Anksiyete terapisi

Walton T. Roth, Editör



Irvin D. Yalom
Genel editör

PRESTİJ

ANKSİYETE TERAPİSİ

Walton T. Roth
Editör
Irvin D. Yalom
Genel Editör

Çeviren:
Bengü Büyükdere
Uzman Psikolojik Danışman

PRESTİJ

Anksiyete Terapisi
Kitabın özgün adı: Treating Anxiety Disorders
Yazarı: Walton T. Roth. editör; Irvin Yalom, genel editör
Çeviren: Bengi Büyükdere, Uzm. Psikolojik Danışman
Teknik hazırlık: Prestij Yayınları

Copyright © by Jossey-Bass Inc., Publishers
Bu kitabın bütün yayın hakları, Akçalı Telif Hakları Ajansı aracılığıyla Prestij Yayınları'na aittir. Prestij, Global Yayın Dağıtım'ın tescilli markasıdır. Yayıncının yazılı izni olmadan herhangi bir formda yayınlanamaz, kopyalanamaz, çoğaltılamaz.

Baskı ve Cilt: Deniz Matbaa Mücellit, Nazlı Koçak
Adres: Gümüşsuyu Cad. Odin Ticaret Merkezi
B Blok Kat:2 No:403 Topkapı / İstanbul
Tel: 0212 613 30 06
Matbaa Sertifika No: 29652

3. Basım: Ekim 2014
ISBN: 978-975-6435-34-2
Yayıncı Sertifika No: 12432

Prestij Yayınları
Fevzi Çakmak Mah. Şeref Sok. No: 14 / A
Sefaköy – Küçükçekmece / İstanbul
Tel: 0212 579 38 00
e-posta: prestij@prestijyayinlari.com
www.prestijyayinlari.com

Prestij, Global Yayın Dağıtım'ın tescilli markasıdır.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 7
Irvin D. Yalom, Genel Editör

GİRİŞ 11
Walton T. Roth

I. BÖLÜM 29
TANISAL DEĞERLENDİRME
Silvia Schneider ve Martina Ruhmland

2. BÖLÜM 61
MARUZ BIRAKMA TEKNİKLERİ
Brunna Tuschen ve Wolfgang Fiegenbaum

3. BÖLÜM 89
BİLİŞSEL TERAPİ TEKNİKLERİ
Stefan G. Hofmann ve Patricia Marten DiBartolo

4. BÖLÜM 117
PROGRESİF RELAKSASYON
(KADEMELİ GEVŞEME)
Paul Lehrer ve Richard Carr

5. BÖLÜM 153
OTOJENİK EĞİTİM
Pamela J. Beasley ve David Ray DeMaso

6. BÖLÜM 189
PSİKODİNAMİK TERAPİLER
Richard Almond

7. BÖLÜM 215
TIBBİ TEDAVİNİN ROLÜ
Matig R. Mavissakalian ve Martin T. Ryan

8. BÖLÜM 245
AGORAFOBİNİN EŞLİK ETTİĞİ
PANİK BOZUKLUK İÇİN
BİR BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TEDAVİ PAKETİ
Frank Willhelm ve Jürgen Margraf

9. BÖLÜM 287
SOSYAL ANKSİYETE İÇİN
BİR BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TEDAVİ PAKETİ
Karin Gruber ve Richard G. Heimberg

YAZARLAR HAKKINDA 323

ÖNSÖZ

Klinisyenlerin kısa süre önce yaptıkları bir toplantıda kıdemli bir Klinisyen, geçtiğimiz yıl psikoterapi pratiğinde önceki yirmi yıldan daha fazla değişim olduğunu bildirdiğinde herkes sessizce onaylamıştı.

Peki bu, uygulamalar için iyi bir şey miydi? Kuvvetli bir "Hayır!" yanıtı geliyordu bu soruya. Yine birçok konuda—sağlık yönetimi tarafından çok fazla müdahale olduğu; çok fazla bürokrasi; çok fazla kağıt işi olduğu; vizite ücretlerinin, sürelerinin ve terapi formatının belirlenmesinde çok fazla sınır konduğu; yeni psikoterapistlerden çok fazla rekabet geldiği konularında—herkes fikir birliği içindeydi.

Bütün bu değişimler, halk için iyi mi, yoksa kötü müydü? Bu sorunun yanıtında fikir birliği azalıyordu. Bazıları, yeni pozitif gelişmelere dikkat çekiyordu. Psikoterapi daha fazla kabul görüyor, daha fazla ulaşılabilir oluyor ve Amerikan kamuoyunun daha büyük dilimleri tarafından kabul ediliyordu. Daha yakından inceleniyor ve sorumluluğu artıyordu, bu durum—klinisyen için rahatsız edici fakat eğer layıkıyla yapılırsa davranışsal sağlık bakımının niteliği ve verimi açısından potansiyel yarara sahiptir.

Alanımızda şaşırtıcı değişimler olduğuna, farklı bir düşünce çıkmaksızın bütün grup hemfikir oldu: İnsanların terapiye başvurmalarını gerektiren nedenlerde; ruh sağlığı tedavisi pratiği ve algılamasında; tedavi teori ve tekniğinde ve eğitimde sertifikalandırma ile profesyonel terapistlerin süper vizyonunda değişimler.

Danışanlar açısından bazı önemli gelişmeler açıktır. Temel

bir değişim, psikoterapinin damgalanması konusundadır. Artık psikoterapi, mutlaka gizlenmesi gereken bir olay, utanılacak ve hastanın bir başkasıyla karşılaşarak rahatsız olmasını önlemek amacıyla ayrı giriş-çıkışa sahip ofislerde yürütülecek bir çalışma değildir.

Artık günümüzde bu tür bir gizlilik ya da utanç yok olmuştur. Televizyon "talk show"ları—Oprah, Geraldo, Donahue disfonksiyonel durumları sürekli sergileyerek psikopatolojiyi ve psikoterapiyi normalleştirdi: Yorgun babaların, seks bağımlılarının, yetişkin ve çocuk alkoliklerin, döven kocaların, tacize uğrayan kadınların, uyuşturucu satıcılarının ve madde bağımlılarının, yeme problemi olanların, temizlik takıntılıların, tacizci ebeveynlerin, ebeveynlerini dava eden çocuk kurbanların televizyonda itiraflarını içeren programların yer almadığı tek bir gün geçmiyor.

Damgalanmanın ortadan kalkmasının etkileri (artık çabalarını giderek anlaşılması zorlaşan analitik olarak uygun nörotik hasta üzerinde yoğunlaştırmayan) profesyoneller için olumlu olmuştur. Klinikler artık her yerde daha fazla türde sorunlar yumağı ile uğraşmaktadır ve madde bağımlıları ile ailelerine, çok çeşitli yeme bozuklukları olan hastalara, ensest ve aile içi şiddet kurbanları ile uygulayıcılarına yardım etmeye hazırlıklı olmalıdırlar. Artık travma kurbanları ya da madde bağımlıları gizlice yardım aramıyor. İnsanların, travmanın uzun dönemli zararlı etkileri üzerindeki farkındalığı çok hassaslaştı, halk için telefonla yardım alma olanakları arttı ve büyüyen bir talep var, ayrıca sağlık planlarında yeterli tedavi koşulları sağlanması isteniyor.

