylandırılacaktır. Araştırma kısmında ise tarafımızca geliştirilen kısaltılmış terapi tekniği ile gerçekleştirilen çalışmanın bulguları ortaya konulacaktır.

2. Kuramsal Çerçeve

Panik bozukluğu, “etiyojisi iyi bilinmeyen, nedensiz ve aniden ortaya çıkan şiddetli, paroksizmal anksiyete atakları ile karakterize bir bozukluktur” (Alkın, 2002:22). APA Sözlüğü’nde panik bozukluğun oluşumunda görülen panik ataklarla ilgili ise şu bilgilere yer verilmektedir:

“Panik ataklar, birkaç dakika içinde zirveye ulaşan ani ve yoğun korku ya da rahatsızlık nöbetleridir. Bu ataklar sırasında kalp çarpıntısı, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, mide bulantısı, baş dönmesi, üşüme veya ateş basması, uyuşma veya karıncalanma, gerçek dışılık hissi ya da kendinden kopma duygusu, kontrolü kaybetme ya da “çıldırma” korkusu ve ölüm korkusu gibi fiziksel ve/veya bilişsel semptomlar görülebilir. Panik bozukluk genellikle geç ergenlikte ya da erken yetişkinlikte başlar ve kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygındır” (<https://www.apa.org/topics/anxiety/panic-disorder>).

Panik bozukluğun etiyojisi ile ilgili bulgularla henüz nörobiyolojik mekanizma tam olarak aydınlatılamamıştır. Ancak panik bozukluğun biyolojik ve psikososyal nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir (Tamam, 2009:339). Tedavisinde ise psikoterapi, ilaç tedavisi veya ikisi birlikte kullanılabilir.

Literatüre bakıldığında panik bozukluğun nedenlerini ortaya koymaya çalışan ve tedavisinde kullanılan yaklaşımlar olarak biyolojik temelli yaklaşımlar ve psikososyal yaklaşımlar dikkat çekmektedir. Psikososyal yaklaşımlar kapsamında bilişsel davranışçı yaklaşım, psikodinamik yaklaşım ve

psikoeğitim yaklaşımının tedavide uygulandığı görülmektedir.

2.1. Biyolojik Temelli Yaklaşımlar

Biyolojik yaklaşımların temeli fizyolojik süreçlerin panik bozukluğunun oluşumundaki rolünü incelemektedir. Bu kapsamda nöroanatomik yapıların ve nörotransmitter sistemlerinin panik bozukluğun gelişiminde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Beyindeki hipokampus, prefrontal korteks ve amigdala bölgeleri korku ve anksiyete durumlarının düzenlenmesinde devreye girmektedir. Örneğin Gorman vd.nin (2000:494) yaptığı bir araştırmaya göre panik bozuklukta bilhassa amigdala merkezli bir korku ağının oluşumu sözkonusudur. Buna göre amigdala, dışarıdan gelen tehdit algısını değerlendirir ve bedensel tepkilerin başlatılmasında başat rol oynar.

Panik bozukluğun biyolojik gelişim nedenlerini oluşturan bir diğer faktör de nörotransmitter dengesizlikleridir. Bu çerçevede nörotransmitterlerle karşılıklı etkileşen noradrenajik, gama-aminobütirik asit (GABA) ve serotonin (5-HT) sistemlerinin panik bozukluğun oluşumunda sorumlu olduğu kabul edilmektedir. Özellikle serotonin sistemindeki bozulmaların beyindeki inhibisyon süreçlerinin zayıflamasına yol açtığı, GABA'nın baskılayıcı etkisinin azalmasının ise bireylerde uyarılabilirlik durumunu yarattığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla bu durum, tehdit algılarına verilen yanıtların abartılı bir hâle gelmesine ve panik döngüsüne dönüştürülmesine yol açabildiği düşünülmektedir (Tamam, 2009:33; Gorman vd., 2000:495).

Öte yandan sodyum laktat ve karbondioksit gibi çeşitli kimyasal maddelerin de panik bozukluğun nedeni olduğu ve hastalarda panik atağı tetiklediği tespit edilmiştir. Bilhassa aşırı karbondioksit duyarlılığı panik bozukluğa özgü bir bulgu ve gösterge olarak kabul edilmektedir. Beyin sapında parsiyel arteriyel karbondioksit düzeylerini denetleyen merkezi konseptörlerin karbondioksite karşı duyarlılığının azalması veya duyarlılık eşiğinin düşmesi hastalarda karbondioksite karşı artan bir duyarlılık göstermektedir. Böylesi bir durumda bu mekanizma hastalarda gereksiz, yanlış bir boğulma alarmı vermekte ve nefes almada güçlük, hiperventilasyon ve anksiyete durumu ortaya çıkmakta böylece panik atağı tetiklemektedir (Tamam, 2009:33; Klein, 1003:205).

Genetik yatkınlığın da panik bozukluğun oluşumunda önemli bir etken olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur. Örneğin Hettima vd.'nin (2001:1569) yaptığı bir çalışmaya göre birinci derece akrabalarında panik bozukluğu bulunan bireylerde bu durumun görülme riski 4-8 kat daha fazladır. Bu noktada özellikle özellikle COMT, MAOA, SLC6A4 (serotonin taşıyıcı gen) gibi genetik polimorfizmler, panik bozukluğun gelişiminde etkili bulunmuştur.

İnsan bedeninin stres tepkisini düzenleyen hipotalamus hipofiz adrenal (HPA), panik bozukluğu olan hastalarda stresörlere karşı aşırı reaktif hâle gelmektedir. Bu durum kortizol salınımında düzensizlik yaratmakta ve kronik uyarılma hâline neden olmaktadır (Abelson vd., 2007:337). Bu fizyolojik aşırı duyarlılık, beklenmedik şekilde ortaya çıkan panik atakların biyolojik temeline dair bulgular sağlamaktadır.

Aile ve ikiz çalışmaları da panik bozukluğun genetik yönüne işaret eden bulgular ortaya koymaktadır. Buna göre panik bozukluğu yaşayan bireylerin ailelerinde de %20 civarında panik bozukluğu

görülmektedir. Oysa bu rakam panik bozukluğu olmayan ailelerde bu durumu yaşayan bireylerde yalnızca %2 oranındadır. Öte yandan tek yumurta ikizlerinin panik bozukluk eş hastalanma oranı %45 civarındayken çift yumurta ikizlerinde bu oran %15’ler civarındadır (Tamam, 2009:33).

Biyolojik temelli yaklaşımlar genetik etkenlerin panik bozukluğun oluşumu ve gelişiminde etkin olduğuna dair çalışmalar olarak pek çok temel nedeni ortaya koymasına rağmen tek başına yeterli değildir. Bunların yanı sıra panik bozukluğun anlaşılmasında bilişsel ve çevresel faktörlerin de dikkate alınarak bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir.

2.2. Sosyopsikolojik Yaklaşımlar

Panik bozukluk biyolojik temelli birtakım nedenlerden oluştuğu gibi bireyin psikolojik durumu ve çevresel etkenlerle de bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Burada söz konusu yaklaşımlar içinde bilişsel davranışçı yöntem, psikodinamik bakış açısı, psikoeğitim yöntemi ve kısa terapilerle ilgili bilgi verilecektir.

2.2.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı modeller, biyolojik veya psikolojik yatkınlığı olan bireylerin yaşadıkları kötü olaylar karşısında veya hastalık gibi fiziksel rahatsızlık veren bedensel şikâyetlerin olumsuz veya yanlış yorumlanması ile panik bozukluğun geliştiğini savunmaktadır (Manfro, Heldt, Cordioli ve Otto, 2008). Bilişselcilik için panik, korku sinyallerinin algısal olarak bozulmasından kaynaklanır ve önerilen terapi, bilişsel yeniden yapılandırma ve hastanın dehşet uyandıran uyarana kademeli olarak maruz bırakılmasının bir kombinasyonuna dayanmaktadır. Bu kişiler panik bozukluk sırasında yaşadıkları belirtileri bedensel veya ruhsal açıdan zararlı ve ölümcül olarak algılamaktadırlar.

Bilişsel davranışçı terapi, günümüzde en sık kullanılan panik bozukluk terapilerinden biridir. “İnsan davranışlarını ve ruhsal bozuklukları bilişsel ve davranışçı bakış açısı ile açıklayan ve terapisinde de bu teknikleri kullanan bir psikoterapi yöntemidir” (Güler vd. 2021:1215). Bu bağlamda söz konusu bakış açısının genel anlamda algısal, düşünsel ve zihinsel süreçlere ilişkin durumları kapsadığı söylenebilir. Bu düşüncenin temel mantığı bireyin düşüncelerinin duygu ve davranışlarını etkilediği hipotezine dayanmasıdır. Yöntemin temel amacı, gerçekte olmadığı hâlde bireyde duygusal ve davranışsal sorunlar oluşturan düşünceleri saptamak ve bu olumsuz düşünceleri bilişsel ve davranışçı terapiler ile değiştirmektir. Terapide öncelikle duygu ve düşünceler izlenir, kanıtlar ve seçenekler sorgulanır, yeniden çerçeveleme, biçimlendirme ve belirgin hâle gelmiş olan algıyı durdurma gibi süreçlerin uygulanır. Bununla birlikte davranışçı yöntem kapsamında sistematik duyarsızlaştırma, tepki önleme, alıştırma, maruz bırakma ve gevşeme eğitimi gibi tekniklerden de yararlanılmaktadır (Demiralp ve Oflaz, 2007:135-137).

Bilişsel davranışçı terapisinin bireylerin panik bozukluk durumlarını gidermedeki etkisi üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Örneğin Hofmann vd.nin (2012:435) yaptığı çalışmada bilişsel davranışçı terapisinin kısa dönemde panik bozukluk belirtilerini azalttığı, uzun dönemde ise hastalığın tekrarlama oranlarını düşürmede yüksek düzeyde etkili olduğu ortaya konulmuştur. Çalışmada ayrıca bu yöntemin ilaç

tedavisine oranla daha kalıcı sonuçlar verdiği ve bireyin işlevselliğini artırdığı da vurgulanmıştır. Ancak bilişsel davranışçı terapi 14 saat ve yaklaşık dört ay içinde tamamlanmaktadır. Dolayısıyla hastalar açısından maliyetli ve zaman gerektiren bir yöntem olarak görülmektedir.

2.2.2 Psikodinamik Bakış açısı

Psikodinamik bakış açısı, agorafobi ve panik atakların intrapsişik bir çatışmanın ifadesi olduğu ve bu nedenle, yalnızca bilinçdışı keşfedebilecek bir yaklaşımdan fayda sağlayabilecekleri fikrine dayanmaktadır (Masi,2004:8). Bu çalışmada yapılan değerlendirmeye göre panik bozukluğu yaşayan bireyler, bilhassa yaşamlarının ilk dönemlerinde başlarına gelen travmatik olayları ya bilinç düzeyinde bastırmaktadırlar ya da bu olaylarla baş edebilmek için çeşitli savunma mekanizmaları geliştirmektedirler. Bu durumda panik atak, aslında bu bastırılmış düşüncenin işareti sayılabilir. Mesela, bu tür hastalarda görülen kontrol kaybı korkusu, bireyin çocukluk döneminde yaşadığı travmatik bir terk edilme ile bağlantılandırılabilir. Buradan hareketle psikodinamik terapilerin bulguların kendisini değil, onların temsil ettiği bilinçdışı çatışmayı anlamaya ve çözümlemeye odaklandığı söylenebilir.