Ruh sağlığı mesleği de değişiyor. Artık hastanın erken dönem hayatını "derin" ve "içe işlemiş" olarak gören uzun dönemli "derinlik" psikoterapisine otomatik olarak tapınma yok. Çağdaş alan daha plüralist: Birçok farklı yaklaşımın terapötik etkisi kanıtlandı ve bugünün terapistleri, terapiyi her hastanın özel klinik ihtiyaçlarına uyarlamaya daha yakındır.

Geçmiş yıllarda sınırlar ve hiyerarşi ile statüyü korumaya yönelik verimsiz bir önemseme vardı—psikiyatri veya doktora düzeyi psikoloji gibi daha prestijli alanlar, yüksek lisansa sahip terapistleri dışlamak için dikkate değer düzeyde enerji harcıyorlardı. Ancak bu daha çok geçmişin psikoterapistlerine aittir; bugün önemli ölçüde, disiplinler arası daha işbirlikçi bir iklime doğru değişim vardır.

Yönlendirilmiş sağlık hizmeti ve maliyet bu değişimlerden bazılarına neden olmaktadır. Maliyet randımanı, psikiyatrların daha az sıklıkta, kişisel olarak psikoterapi yapmalarına ve bunun yerine aktivitelerini süpervizyonla ve psikofarmakolojik tedavi ile sınırlamalarına neden olduğu için psikiyatrların rolü özellikle etkilenmiştir.

Maliyeti frenleme çabası ile yönlendirilmiş sağlık hizmeti terapistlerden daha kısa, odaklanmış terapi uygulamalarını istemiştir. Ancak yönlendirilmiş sağlık hizmeti de, yavaş yavaş ruh sağlığı tedavisi bedellerinin çoğunluğunun hastanede yatan hastaların bakımı için ayrıldığını ve ayakta tedavinin uzun dönemli terapide bile hasta için yalnızca sağlığa yararlı değil aynı zamanda çok daha ucuza mâlolduğunu fark etmeye başlamıştır. Bir diğer değişim, alanın daha sık şekilde grup ve aile terapilerine kaymasıdır. Grup terapi formatının, daha yüksek maliyetli bireysel terapilere eşit ya da daha etkili olduğunu gösteren birçok karşılaştırmalı araştırmayı daha ne kadar süre görmezden gelebiliriz?

Bu maliyet güdülü kararların bazılarının hastalar için iyi olduğu kanıtlanabilir; fakat örneğin aşırı kısalık ve aşırı kesin tedavi planları üzerindeki çabalar ve terapi uğraşına uygun olmayan hedefler yalnızca etkinlik yanılsaması sağlarken terapötik çalışmayı engelleyebilir. Bu nedenle terapistlerin kendi alanlarında kontrole sahip olması ve yönlendirilmiş sağlık hizmeti yöneticilerinin, psikoterapi ve diğer sağlık tedavi formlarını dikte etmelerine izin verilmemesi çok önemlidir. Bu kitap serisinin hedeflerinden biri; ruh sağlığı profesyonel-

lerine derin bir teorik bilgi ve etkin terapötik tekniğin açık vizyonu ile, hasta bakımının yüksek standartları için güçlendirilmiş bir biçimde savaşmalarını sağlamaktır.

I I I

Jossey-Bass Güncel Klinik Teknikler Kütüphanesi, önde gelen terapistler tarafından, ruh sağlığı bakımının büyük bir bölününü şahsen sağlayan mastır ve doktora düzeyli klinisyenlere yönelik olarak hazırlanmış ve onlara adanmıştır. Bu kitap dizisinin hedefi, en yaygın karşılaşılan klinik vakalara yönelik tedavi tekniklerinde en iyi açıklamaları sunmaktır.

Her kitapta pratik için, temel olarak odaklanmış bir teorik zemin sunulmakta ve daha sonra hasta için ne yapmalı pratik görevi ele alınmaktadır—değerlendirme, tanı ve tedavi.

Dizinin editörlerini tanınmış uzmanlar ya da yeni parlayan genç yıldızlar arasından seçtim. Hepsi kendi alanlarına tümüyle hakim olan bu editörler, kitaplarda yer alacak yazıları farklı terapötik yaklaşımları tanımlayan, farklı inançlara sahip önde gelen terapistlerden derlediler.

Katkıda bulunanların hepsi kendi bölümlerinde en yeni ve yararlı klinik araştırmaları sunmuş olsalar da, bu ciltlerde asıl vurgu terapinin pratik tekniği üzerinedir. Spesifik terapi kılavuzları, klinik örneklerin bolca kullanıldığı somut öneriler ve ayrıntılı hasta hikayeleri sunulmaktadır. Niyetimiz okuru etkilemek, büyülemek ya da gizli akademik tartışmalara dipnot koymak değildir. Bunun yerine her bölüm, pratik içindeki klinisyene pragmatik değer taşıyan bir temel sunmak üzere tasarlanmıştır. Aslında genel editör, cilt editörleri ve bölüm yazarları olarak amacımız tektir: Hastalarımızın hayatlarına önemli, acil ve somut katkılar yapmak.

Irvin D. Yalom, M.D.
Psikiyatri Profesörü
Stanford Üniversitesi, Tıp Fakültesi

GİRİŞ

Walton T. Roth

Bir insani problem olarak, insanoğlu varolduğundan beri onunla birlikte varolan anksiyete hakkında yeni bir şey söylenebileceğine inanmak zordur. Yine de sağaltım profesyonelleri açısından bakıldığında son yıllarda değişen çok şey olmuştur. Bazılarınız bundan yaklaşık 15 yıl kadar öncesine dek panik bozukluğu ve sosyal fobi gibi tanıların konulmadığını fark edecek kadar uzun süredir klinik çalışma içerisindesinizdir.

Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı*'nın (*DSM-III*) 1980'deki 3. baskısı anksiyete bozuklukları düşüncesine büyük bir değişiklik getirmiştir (ve sonrasında neden de oluşturmuştur). Bundan önce anksiyetenin beklenmedik epizotlarının tanımlanması, aşırı utangaçlık, sürekli endişelenme, örümceklerden korkma (örnek olarak) gibi birbirinden farklı ruhsal sorunlar 19. yüzyıl pseudo-bilimsel (sözde bilimsel) psikiyatrisinin yüksek saflığına sahip görünmekteydi. Bu düşünce iki etkin ancak muhalif teorik inanç olan psikanaliz ve öğrenme teorisine dayanıyordu. Bu inançlar, sınıflandırmayı, anormal davranışı anlamanın bir yolu olarak görmeyi ya tamamen reddeden, ya da sınıflandırmanın önemini indirgeyen inançlardı.