Genel olarak bakıldığında bu yaklaşımın temel avantajının sadece hastalığın semptomlarını ortadan kaldırmak değil aynı zamanda bireyin kişilik yapısı, savunma sistemleri ve bağlanma tarzları hakkında derinlemesine bilgi elde edilmesinin de sağlanması olduğunu ifade etmek gerekmektedir. Bununla birlikte bu terapinin süresi uzundur ve bulguların ortadan kalkmaya başlaması genellikle zaman almaktadır. Bu yönüyle psikodinamik yaklaşım, diğer yöntemlerin karşısı değil, tamamlayıcı bir alternatifi olarak görülmelidir. Öte yandan bireyin panik bozukluğu anlamlandırmasında ve kişisel farkındalık geliştirmesinde önemli bir psikoterapötik çerçeve sunduğu da dikkate alınmalıdır.

2.2.3. Psikoeğitim (Psikoedukasyon) Yöntemi

Psikoeğitim, bireyin yaşadığı ruhsal bozukluklarla ilgili bilgi edinerek sorunlarla başa çıkabilmesini hedefleyen yapılandırılmış bir eğitim süreci olarak tanımlanabilir. Bu yöntem ilk olarak şizofreni ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalıkları yaşayan hasta ve ailelerinin bilgilendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Zamanla yöntem geliştirilerek depresyon, anksiyete bozuklukları ve travma temelli durumlarda da yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır (Anderson vd. 1986). Diğer bir deyişle psikoeğitim, hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olacak bir araç olarak, alternatif bir model olarak değerlendirilmiştir (Colom, 2003).

Psikoeğitim, hastalığın tanımı, ne tür belirtilerinin olduğu, nörobiyolojik temelleri, bireysel ve çevresel etkileri ve başa çıkma yolları hakkında bilgi vererek bireyin kendini kontrol edebilmesini ve hastalığı atlatmasını amaçlamaktadır. Carleton'a (2016) göre belirsizliklerle baş etme kapasitesi, kaygı bozukluklarının temel belirleyicilerinden biridir. Psikoeğitim bu belirsizliği azaltmakta ve bireysel farkındalıkla birlikte rahatlama sağlamaktadır.

Psikoeğitim yalnızca pasif bir bilgi aktarımı süreci değildir. Zira terapist eşliğinde bir öğrenme süreci yapılandırılmaktadır ve terapi, hastanın kendini ifade edebilmesi amacıyla sorular sorarak bilgilendirilmesi şeklinde yürütülmektedir. Dannon vd. (2002) panik bozukluğu olan hastalara verilen bilgilendirici

materyallerin kısa süreli bir dönem için kaygı düzeylerini azaltmada etkin olduğunu ancak uzun dönemde etkisinin ortadan kalkabileceğini belirtmektedir. Böyle bir yaklaşımda hasta ile terapist arasında derinlikli bir iletişim sağlanmadığından, diğer bir deyişle öğrenme süreci gerçekleştirilmediğinden hastalardaki rahatlama algısı azalabilmektedir. Simoneau vd.'nin (1999) yaptığı çalışmalara göre de terapist eşliğinde yürütülen yapılandırılmış psikoeğitim terapilerinin etkisi pasif bilgi aktarımından çok daha güçlüdür.

Öte yandan psikoeğitim uygulamaları, bir yandan bireyde hâlihazırda var olan semptomları ortaya çıkarırken diğer yandan bu semptomları tetikleyen bilinçaltı düşünce biçimleriyle de yüzleşmesini sağlayabilmektedir. Bu anlamda travmatik deneyimler ve bastırılmış duygularla ilgili psikoeğitsel çerçeve oluşturmak, bireylerin bu düşünceleri daha bilinçli şekilde değerlendirmesine de zemin hazırlamaktadır. O nedenle Phoenix (2007:860), özellikle travmaya bağlı stres bozukluklarında psikoeğitim tedavisinin ilk stabilizasyon evresinde çok önemli olduğuna dikkat çekmektedir.

2.3. Kısıtlanmış Terapilerin Uygulanması ve Etkisi

Yukarıdaki başlıklar altında ifade edildiği üzere panik bozukluk yaşayan bireylerde uygulanan tedavi yöntemlerinin her birinin sorunun çözümünde büyük yararları bulunmaktadır. Ancak tedavi sürecinin maliyeti, zaman ve bireyin hizmete ulaşması gibi durumlar her bir yöntemde farklılık göstermektedir. Örneğin bu uygulamalardan en sık kullanılan bilişsel davranış terapisinin tedavi süreci ortalama dört ay gibi bir süreyi kapsamaktadır. İlaç tedavisi uygulanmasında da hastanın durumuna göre bu süre daha uzun olabilmektedir. O nedenle bu durumu daha verimli hâle getirebilmek adına son dönemlerde uzun süreli terapi yöntemlerine alternatif olarak kısıtlanmış terapi teknikleri uygulanmaya başlanmıştır. Kısa süreli terapiyi ön plana çıkartan başat özellik zaman ve maliyetin diğerlerine göre çok daha uygun olmasıdır.

Kısıtlanmış terapi yönteminin verimli sonuçlar sunduğuna ilişkin literatürde birçok çalışma yer almaktadır. Öst vd. (1997) tarafından geliştirilen Tek Seanslık Tedavi Modeli (Onu Session Treatment, OST), özgül fobilerin tedavisinde yüksek iyileşme sağladığını ortaya koymuştur. Bu yöntemin temelinde yoğunlaştırılmış bir maruziyet kısa sürede semptomların azaltılması sağlanmıştır. Elde edilen bulgular, panik bozukluk gibi kaygı temelli bozuklukların tedavisinde de kısa terapi uygulamalarının etkili olabileceğine işaret etmektedir.

2006'da yapılan bir başka çalışmada da çevrimiçi ortamda uygulanan altı seanslık bilişsel davranışçı terapi ile panik bozukluğu olan hastalarda anlamlı iyileşmeler olduğu ve hastaların bu tedaviye olumlu yaklaştıkları rapor edilmiştir. Buradan hareketle kısa süreli psikoeğitim terapilerinin teknolojik imkanlarla birleştirilerek hastaların daha rahat erişebilirliğinin sağlandığını ve maliyetin azaltıldığını belirtmek mümkündür (Carlbring vd. 2006).

Walkup vd. (2008) ise kısıtlanmış terapiyi çocuk ve ergenlerde uygulamıştır. 6-8 seanslık kısa bir programla gerçekleştirilen bu uygulama anksiyete bozuklukları üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır. Dolayısıyla kısıtlanmış terapinin çocuk ve ergenlerde kullanılabilirliğinin de önemli olduğunun altı çizilmektedir.

Kısaltılmış terapiler panik bozukluk tedavilerinin dışında okul temelli gruplarda da deneyimlenmiş ve akademik başarı ve sosyal işlevsellik bağlamında olumlu sonuçlar vermiştir (Ginsburg vd. 2011). Dolayısıyla bu tekniğin çok yönlü olarak değerlendirilebilebileceği söylenebilir.

Bu çalışma da kısaltılmış terapilerin verimliliği varsayımından hareketle panik bozukluğun tedavisinde kullanılmıştır. Çalışmada uygulanan 60 dakikalık psikoeğitsel yöntem, uluslararası kısa terapi yaklaşımlarına paralel bir işlevsellik göstermektedir. Terapi tek seanstan oluşmaktadır ve bilişsel bir yeniden yapılandırma ile birlikte fizyolojik süreçlerin açıklanması da eğitim süreci içinde gerçekleştirilmektedir. Elde edilen verilere göre kısaltılmış psikoeğitsel tedavi yönteminin alternatif bir uygulama olarak verimli olduğu ortaya konulmuştur.

3. Araştırmanın Yöntemi

Bu bölümde araştırmanın tasarımı, örnekleme, kullanılan ölçme araçları ve veri toplama süreçleri sunulduktan sonra istatistiksel analiz yapılarak bulgular ortaya konulacaktır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, panik bozukluk tedavisinde psikoeğitim temelli, kısaltılmış terapi modelin etkinliğini değerlendirmek amacıyla tek grup öntest-sontest deseninde yürütülmüştür. Bu desen, deneysel bir kontrol grubu içermemekle birlikte, müdahale öncesi ve sonrası ölçümler arasındaki farkı ortaya koyarak müdahalenin etkililiği hakkında bilgi vermektedir.

3.2. Araştırmanın Örnekleme

Bu çalışma, DSM-V tanı kriterlerine göre panik bozukluk (PB) tanısı almış 29 birey (17 kadın, 12 erkek) ile yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 37'dir (yaş aralığı: 20–55). Tüm katılımcılar çalışmaya katılmadan önce aydınlatılmış onam formunu imzalamıştır. 18 yaşın altında olanlar, madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı olanlar ve aydınlatılmış onam formunu imzalamayanlar çalışma dışında tutulmuştur.

3.3. Araştırma Tasarımı

Çalışma Medipol Üniversitesi Sefaköy Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yapılmıştır. İlk seansta DSM-V kriterlerine göre panik bozukluk teşhisi alan hastalara fluoksetin 20 mg başlanmıştır. Hastalara çalışma detaylı bir şekilde açıklandıktan sonra aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Hastaların öncesi ve sonrası gelişimini takip edebilmek ve doğru sonuçları elde edebilmek amacıyla bazı testler uygulanmıştır. Kullanılan ölçekler şunlardır: Panik atakların sıklığı, süresi ve şiddetine ilişkin bilgileri ölçmek için kullanılan Panic Attack Severity Scale (Shear vd. 1997); anksiyete semptomlarının kapsamlı değerlendirilmesini sağlamak için kullanılan ölçek, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (Hamilton,1959); bireylerdeki depresyon düzeyini ölçmek için kullanılan ölçek, Beck Depresyon Envanteri (Beck 1961, Hisli 1988). (İngilizce olan testler hastalara Türkçe tercüme edilmiştir.)

İlk seansta panik bozukluk teşhisi almış hastalara 28 günün sonunda panik bozukluk tedavisi

uygulanmıştır. Bu aşamada aktarılan her bilgi hastaya daha detaylı ve açıklayıcı olarak 60 dakikalık bir seansla anlatılmış ve hastaların 3 aylık durum takibi yapılarak testler tekrarlanmıştır.

3.4. Çalışmanın Tasarımı: Psikoeğitsel Müdahale

Panik bozukluğun kontrol altına alınması, öncelikle panik deneyiminin doğru anlaşılmasından geçmektedir. Bu anlayış, psikoeğitsel yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Çünkü, psikoeğitim (PE), hastaların yaşadıkları bozuklukla başa çıkmalarını kolaylaştırmak amacıyla, hastalığın doğasına ilişkin bilgi kazandırmayı hedefleyen yapılandırılmış bir müdahaledir (Colom, 2011).