Psikanalizmin kurucusu her zaman bu fikre sahip değildi. Aslında Sigmund Freud'un 1895'te *Neurologisches Zentralblatt*'ta yayınlanan bir makalesi ("Anksiyete nevrozu tanımı altında bir sendromu nevrastani'dan ayırmanın yolları üzerine")

bugünün anksiyete bozukluklarını sınıflandırma girişimiydi. Makale, panik atak semptomlarının detaylı, etkin ve oldukça modern bir tanımını içeriyordu. Düşüncelerinin o döneminde Freud, bu sendromdaki anksiyeteyi tamamen organik bir nedene bağladı. Şöyle ki, saklı tutulmuş seksüel enerji birden birçok somatik anksiyete semptomu olarak patlak veriyordu. Fakat Freud bir kez psikanalizin temel teorilerinin detaylı şekilde üstünde durmaya başladığında, hastalık sadece birkaç bireyle sınırlı kaldığından, hastalığın semptom ve işaretlerini gruplamayı yüzeysel bulmaya başlamış ve konuya ilgisini büyük ölçüde kaybetmiştir.

Freud bize sadece semptomlarla sınırlı kalmayıp bunun ötesine geçmemizi ve nevrozun dinamiklerini, bir bireyin güdü ve savunmalarına ilişkin anlamlı duygu ve düşünce topluluğu olarak anlamamızı öğretmiştir. Hiçbir zaman belli sınıflandırmaları yapmaktan tamamen vazgeçmediyse de (kişilik tiplerini çocukluğun oral, anal ve fallik aşamalarıyla ilişkilendirmesi gibi), bu sınıflandırmalar bir terapi olarak psikanalizde ikincildir. Freud özünde, bugünün sosyobiyolojisine büyük yakınlık gösteren bir biyolog olarak kalmıştır. Ancak pek çok takipçisi bu fikirleri Charles Darwin ve Darwin'in seleflerine karşı Alman tepkilerinin kalıntıları olarak düşünmüş ve terketmiştir.

Öğrenme teorisinin ilk bilimsel formülleri Freud'un çağdaşı Rus İvan Pavlov tarafından oluşturulmuştur. Öğrenme teorisi ilk başta üniversitelerin psikoloji bölümleri ile sınırlandırılmıştı. B. F. Skinner'ın 1950'ler ve 60'larda edimsel koşullanmaya ilişkin güvercinlerle yaptığı deneyler gibi hayvan öğrenme deneyleri bu yaklaşımın örnekleridir. Hayatının sonuna doğru Pavlov'un psikiyatriye bazı teorik dokunuşları dışında, uzun bir süre klasik ya da edimsel koşullanmanın klinik problemlere uygulanışına girişim azdı. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu direncin bir bölümünün kaynağı psikanalizden ilham alan terapistlerin egemenliğiydi. Freudyen ve Neo Freudyen konuşma terapistlerinin temel dayanağı olan intros-

pektif (iç gözlemsel) bilgiyi reddeden Davranışçı doktrin ise başka bir engeli oluşturuyordu.

1960'larda, birden, öğrenme teorisi davranışçı felsefesiyle birlikte laboratuardan kaçarak "davranış değişimi" adıyla kliniklere ve hastanelere girdi. Öğrenme teorisi prensipleri bir yanda şizofreni (şizofrenik davranış), diğer yanda özgül fobiler gibi farklı klinik sorunlarda uygulanmaya başlandı. Yeni yaklaşımın özü, istenmeyen davranışın ortaya çıkmasına neden olan olumsal pekiştirmelerin analizi ve bunu takiben tespit edilenlerin istenmeyen davranışı söndürme amacıyla değiştirilmesinden oluşmaktaydı. Fobi vakalarında, fobik obje ile ona duygusal yanıt olan korku arasındaki ilişkinin koparılması gerekmektedir. Bunu yapmanın bir yolu, "sistemik duyarsızlaştırma"tır. Sistematik duyarsızlaştırmada danışan belli bir relaksasyon (gevşeme) düzeyindeyken, fobik objeleri kafasında canlandırması istenmektedir.

Bu yolla fobik obje (korku fobik objenin yerine geçebilir) ile relaksasyon arasında bir bağlantı kurulur. Psikanalizin, fobinin kökenleri ile sembolik anlamını ortaya çıkarmaya ilişkin ihtiyacı, geleneksel medikal tanının belli semptom kümelerine, hastalığa ait ortak gidişatlara veya belirli bir tedavi ihtiyacına dayanması gibidir. Tanının yersizliği konusunda davranış terapisi ve psikanaliz mutabık kalmaktadır. Yeni kliniksel öğrenme teorisyenlerine göre, hastalığın içerdiği sınırsız sayıda davranışı sınıflandırmak, pek çok psikanalitik terapist için hastalığa ilişkin sınırsız sayıdaki bilinçaltı çatışmalarını sınıflandırmaktan daha fazla anlam içermez.

TIBBİ MODELE DÖNÜŞ

1970'lerin sonlarında şizofreni, depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisine yönelik yeni ilaçlar ortaya çıktığında bu fikir birliği bozulmaya başladı. Bir ilaç veya herhangi baş-

ka bir tedavi için en mantıklı neden, o tedavinin belirli bir hastalığa özel olmasıdır, böylece psikiyatristler ve ilaç şirketleri, zamanın psikiyatrik sınıflandırmada tıbbi bir model için uygun olduğunu düşünmeye başladılar.

Tıbbi model bir hastalığın etiyolojisi, seyri ve belirli tedavilere verdiği yanıtla tanımlanabileceğini varsayar. Örneğin tüberküloza belirli bir grup basil sebep olur ve belirli antibakteriyel ajanlarla tedavi edilebilir, eğer tedavi edilmezse genellikle kronik, dalgalı bir seyir izler. Geçmiş yüzyılda akıl hastanelerinde yatmakta olup delüzyon ve halüsinasyonları olan pek çok hastanın, merkezi sinir sistemi frengisinden muzdarip oluşu psikiyatride tıbbi modelin yararına önemli bir tarihsel örnektir. Hastalıkları keşfedildiğinde ve penisilin gibi tedaviler geliştirildiğinde, bu hastalar başarıyla teşhis ve tedavi edilebildiler. Psikiyatri üç çeyrek yüzyıl boyunca bu başarısını başka bir hastalar grubunda tekrar etmeyi umdu. Bazı şizofreni vakalarında organik nedenlerin saptanması yalnızca geçtiğimiz son on yıla dayanmakla birlikte şizofrenikler özellikle ilgi grubudur. Depresyona ilişkin uzlaşma daha az olmuştur. Anksiyete bozuklukları ise, son dönemdeki devrime kadar, genellikle tıbbi modelden muaf tutulmaktaydı.