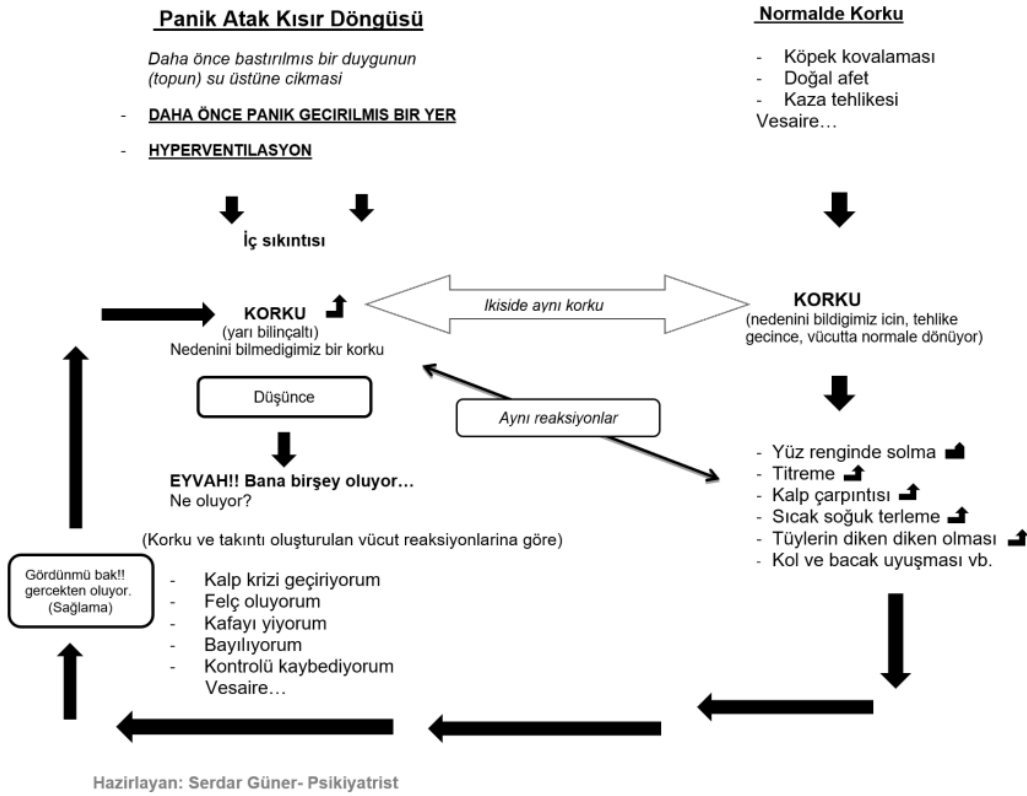
Psikoeğitim, tedavinin başlangıç aşamasında güvenlik ve stabilizasyonu sağlamak açısından önemlidir. Bu aşamada hastanın geçmiş travmaları, tedaviye dair beklentileri ve başa çıkma becerileri yapılandırılır. Ayrıca sonraki tedavi sürecinde de önemli bir destekleyici araç olmaya devam eder (Phoenix, 2007).

Öngörülemeyen ve kontrol edilemeyen olaylar, stresli yaşam deneyimlerini travmatik hâle getirmektedir (Allen, 2001). Dolayısıyla bireyin kendi tepkilerini anlaması ve yorumlaması, yaşadığı durumu düzenleme becerisini artırmaktadır. Bu nedenle, çalışmamızda panik atak yaşayan bireylere öncelikle yaşadıkları belirtilerin neden ve nasıl oluştuğu, hangi fizyolojik mekanizmaların devreye girdiği açık ve anlaşılır bir dille aktarılmaktadır.

Hastanın geçmişte yaşadığı travmatik olayları bastırması veya yanlış yorumlaması, panik atakların tetikleyicisi olabilir. Kişinin travmayı nasıl algıladığı ve yorumladığı, olayın kendisinden daha önemlidir. Hafızada kayıtlı olan bu anılar, her hatırlamada yeniden biçimlenir (Bridge & Paller, 2012). Bu yeniden yapılanma, bireyin olaya karşı zamanla değişen bilişsel çerçeveler geliştirmesine yol açabilir. Masi (2004), travmatik olayların aynı anda hem hipermnezi hem de amnezi yaratabileceğini belirtmektedir. Le Doux (1996) ise amigdala yoluyla oluşan bilinçsiz korku anılarının beyinde kalıcı izler bıraktığını ifade etmektedir.

Bu kapsamda, PE sürecinde şema ve görsel materyallerle hastanın kavrayışı artırılmaktadır. Panik atakta yaşanan fizyolojik belirtilerin ‘kaç ya da savaş’ tepkisiyle benzerliği açıklanarak, bedensel tepkilerin aslında ölümcül tehditler olmadıkları vurgulanmaktadır (APA, 2022; Carleton, 2012).

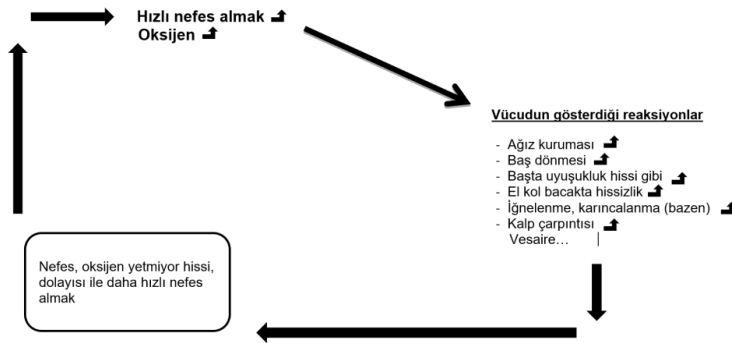
Tablo 1: Panik atak kısır döngüsü



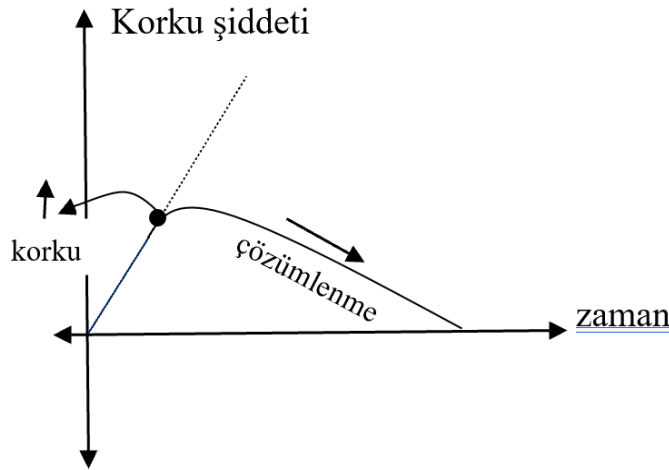
Duyguların bastırılması, bir süre sonra şiddetli psikolojik patlamalara neden olabilmektedir. Bu durum, suya batırılmaya çalışılan hava dolu toplar metaforuyla açıklanarak hastaya aktarılmaktadır. Bastırılmış duygular, belirli tetikleyicilerle birlikte kontrolsüz biçimde yüzeye çıkabilir. Bu durum, nörovasküler sistemin refleksif olarak devreye girmesine ve panik semptomlarının tetiklenmesine yol açacaktır. Panik atak hastaları bedenlerinde oluşan belirtileri aşırı biçimde algılamaya ve tehlike olarak yorumlamaya eğilimlidirler. Bu algılama alışkanlığı, hiperventilasyon döngüsünü ve onunla birlikte panik atak döngüsünü tetikleyebilmektedir. Bu nedenle PE sürecinde, kalp çarpıntısı, baş dönmesi, el-ayak uyuşması gibi semptomların nasıl ve neden ortaya çıktığı detaylı bir şekilde açıklanmaktadır.

Tablo 2: Hiperventilasyon kısır döngüsü

Hiperventilasyon Kısır Döngüsü



Hiperventilasyonun fizyolojik etkileri de psikoeğitsel müdahalede uygulamalı olarak gösterilmektedir. Terapist eşliğinde yapılan hızlı solunum çalışmaları ve ardından çöp poşetiyle yapılan solunum teknikleri, hastanın karbondioksit-oksijen dengesini kavramasını kolaylaştırmaktadır.



Grafik1

Panik bozukluğun sıklıkla agorafobi ile birlikte seyretmesi nedeniyle, hastaların korku uyandıran ortamlarda bulunmaya yönelik kaçınmaları çalışmanın önemli bir hedefidir. Korkunun azalma eğrisini tahtada grafiklerle göstererek açıklamak, hastanın bu süreci görsel olarak algılamasını sağlamaktadır. Daha sonra hastadan en az korkutucu ortamdan başlayarak maruz kalma denemeleri yapması istenmekte ve bu denemelerin geri bildirimi alınmaktadır.

3.5. İstatistiksel Analizler ve Bulgular

İstatistiksel analizler için SPSS programı kullanılmış olup, eşleştirilmiş örneklem t testi analizi (paired samples) ve tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi uygulanmıştır. Tedavinin panik atak üzerinde olumlu bir etkisi olup olmadığını değerlendirmek için derecelendirme ölçeklerinde tekrarlı ölçüm varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarında anlamlılık seviyeleri $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1 – Eşleştirilmiş Örneklem T Testi (Paired Samples Test)

Paired Samples Test

Paired Differences					T	df	Sig. (2-tailed)
Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
			Lower	Upper			
19,414	6,288	1,168	17,022	21,806	16,627	28	,000

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

Zaman	Dependent Variable
1	Panik öncesi
2	Panik sonrası

Tablo 1 analizi, panik atak semptomlarının tedavi öncesi ve sonrası ölçümlerinin karşılaştırılması için yapılmıştır. Ortalama farkın 19,41 olması, semptomların tedavi sonrası önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. $t(28) = 16,627$ değeri oldukça yüksek ve $p < .001$ olduğu için bu fark istatistiksel olarak son derece anlamlıdır. Sonuçlar, psikoedütsel müdahalenin panik semptomlarını azaltmada etkin bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Tablo-2 Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	MeanSquare	F	Sig.
Zaman	SphericityAssumed	5464,983	1	5464,983	276,449	,000
	Greenhouse-Geisser	5464,983	1,000	5464,983	276,449	,000
	Huynh-Feldt	5464,983	1,000	5464,983	276,449	,000
	Lower-bound	5464,983	1,000	5464,983	276,449	,000
Error(zaman)	SphericityAssumed	553,517	28	19,768		
	Greenhouse-Geisser	553,517	28,000	19,768		
	Huynh-Feldt	553,517	28,000	19,768		
	Lower-bound	553,517	28,000	19,768		

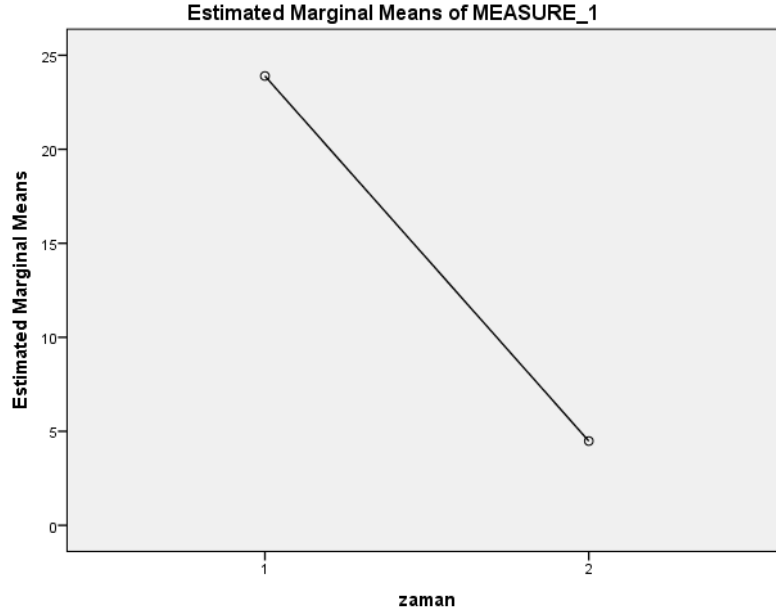
Tekrarlı ölçümler varyans analizinde (Tablo 2) (ANOVA), “zaman” faktörünün etkisi değerlendirilmiştir. 276,449 gibi çok yüksek bir F değeri ve $p < .001$ anlamlılık düzeyiyle, panik semptomlarının zamanla (ön testten son teste) anlamlı şekilde azaldığı görülmektedir. Bu durum, sadece tedavi öncesi ve sonrası farkın değil, müdahale sonrası kalıcılığın da güçlü olduğunu desteklemektedir.

Tablo-3 Panik Tedavisi

	Panik önce	Panik sonra
Mean	23,90	4,48
N	29	29
Std. Deviation	4,467	5,255
% of Total Sum	100,0%	100,0%

Tablo 3 analiz edildiğinde panik atak ölçeği üzerinden alınan ortalama puanlarda yaklaşık 19 puanlık bir düşüş gözlemlenmiştir. Ayrıca standart sapmanın tedavi sonrası daha yüksek olması, bazı bireylerde tedaviye çok güçlü yanıtlar alınabildiğini göstermektedir. Bu durum bireysel farklılıkların varlığına işaret etmektedir, ancak genel eğilim iyileşme yönündedir. Ortalama düşüşün büyüklüğü, etkinin klinik

olarak da anlamlı olduğunu göstermektedir.