Klein ve Upjohn'un Etkisi

Anksiyetenin tıbbi bir problem olarak ele alınıp tedavi edilmesine ilişkin primer başarının çoğu bir psikiyatrist olan Donald Klien'a ve bir ilaç firması olan Upjohn'a atfedilir. Klein, yeni tanımlanmış bir anksiyete sendromu olan panik bozukluğunun tedavisi için araştırmalar yapıyordu. Çünkü, ortada böyle bir beklenmedik panik atağı tetikleyecek bir uyaran görünmüyordu ve bu nedenle de başından beri panik atağın öğrenilmiş bir olgudan ziyade biyolojik nedenli olduğu düşünülüyordu. Benzodiazepinlerle durdurulamadığı halde trisiklik antidepresanlarla etkin biçimde tedavi edilebilmesi nedeniyle,

Klein, paniğin diğer anksiyete biçimlerinden farklı olduğuna dair bir kanıt ortaya koydu.

Ancak şaşırtıcı biçimde Upjohn Şirketi, uluslararası tıbbi kuruluşların katıldığı bir ortamda bir benzodiazepine olan alprazolamın (Xanax) paniği tedavi edebildiğini gösterdi. Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi'ne (FDA) gönderdiği belgelerle de panik bozukluğu endikasyonuna karşı Xanax tedavisi için onay aldı. Klinik çalışmalarına ek olarak Upjohn, kararlı biçimde bilimsel haritayla yapılandırılmış pek çok panik bozukluğu araştırmasını da yıllarca ciddi şekilde destekledi.

Bu gelişmeler henüz üçüncü basımı geliştirilmiş, kategorileri daha ampirik temelli ve geçmişteki basımlarına oranla daha güvenilir bilgiler veren Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın değerini de pekiştirdi. İlaç şirketleri özellikle panik atak bozukluğu, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluğa yoğunlaşarak, belirli anksiyete bozuklukları için etkin olduğu ispatlanabilecek ilaçlar üzerinde çalışmaya devam etmektedirler.

Şaşırtıcı biçimde, son birkaç yılda sayıları gittikçe artan davranış terapistleri en azından tanısal sınıflandırmalar söz konusu olduğunda tıbbi modelle çalışmayı tercih ettiler. Birinci Bölüm bu açıdan bakışın bir örneğidir. Bence bunun ana nedeni, *DSM* tarafından belirli tanılarla sınıflandırılmış hasta gruplarında, psikolojik terapilerinin ilaç terapileri kadar veya daha etkin hale gelmesidir. Bu kitabın Sekizinci ve Dokuzuncu Bölümleri, panik bozukluğun ve sosyal fobinin kendilerine özel psikoterapötik ilaçları olduğu gibi, artık kendilerine özel psikolojik terapileri de olduğunu açıklamaktadır. *DSM* tanı ayrımları, anksiyete semptomları arasındaki farklılıkları vurgulayarak, davranışçı terapistlerin, agarofobi, endişe, panik atak gibi semptom kategorizasyonları için özgül tedavi yolları geliştirmelerini teşvik etmiştir.

Bir hastalık modelini kabul etmek otomatik olarak psikolojik faktörlerin ikincil olduğunu kabul etmek anlamına gel-

mez. Panik bozukluktaki bedensel hisleri katastrofize etme eğilimi tüberküloz basili gibi spesifik bir etiyoloji olarak düşünülebilir. Sonuç olarak *DSM* sınıflandırması farklı merkezlerdeki farklı tedavilerin sonuçlarını karşılaştırabilmek açısından yararlıdır. Kimin ne şekilde tedavi edileceğine dair tanımlamalar için güvenilir ve farklı kliniklerde uygulanabilir bir yol sağlar. Eğer tedavi belirli bir hastalığa özel bilinen bir gidişat izlerse ulusal ve özel sigortalar da psikolojik tedavi giderlerini ödemek için daha kolay ikna edilebilirler.

Çok Boyutlu Bir Model

Bazıları tanısal sarkacın çok fazla sallandığını düşünmektedirler. Danışanı depresyonun, gerçekçi olmayan düşüncenin, takıntılılığın, panik atakların, dalgalanan anksiyetenin, utangaçlığın...vs bir noktasına yerleştiren çok boyutlu bir ölçek sistemine dayanan tanı daha geçerli ve yerinde olmaz mıydı? Böyle bir ölçek, eş zamanlı hastalık (comorbidity) denilen, aynı kişide çoklu tanının varolduğu durumlarda tıbbi modelin temel alındığı bir sınıflandırma istemini temsil eder. Panik bozukluğa sahip danışanların çoğu, en sıklarına örnek olarak, depresyon, madde istismarı, sosyal fobi, özgül fobi olmak üzere bir veya daha fazla ek tanıya sahiptirler.

Meslektaşlarım ve ben, başkalarının önünde konuşmakta zorluk çeken kişilerle çalışırken bu soruna karşı hassaslaştık. İçlerinden bazıları, panik bozukluk, sosyal fobi ve özgül fobi semptomlarını aynı anda gösteriyor görünüyorlardı. Başkalarının önünde konuşurlarken anksiyeteleri hızlı ve beklenmedik biçimde artıyordu. Düşünceleri diğerlerinin karşısında küçük düşeceklerine odaklanıyordu. Bu düşünceler sadece konuşma problemiyle sınırlı değildi ancak konuşma öncesinde veya esnasında büyük bir parçalanma yaratıyor ve anksiyeteleri en yüksek seviyelerine ulaşıyordu. Bu konuşma fobiklerinin üç ayrı hastalığa sahip olduklarını söylemektense; paniğin, sosyal

anksiyetenin ve fobik durumların boyutları dahilinde sınıflandırılmaları daha iyidir. Bu insanlar genellikle ortalama bir insandan daha fazla anksiyeteli tepki verirler, bu anksiyeteyi söndürecek biyolojik veya psikolojik araçlarında eksiklik sözkonusu olabilir ve topluluk önünde konuşmaktan kaçınmaya ilişkin acı veren deneyimler yaşamış olabilirler. İlk iki özellik, biyolojik farklılıklarla ilişkilendirilebilirken, üçüncüsü iş başarısı için görüşlerin resmi konuşmayla ifadesinin zorunluluk olduğu sosyo-kültürel çevrenin bir sonucu olabilir.

DAVRANIŞÇILARIN DÜŞÜNCEYİ YENİDEN KEŞFİ

Davranış terapisinde bir başka beklenmedik gelişme, adını tire ile ayırmasıyla iki eşit derecede önemli temel kökene dayanan, bilişsel-davranışçılık olmuştur. Ancak tarihsel olarak baktığımızda davranışçı bakış açısı akla ve düşüncelere önem vermeyi reddettiği için bilişsel-davranışçı yaklaşım zıtların birleşmesidir. Oysa akıl saf dışı bırakılmamalıdır. Danışanlar akılları olduğuna inanırlar ve bunu reddeden bir terapi tamamen inandırıcı olamaz. Danışanların kendilerine zarar veren tavırlarını ve yanlış düşüncelerini değiştirebilmeye çalışmak sadece sağduyulu bir davranıştır, 3. Bölüm bunu başarmanın bazı yollarını özetlemektedir.