Tablo-4 Panik Atak Düzeyleri

PANİK SONRASI

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid yok	12	41,4	41,4	41,4
hafif	9	31,0	31,0	72,4
orta	6	20,7	20,7	93,1
ciddi	2	6,9	6,9	100,0
Total	29	100,0	100,0	

PANİK ÖNCESİ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid orta	1	3,4	3,4	3,4
ciddi	7	24,1	24,1	27,6
aşırı	21	72,4	72,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Tablo 4'e göre tedavi öncesi hastaların %72,4'ü "aşırı", %24,1'i ise "ciddi" panik yaşarken, tedavi

sonrası “aşırı” panik hiç kalmamış ve %41,4 hasta tamamen semptomsuz hâle gelmiştir. Bu, psikoeğitimin yalnızca semptom şiddetini azaltmadığını, aynı zamanda hastaların önemli bir kısmında tam iyileşme sağladığını göstermektedir. Orta ve hafif düzeyde kalan hastalar da büyük ölçüde işlevsel düzeye dönmüş görünmektedir.

Tablo 5: Anksiyete Düzeyleri**ANKSİYETE SONRASI**

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Hafif	28	96,6	96,6	96,6
Şiddetli	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

ANKSİYETE ÖNCESİ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Hafif	1	3,4	3,4	3,4
Şiddetli	28	96,6	96,6	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Tablo 5 analiz edildiğinde anksiyete öncesi ve sonrası düzeylerinde %90’dan fazla bir iyileşme gözlemlenmiştir. Öncesinde neredeyse tüm hastalar “şiddetli” anksiyete yaşarken, tedavi sonrasında yalnızca %3,4’lük bir kısmı bu grupta kalmıştır. Bu durum psikoeğitsel müdahalenin sadece panik atağa değil, ona eşlik eden yaygın anksiyete semptomlarına da çok etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 6: Depresyon Düzeyleri

DEPRESYON SONRASI

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePer cent
Valid Minimal	24	82,8	82,8	82,8
Hafif	4	13,8	13,8	96,6
Orta	1	3,4	3,4	100,0
Total	29	100,0	100,0	

DEPRESYON ÖNCESİ

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePer cent
Valid Minimal	9	31,0	31,0	31,0
Hafif	3	10,3	10,3	41,4
Orta	17	58,6	58,6	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Depresyon bulguları açısından da benzer bir iyileşme trendi söz konusudur. Tabloya bakıldığında orta düzey depresyon gösteren hastaların oranının %58,6'dan %3,4'e düşmüş olduğu görülmektedir. Ayrıca "minimal" depresyon düzeyine sahip hasta oranı %31'den %82,8'e yükselmiştir. Bu bulgu, panik bozukluk gibi yüksek düzeyli kaygı durumlarında ortaya çıkan ikincil depresif semptomların da psikoeğitim yoluyla hedeflenebileceğini ve etkili bir şekilde azaltılabileceğini göstermektedir.

Tartışma

Bu çalışmada uygulanan psikoeğitim temelli kısa süreli müdahale, panik bozukluk (PB) tedavisinde anlamlı iyileşmeler sağlamış; yalnızca panik atak sıklığı ve şiddetinde değil, aynı zamanda eşlik eden anksiyete ve depresyon semptomlarında da kayda değer bir azalma yaratmıştır. Uygulanan tek seanslık, 60 dakikalık terapi süreci, klasik bilişsel davranışçı terapi (BDT) müdahalelerine göre hem süre hem maliyet açısından avantaj sunmakta ve hastalar tarafından daha erişilebilir bulunmaktadır.

İstatistiksel analizler, bu müdahalenin etkisini güçlü biçimde ortaya koymaktadır. Elde edilen veriler,

panik atak şiddetinin ortalama 23,90 puandan 4,48 puana düştüğünü ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($p < 0,001$) göstermiştir. Repeated measures ANOVA testi de bu değişimin zamana bağlı etkisinin yüksek düzeyde anlamlı olduğunu göstermektedir ($F = 276,449$, $p < 0,001$).

Nitel bulgular da bu sonuçları desteklemektedir. Müdahale öncesinde örneklemin %96,5'i ciddi ya da aşırı düzeyde panik atak yaşarken, bu oran tedavi sonrası %6,9'a gerilemiştir. Aynı şekilde, şiddetli anksiyete yaşayanların oranı %97 iken bu oran %3'e düşmüş; depresyonda ise orta düzeyde semptom gösteren hasta oranı %58,6'dan %3,4'e gerilemiştir. Bu veriler, kısa süreli bir psikoeğitimin hem bilişsel hem de nörovasküler düzeyde düzenleyici bir etkisi olduğuna işaret etmektedir.

Dolayısıyla bu sonuçlar, literatürdeki benzer araştırmaları destekler niteliktedir. Özellikle Colom vd.'nin (2003) bipolar bozuklukta grup psikoeğitimi üzerine yaptığı çalışmalar ve Tursi vd. (2013)'nin depresyon tedavisinde psikoeğitimin etkinliğini ortaya koyan bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu bağlamda, panik bozukluğun biyolojik temelini hedefleyen farmakoterapi ile birlikte veya yerine uygulanabilecek yapılandırılmış, eğitsel nitelikteki psikolojik terapilerin hastalarda içgörü gelişimini destekleyerek semptomları azalttığı söylenebilir.

Psikoeğitimin başarısında, yalnızca bilgi vermeye dayalı olmaması, aynı zamanda metaforlar, şemalar ve bedensel farkındalık çalışmalarıyla desteklenerek hastanın deneyimlerini bilişsel olarak yeniden yapılandırmasına fırsat tanımasının etkili olduğu söylenebilir. Örneğin “panik döngüsü” ve “hiperventilasyon döngüsü” gibi kavramsallaştırmaların hastalara anlatılması, onların yaşadıkları bedensel belirtiler bağlamında daha az tehditkâr biçimde algılanmasını sağlamış ve böylelikle belirtilerin sıklığında ve yoğunluğunda düşüş yaşanmıştır.

Çalışmanın sınırlılıkları arasında; örneklem büyüklüğünün nispeten düşük olması, kontrol grubunun bulunmaması ve müdahalenin farmakolojik tedavi ile birlikte uygulanmış olması belirtilebilir. Bu nedenle, gözlenen değişimin yalnızca psikoeğitime mi yoksa kombinasyon tedavisine mi atfedileceği konusu dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca, komorbid tanılar taşıyan bireylerin dahil olması, spesifik olarak panik bozukluğa özgü sonuçları ortaya koymayı zorlaştırmıştır.

Bununla birlikte, kısa süreli ve yapılandırılmış müdahalelere yönelik artan ihtiyaç ve sağlık sistemlerindeki yük göz önüne alındığında, bu tür müdahaleler önemli bir alternatif oluşturmaktadır. Özellikle terapiye erişimde güçlük yaşayan bireyler için, etkili ve düşük maliyetli uygulamalar klinik psikoloji pratiğinde önemli bir yer tutabilir.

Sonuç

Bu çalışma, panik bozukluk tedavisinde uygulanan kısa süreli, tek seanslık psikoeğitsel terapinin hem semptom azaltımında hem de hastaların ruhsal işlevselliğini artırmada etkili olduğunu göstermiştir. Panik atak sıklığı ve şiddetinde gözlenen dramatik düşüş, anksiyete ve depresyon belirtilerindeki belirgin iyileşmeler, psikoeğitimin güçlü bir müdahale yöntemi olduğunu ortaya koymaktadır.

Özellikle bilişsel çarpıtmaların ve bedensel duyuların felaketleştirilmesinin semptomları tetiklediği panik bozukluk gibi klinik tablolar için eğitici, açıklayıcı ve deneyimsel içerikler sunan psikoeğitsel yaklaşımlar; hastaların korku, kaçınma ve çaresizlik döngüsünü kırmasında etkili olmaktadır.

Metaforlar, şemalar, bedensel egzersizler ve klinik örneklerle zenginleştirilen bu yaklaşımlar, sadece semptomları bastırmakla kalmayıp hastaya içgörü kazandırmakta ve olumsuz ruhsal durumları azaltabilecek koruyucu bir yapı da sunmaktadır.

Bulgular cesaret verici olmakla birlikte, bu yöntemin etkililiğini daha güçlü biçimde test edebilmek için kontrollü çalışmaların, uzun dönem takip çalışmaların ve farklı örneklerde yeni çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Ancak bütün bunlara karşın bu araştırma, psikoeğitimin panik bozukluk tedavisinde güçlü ve pratik bir araç olarak değerlendirilebileceğine dair bir işaret olarak kabul edilebilir.

KAYNAKÇA

- Abelson, J. L., Curtis, G. C., Sagher, O., Albucher, R. C., Harrigan, M., Taylor, S. F., & Liberzon, I. (2007). Deep brain stimulation for refractory obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61(3), 336–343.
- Alkın, T. (2002). “Birinci Basamakta Panik Bozukluğu Tedavisi”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek 3:22-31.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorder*. Chic hester, UK: John Wiley&Sons.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Panic disorder*. APA Topics. <https://www.apa.org/topics/anxiety/panic-disorder> (Erişim tarihi: 15.07.2025).
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Greenwald, D. P. (1986). Relapse in schizophrenia: A review of the concept and its determinants. *Psychological Bulletin*, 99(3), 408–426.
- Bal, U., Çakmak, S. ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bridge, D. J., & Paller, K. A. (2012). Neural correlates of reactivation and retrieval-induced distortion. *Journal of Neuroscience*, 32(35), 12144-12151.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32(4), 751–764.

- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937-947.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Benabarre, A. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402-407.
- Dannon, P. N., Iancu, I., Grunhaus, L., & Zohar, J. (2002). Psychoeducation in panic disorder patients: Effect of a self-help manual in a general hospital. *Depression and Anxiety*, 15(3), 109-113.
- Demiralp M., ve Oflaz F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2):132-139.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: *DSM-5* (2013). Arlington, VA Washington, D.C: *American Psychiatric Association*. s. 189-195
- Ginsburg, G. S., Becker, K. D., Keeton, C. P., et al. (2011). Results from the child/adolescent anxiety multimodal extended long-term study (CAMELS): Primary anxiety outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 221-231.
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M., & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 493-505.
- Güler, K., Usluca, M ve Yılmaz, M. (2021). Panik bozukluğun bilişsel davranışçı tedavisinin incelenmesi, *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12): 1211:1222.
- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32:50-55.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.
- Hisli N. Beck (1988). Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*; 6:118-122.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- <https://www.apa.org/topics/anxiety/panic-disorder> (Erişim tarihi: 11.07:2025).
- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. *Anxiety*, 1(3), 202-212.

- Le Doux, J. (1996). Emotional networks and motor control: a fearful view. *Progress in brain research*, 107, 437-446.
- Masi, G. (2004). Psychodynamic aspects of panic disorder: Theory, clinical observation and psychotherapeutic implications. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 2–10.
- Öst, L. G., Ferebee, I., & Furmark, T. (1997). One-session group treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(12), 1173–1185.
- Phoenix, B. (2007). Psychoeducation and trauma recovery: Meeting the needs of survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 63(8), 857–867.
- Phoenix, B. J. (2007). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in Psychiatriccare*, 43(3), 123-131.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American journal of psychiatry*, 154(11), 1571-1575.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R., & George, E. L. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 588–597.
- Tamam, L. (2009). Panik bozukluk, *Actual Medicine Dergisi*, Mart 2009 sayısı, s.32-38.
- Tursi, M. F., Baes, C. V. D. S., Camacho, F. R. D., & Juruena, M. F. (2013). Clinical implications of psychoeducation in depression: A literature review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(3), 126–133.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., et al. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753–2766.