Deneysel psikolojinin yeni bir dalı olan bilişsel psikolojinin başarısıyla, bilişleri bilimsel olarak düşünmek artık açık bir hal aldı. Bilişsel psikoloji, hafızanın özelliklerini, dikkat ve diğer bilgi işleme süreçlerini içeren bir mental operasyon modeliydi. Bilişsele davranışı eklemek özellikle nereden çıktığı belli olmayıp aniden yaşanan panik atakları açıklamakta anlamlıydı. Danışanların bedensel duyularına seçici dikkatleri ve bu duyuların kötü sonuçları olduğuna ilişkin inançlarıyla paniğe ilişkin inandırıcı bir psikolojik teori oluşturuldu.

İnançları Değiştirmek

Burada sunduğum tarih versiyonu sadece bir taslaktır, bu kitapta pekçok kişisel çalışma ve etkileşimlerinin yarattığı tedaviler sunulmaktadır. Davranışçılar bilişi keşfetmeden çok daha önce, Albert Ellis, danışanlarının dikkatlerini akılcı olmayan, kendilerine zarar veren düşünce ve inançlarına yönelterek bu inançları değiştirebileceklerini savunmaktaydı. Daha da ötesi psikolojinin insanların inançlarını değiştirme tekeline sahip olduğunu söylersek kendini beğenmiş bir tavır sergilemiş oluruz. Ruh sağlığı profesyonelleri sahneye çıkmadan çok daha önce bilişsel-davranışçı değişim; pazarlamacıların, misyonerlerin ve politikanın uzmanlığındaydı. 1930'larda Amerika'da, satış elemanları ve idarecilere, topluluk önünde konuşma korkularının üstesinden gelebilmeleri için Dale Carnegie seminerleri veriliyordu ki; bu seminerin içeriği bugünün exposure (maruz bırakma) terapisi ile aynıydı.

Hıristiyan Bilimi'nin (hastalığın sadece insanın kafasında olduğuna inanan bir mezhep) kurucusu Mary Baker Eddy (1821-1910) mental tavırlarla somatik problemler arasındaki bağlantıyı dininin temel taşı olarak almıştır. Eddy ve takipçilerinin inancı, pozitif düşüncenin negatif düşünceye oranla daha gerçek ve daha tanrıya adanmış olduğuydu. Din ve kültür bazen insanları o kadar güçlü motive edebilir ki, bu, psiko-terapistleri sadece şaşırtabilir. Bizler, olasılığı çok çok küçük hava felaketlerine ilişkin korkuları nedeniyle bizden yardım almaya gelenlerin en azından uçağa binebilmelerini sağlayacak, bu fobileri yok etme amaçlı yollar geliştirmeye çalışırken, adamlarını kesin bir ölüm için uçaklarına gönderen Kamikaze komutanlarına korkuyla karışık saygı duyarak bakıyoruz. Biz, bazı islamcı liderlerin canlı bombalarına öldükleri anda cennet gideceklerine dair verdikleri motivasyonu, panik ataktan öleceğini düşünen agorofibikleri bir otobüse bindirmeye çalışırken sağlayamadığımız için de üzgünüz.

PSİKOLOJİYE KARŞI BİYOLOJİ

Bugün anksiyete bozukluklarının tedavisinde en yoğun kutuplaşma, tedavide ilaçların kullanılıp kullanılmayacağı konusundadır. 7. Bölüm bu amaçla kullanılan ilaçların bir listesini sunmaktadır. Görünüşte bu, anksiyete bozukluklarında biyolojik faktörlerin mi yoksa psikolojik faktörlerin mi daha önemli olduğuna dair bir sorundur. Bu konudaki profesyonel rekabet anlaşmazlığı beslemiştir. Uzmanlık alanlarının her zaman bugünkü kadar düzenli olmaması gibi, ekonomik değişiklikler de çatışmayı körüklemiştir. 1950 ve 60'larda, Amerika'da, psikanaliz bir grup tıp doktorunun tekelindeydi ve bu doktorlar anksiyete tedavisinde ilaç kullanımını küçümsemekteydiler. Günümüzde, psikanaliz enstitüleri öncelikle tıp doktoru olmayanları kaydetmektedirler. Bazı tıp doktorları, maaşlarını artırmak için ya da sağlık merkezleri ve sigorta şirketleri tarafından zorlandıkları için çok fazla sayıda hasta görmektedirler. Tabii ki, hal böyle olunca, hastalara ancak kısa bir değerlendirme yaparak reçete yazmaktan başka seçenek uygulanamamaktadır. Neyse ki, bazı sağlık merkezleri ve sigorta şirketleri tarafından bilişsel-davranışçı terapilerin en azından daha ekonomik olduğunun farkedilmiş olması umut verici bir gelişmedir. Psikologlar, işe aldıkları sosyal hizmetli ve uzman hemşirelerle birlikte panik bozukluğu tedavi yoluna gitmektedirler. Bu hastalıkta eğer terapi yoluyla tedavi edilmemişlerse, hastalar tekrarlayan şekilde acil servise gelmekte ve bu acil servis ziyaretlerinde uygulanan ve yararlı da olmayan tıbbi planlar, gerçekte, çok daha pahalıya mâlolmaktadır. Psikanalitik perspektifin bir başka katkısı da 6. Bölüm'de açıklanmaktadır.

İşin doğrusu anksiyete bozukluklarına karşı hem biyolojik hem de psikolojik bakış açısı gereklidir, çünkü ikisi de tek başlarına durumu tam olarak açıklayamaz. Gen çalışmaları doğuştan gelen farklılıkların anksiyete bozuklukları geliştir-

medeki etkilerini kanıtlayabilirler, ancak öyle görünüyor ki genler ana nedenler olmaktan çok yatkınlığa neden olan faktörler olarak kalacaklar. Deneyler göstermiştir ki panik atağı olan hastalar CO_2 solumaya ya da infüzyona (damara zerk) kontrol grubundaki biyolojik sorunu olmayanlara göre daha fazla anksiyete ile cevap vermektedirler. Panik atak deneyimi olan kişilerin, anksiyete uyandırması beklenen bir ajan verildiğinde özellikle ajan panik ataklara eşlik eden bedensel duyuları taklit ediyorsa daha fazla korku gösterdikleri görülür. Öte yandan ise, bedensel duyarlıklarına ilişkin katastrofik düşüncelerin panik atakların nedeni olduğu şeklindeki psikolojik teori, neden ve etkinin karıştırılmasının suçlusu olabilir. Şiddetli panik atak geçiren kişi için sağlığının bozulacağı korkusu öğrenilmiş doğal bir tepkidir. Elbette panik atak hastası bazı kişiler böyle düşünceleri olduğunu inkâr ederler. Hastanın inkârı karşısında gayretli terapistin bunu sorgulaması psikanalizin ilk dönemlerine benzer bir rahatsızlık yaratır.

Daha ötesi, anksiyete bozukluğunun biyolojik bir bileşeni olduğunu ispatlamak en iyi tedavinin mutlaka ilaç kullanımı olmasını gerektirmez veya aksine psikolojik nedenli anksiyetenin en iyi tedavisi ille de psikolojik tedavi olmak durumunda da değildir. Bazı terapistler örneğin 4. ve 5. Bölümlerde tanımlandığı gibi bu ayrımı yapmazlar ve hem psikolojik hem de biyolojik yaklaşımı eşit olarak kullanırlar. Danışanlara direkt olarak biyolojik tepkilerini değiştirmek için bir psikolojik işlem öğretilir. Varolan bir problem için en iyi tedavinin ne olduğu ampirik bir sorudur. Bu soruya yanıtı polemikler değil iyi planlamış son dönem çalışmalar verecektir.

Belirli bilişsel-davranışçı terapiler ile maruz bırakma yönteminin kalıcı tedaviler olduğuna dair bir şüphem yok. 8. Bölüm'de yer alan panik bozukluğuna yönelik psikolojik tedavi paketlerinin orta dönem etkinliği saptanmıştır ancak belirli bileşenlerin göreceli yararlılığı kesin değildir. 2. Bölüm'de, uzun dönem takipli bir agorafobinin maruz bırakma tekniği

ile tedavi edildikten sonraki gelişimi yer almaktadır. Bu durumlar için varolan ilaç tedavisi belli bir dereceye kadar etkin olmasının yanı sıra sıkıntı veren yanları ve şarta bağlı olmasıyla ilacın sürekli kullanımını gerektirmektedir. Ama ilaçların işe yaradığı gerçeği, daha mükemmel ilaçların keşfedileceği umudunu canlı tutmaktadır. Bazı vakalarda ilaçları bilişsel-davranışçı terapi ile kombine etmek avantajlıdır. En azından 7. Bölüm'de anlatılan imipramine ve maruz bırakma yönteminin beraber uygulandığı agorafobi vakasında durum böyledir. Her potansiyel danışan en azından ilaç tedavisinin güvencesi olmadan bir maruz bırakma programının parçası olmak istemez. Terapinin içeriğini duyunca fobikler genellikle kendilerine bir bahane bulup ortadan kaybolurlar. Bu hastaları idare etmek terapinin bilim yanından çok sanat yanına dahildir.

İlaç Tedavisi ve Maruz Bırakma

Frank Wilhelm ile birlikte yaptığımız araştırmadan biliyoruz ki, ilaç tedavisi ve maruz bırakma yöntemi her durum için uygun değildir. Uçmaktan korkan 26 kadını test ettik. Yardım için bize geldiklerinde uçma istekleri de uçma korkuları da yeterince güçlüydü. Deneyimiz şuydu: San Jose ve San Francisco arasındaki iki 30 millik uçuşta anlaştık. İlk uçuştan önce 14 kadına 1 mg'lik alprazolam, diğer 14 kadına ise plasebo ilaç verilmişti. Herkese hem sözel hem de yazılı olarak fobilerini yenebilmeleri için uçakla yüzleşmenin değerini anlatan açıklamalar yapılmıştı. İlk uçuşta alprazolam almış olan grup, plasebo grubuna oranla belirgin biçimde daha az anksiyete göstermişti ve bir sonraki uçuşta anksiyetelerinin daha da az olacağına dair iyimserlerdi. İkinci uçuşta iki gruba da ilaç verilmedi. Kendi beklentilerinin aksine ilk uçuşta alprazolam almış olan grup plasebo grubuna oranla belirgin biçimde daha fazla anksiyete gösterdi. Plasebo grubunun anksiyeteleri ikin-

ci uçuşta birinci uçuşa göre belirgin bir biçimde azalarak yüzleşmenin anksiyeteyi elimine etmekte başarılı olduğunu göstermiştir. Alprazolam verilen grubun anksiyetesi ise ikinci uçuşta belirgin şekilde artmıştır. Şu sonuca vardık ki; alprazolam yüzleşmeyi engellemiştir, dolayısıyla danışanlarımıza yüzleşmeden maksimum fayda sağlamak istiyorlarsa bir benzodiazepine kullanmalarını (veya içki içmelerini) önermek doğru değildir.

İÇERİĞE GENEL BAKIŞ

Bu kitap, bugüne değin ruh sağlığı uzmanlarının anksiyeteyi nasıl tedavi ettiklerine dair geniş kapsamlı bir bakış sunmaktadır. Genel olarak kitaba katkıda bulunanlar yukarda özetlenmiş olan tarihsel tartışmalar üzerinde anlaşma sağlamışlardır. Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlarla tanısal sınıflandırmayı kabul etmekte, biyolojik bakış açılarını da reddetmemektedirler. Bu kitap anksiyete hastaları hakkında canlı tanımlar vermekte ve anksiyete bozukluklarına yönelik (obsesif-kompulsif bozukluk dışarıda tutulmuştur çünkü bu başlığın kitabın boyutunu aşacak çok geniş bir içeriği vardır) terapiler hakkında geniş ve detaylı bilgiler içermektedir. Bölümler, uygulama yapan terapistlere yönelik yazılmıştır ancak öğrenciler, terapist olmayanlar ve anksiyete hastaları için de değerli bilgiler sağlamaktadır. Elbette bir kitap okumak, terapist olmak için yeterli donanım sağlamaz. Terapi konusunda tecrübeli bir profesyonelin rehberliği, acemiliğin yanlış anlama ve yanılgılarına karşı kritik müdahaleler sağlar. Seminerlere katılmak da yardımcıdır. Profesyonel olarak uygulama yapmak elbette gerekli lisans prosedürlerini yerine getirdiğiniz anlamına gelir.

Birinci Bölüm "Tanısal Değerlendirme", Silvia Schneider ve Martha Ruhmland tarafından yazılmıştır; sınıflandırmanın

amacı ve hastalarıyla klinik çalışmalarındaki çok boyutlu değerlendirmeden bahsetmektedir. Burada *DSM-IV*'ün anksiyete bozukluğu tanımları ve anksiyete bozukluğuna sahip olma ihtimali olan hastaları ayırt etmek için bazı kritik soruları bulacaksınız. Daha sonra yapılandırılmış görüşmeler, klinik anketler ve anormal anksiyete düzeylerine neden olabilen hastalıkların tıbbi testleri gibi formal değerlendirmeler yer almaktadır. Terapiye hazırlık sürecinde terapist danışanın problemli alanlarını analiz eder ve hiperventilasyona yanıtını gözlemler.

İkinci ve Üçüncü Bölümler anksiyete tedavisindeki iki ana psikolojik tedavi modelini tanıtmaktadır: Maruz bırakma ve bilişsel terapi. 2. Bölüm'de Brunna Tuschen ve Wolfgang Fiegenbaum tarafından yazılan "Maruz Bırakma Teknikleri"nde maruz bırakma sanatının; danışanları korkularının üstesinden gelmeleri için yapmak zorunda oldukları şey olan korkutucu durumlarla tekrar tekrar yüzleşmeye motive etmenin yollarını bulmak olduğunu öğreniriz. Basitçe danışanların kendilerini anksiyeteye maruz bırakmalarını söylemek nadiren yeterlidir. Bunun yerine inançlarıyla uyumlu bireyselleştirilmiş akılcı bir yapı hazırlanmalı, bir başarısız denemenin yapılan işlemin yanlışlığını göstermediği ve değişimin nasıl oluştuğu açıklanmalıdır. Tuschen ve Fiegenbaum başarılı tedavilere örnekler sunmaktadırlar. Örümcek korkusu, bir anne ve eş olarak tatminkar bir hayat sürmesine engel olan 36 yaşındaki Monica ve tanı konulmamış bir kalp hastalığına sahip olduğuna dair inatçı inancı nedeniyle pek çok gereksiz tıbbi inceleme ve tetkiklere maruz kalmış 5 yıllık panik atak geçmişine sahip Robert örnek olarak verilmiş vakalardan ikisidir.

Üçüncü Bölüm "Bilişsel Terapi Teknikleri" Stefan G. Hofmann ve Patricia Marten DiBartolo tarafından yazılmıştır. Burada anksiyetenin üç bileşeni olduğu açıklanmaktadır: Bilişler, davranış ve fizyoloji. İnsanları tedavide birinci bileşen terapötik sonuca yönelik motivasyon sunar. Düşünmeyi de-

ğiştirme duygusal tepkileri de değiştirir. Gerçekçi olmayan düşünceler barındıran anksiyeteli danışanlar, bu düşünceleri tanımayı, gözlemlemeyi ve onlarla mücadele etmeyi öğrenmelidirler. Hızlı atan kalbin yaşanmak üzere olan bir kalp krizinin işaret olduğu gibi eski uyumsuz inançlar ampirik teste tabi tutulmalıdır. Bu yolla akılcı düşünceler akılcı olmayanların yerini alabilir.

Dördüncü ve Beşinci Bölümler anksiyetenin fizyolojik bileşenini değiştirmek için iki direkt yöntem sunmaktadır. Paul Lehrer ve Richard Carr, "Progresif Relaksasyon"da (kademeli gevşeme) 20. yüzyılın başlarında bir doktor ve psikolog olan Edmund Jacobson'un geliştirdiği bir prosedüre göre danışanların kaslarını gevşetmelerine nasıl yardımcı olabileceğimizi öğretmektedirler. Danışanlar sadece otururken ya da yatarlarken değil, aktivite halindelerken de gevşemeyi öğrenirler. Bu metodun hiçbir biyolojik geri bildirim donanımına ihtiyaç duymaması açısından avantajı vardır. Beşinci Bölüm "Otojenik Eğitim" Wolfgang Linden ve Joseph W. Lenz tarafından yazılmıştır. Bu bölüm stres yönetimi için donanım gerektirmeyen ikinci psikolojik yaklaşımdır. Jacobson kendi yöntemini geliştirirken öz telkinin terapötik kullanımına ilgi duyan Johan Schult da otojenik eğitimi geliştirmekteydi. Otojenik eğitim özellikle kardiyovasküler ve solunum sistemleri başta olmak üzere kas sisteminin ötesinde daha fazla fizyolojik sisteme hitap eder.

Altıncı Bölüm "Psikodinamik Terapiler" Richard Almond tarafından yazılmıştır; kökeni Freud'a ait anksiyete bozukluklarında bilinçsiz mental aktivitenin rolü düşüncesini araştırmaktadır. Almond farklı türlerdeki anksiyeteleri ayrıştırmaktadır; travmatik, ayrılık, parçalanma, çatışmaya dayalı veya nevrotik anksiyete. Psikanalitik veya psikanaliz kökenli terapilerde danışanın terapiste transferans tepkileri korkularının gerisindeki düşüncelerine ilişkin önemli ölçüde kavrayış sağlar. Psikodinamik terapilerin diğer tüm terapilere oranla tera-

pistin amaçlarının yükünden danışanın otonomisini koruma avantajı daha fazladır.

Yedinci Bölüm "İlaç Tedavisinin Rolü" Matig R. Mavissakalian ve Martin T. Ryan tarafından yazılmıştır. Anksiyete tedavisinde kullanılan değişik ilaçların bir özetidir. Bize psikolojik tedavi için gelen pek çok danışan ilaç kullanıyor olduğu veya yakın geçmişte kullanmış olduğu için bu görmezlikten gelemeyeceğimiz bir konudur. Son on yılda terapötik ilaçların sayı ve çeşitlerinde çok büyük sayıda artış olmuştur. Şimdi bu ilaçlar arasında benzodiazepin, trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri, monamine oksidan inhibitörleri ve beta-blokerler bulunmaktadır. Terapistler için önemli bir soru psikolojik ve farmakolojik tedavilerin ne kadar uyuştuğudur. Yazarlar bu çetrefilli ancak yetersiz araştırılmış soruya bazı yanıtlar vermeye çalışmışlardır.

Sekizinci ve Dokuzuncu Bölümler, biri panik bozukluk diğeri sosyal fobi için olmak üzere iki tedavinin detaylarını vermektedir. Frank Wilhelm ve Jürgen Margraf tarafından yazılan "Agorafobi İle Seyreden Panik Bozukluğu İçin Bir Bilişsel-Davranışçı Tedavi Programı" 15 seanslık bir bireysel tedaviyi betimlemektedir. Bu paket, Margraf ve Silvio Schneider'in tedavinin etkinliğini kanıtlayan bir araştırmalarının sonucunda hazırlamış oldukları tedavi el kitabına dayanmaktadır. Korkulan içsel ve dışsal uyarana maruz bırakmayı ve nonspesifik stres nedenlerinin etkileri ile fasit daire konseptine dayalı açıkça ifade edilmiş bir mantık bağlamında bilişsel yeniden yapılanmayı kombine eder. Burada terapistlerin danışana terapinin farklı öğelerini sunarlarken neler söylediklerini okuyabilirsiniz.

Dokuzuncu Bölüm, Karin Gruber ve Richard G. Heimberg'ün yazdığı "Sosyal Anksiyete İçin Bir Bilişsel-Davranışçı Terapi Paketi", Heimberg tarafından hazırlanmış olan bir el kitabına dayanan 12 seanslık bir grup tedavisini açıklamaktadır. Wilhelm ve Margraf'ınki gibi bu paket de sistematik ma-

ruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırmayı vurgular. Katılımcılar sosyal ortamlardaki düşüncelerini tanımlamayı ve bu düşüncelerdeki çarpıklıkları sınıflandırmayı öğrenirler. Örneğin ya hep ya hiç düşüncesi, sonuçlara atlama, aşırı büyütme veya basitleştirme ve olumlu olanı diskalifiye etme gibi. Daha sonra bazı sorularla bu çarpık düşüncelerle mücadele etmek öğretilir. Örneğin "düşüncenizin gerçekleşeceğinden emin misiniz?" veya "en kötüsü ne olabilir?" Karin ve gerçek danışanları arasında geçen konuşmaların belgeleri bu terapinin nasıl uygulandığını aktarır.

TEŞEKKÜR

Bu kitap pekçok insanın ürünüdür. Öncelikle, belli bir stilde yazmaları istenen ve hatta bazı durumlarda her zamanki akademik dillerinden farklı bir dille yazmaları istenen yazarlara teşekkür etmek istiyorum. Danışanlarıyla ilgilendikleri şekilde kişisel ve direkt olmaları istendi. İkinci olarak kitabımızın daha kolay okunabilir olmasında önerileri kritik olan editörler Alan Rinzler ve Jossey-Bass'a teşekkür etmek istiyorum. Üçüncü olarak fakülte üyelerine, psikiyatri sakinlerine ve psikoloji yüksek lisans öğrencilerine araştırmamız ve anksiyete alanındaki klinik çalışmalarımız için uyarıcı ve sorgulayıcı bir ortam yarattıkları için teşekkür ederim. C. Barr Taylor ve W. Stewart Agras'a, yeni bir uğraş alanına başlamama yardım ettikleri için ayrıca teşekkür ederim.

NOTLAR

S. 11, *Amerikan Psikiyatri Birliği*, Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı'*nın (DSM-III) 1980'deki 3. baskısı*: American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.

S. 11, *Aslında Sigmund Freud'un 1895'te* Neurologisches Zentralblatt'*ta yayınlanan bir makalesi*: Freud, S. (1962). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'. In J. Strachey (Ed. and Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 90-115). London: Hogarth Press. (Original work published 1895)

S. 14, *Benzodiazepinlerle durdurulamadığı halde trisiklik antidepresanlarla etkin biçimde tedavi edilebilmesi nedeniyle, Klein*: Klein, D. F. (1980). Anxiety reconceptualized. Comprehensive Psychiatry, 21, 411-427.

S. 16, *Bazıları tanısal sarkacın çok fazla sallandığını düşünmektedirler*: Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. In R. M. Rapee (Ed.), Current controversies in the anxiety disorders (pp. 3-20). New York: Guilford Press.

S. 16, *Meslektaşlarım ve ben, başkalarının önünde konuşmakta zorluk çeken kişilerle çalışırken bu soruna karşı hassaslaştık*: Hofmann, S. G.; Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 104, 224-231.

S. 21, *Uçmaktan korkan 26 kadını test ettik*: Wilhelm, E, & Roth, W. T. (1996). Acute and delayed effects of alprazolam on flight phobics during exposure. Unpublished manuscript.

S. 23, *Burada* DSM-IV'*ün anksiyete bozukluğu tanımları ve anksiyete bozukluğuna sahip olma ihtimali olan hastaları ayırt et-*

mek için bazı kritik soruları bulacaksınız: American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

1. BÖLÜM

TANISAL DEĞERLENDİRME

Silvia Schneider ve Martina Ruhmland

45 yaşındaki bir adam baş dönmesi, kalp çarpıntısı, terleme semptomları ve bunlara eşlik eden sıcak basması şikayeti ile psikolojik yardım aramaktaydı. Bu semptomlar yoğun korku duygusuyla beraber tipik olarak süpermarketlerde, alışveriş merkezlerinde, otobüslerde ve restorantlarda kendilerini göstermekteydiler. Ancak bazen hiçbir uyaran olmadan aniden başka yerlerde de aynı sıkıntıları yaşayan danışan diğer insanların kendisi hakkında ne düşündükleri ve onlara rezil olduğu konularında endişelidir. Ayrıca günlük işlerini yapmakta zorluk çekmekte olduğunu söylemiş, iştahsızlık ve umutsuzluk duyguları bildirmiştir. Son birkaç haftadır ölüm ve intihar hakkında tekrarlanan düşünceleri vardır. Kendisine olanlardan ötürü kızgındır ve hemen tedavi olmak istemektedir."

Bu adam bize anksiyete ve depresyonun belirgin semptomları ile gelmişti. İlk olarak bu semptomlara dayanarak danışanın problemlerinin doğasına yönelik bir hipotez geliştirdik: Sıkıntıları panik ataklara, agorafobiye, sosyal fobiye ve majör depresyona işaret ediyordu. Ancak tam olarak teşhis belirli değildi. Süpermarketlerden, alışveriş merkezlerinden, otobüslerden ve restoranlardan kaçınmak agorafobide görüldüğü gibi sosyal fobide de görülebilir. Danışan gerçekten panik ataklardan mı yakınıyordu?

Tedavi planı yapabilmek için temel problemin agorafobi mi sosyal fobi mi olduğunu netleştirmek çok önemliydi çünkü tedavileri farklıdır (8. ve 9. Bölümlere bakınız). Eğer birden fazla tanı sözkonusuysa terapistin birincil tanıyı ve bu tanı ile diğer tanıların sonucu olan sorunları teşhis etmesi gerekir.

Bazı klinisyenler tanısal değerlendirmenin değerini sorgular ve bütün anksiyete sorunlarını aynı şekilde tedavi ederler. Bu özellikle Rogeryen ve psikanalitik geçmişe sahip terapistler için geçerlidir. Bu durum, tanısal değerlendirme ile uygun tedavi hedefine sahip bilişsel-davranışçı terapistler için sözkonusu değildir. Tanı kendi içerisinde bir son değildir, tedavi planı için yol göstericidir. *Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı*'nın dördüncü basımına dayanan tanılarla belirli bilişsel-davranışçı tedavi planlarının geliştirilmesi sağlanabilir.

Ayrıca, tanı danışanı terapiyle tanıştırmak için de kullanılabilir. Tanıdan yola çıkılarak belli bir çatıya sahip olmak daha önce ayrımlaşmamış problemlerin ayrışmasını ve netleşmesini sağlayarak danışanın bu problemleri kontrol edilebilir miktarlarda algılamasına ve değişimin olabilirliğini görmesine neden olur. Tanısal değerlendirme, danışana yaşadıklarına boyun eğerek mutsuz olmak yerine, ulaşılabilir olan değişimin olasılığını vurgulayabilir

Tedavi hedeflerinin gerçekçi olması da önemlidir. Örneğin bir sosyal fobiğin gördüğü başarılı terapinin ardından bir daha hiç sosyal tedirginlik duymamasını beklemek gerçekçi değildir. Daha gerçekçi bir hedef ise sosyal fobiye sahip kişinin başarılı bir tedavi sonrasında insanlarla çoğu zaman tatmin edici bir şekilde sosyalleşmesidir.

Bu bölüm anksiyete bozukluklarına nasıl tanı konulduğunu ve sınıflandırıldığını açıklamaktadır. Özellikle tanısal prosedürleri, tedavi amacına uygun testleri ve tanısal değerlendirme esnasındaki terapötik gerekçelerin nasıl sunulacağını vurgulamaktadır.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

DSM'nin üçüncü basımından beri anksiyete bozukluklarının tedavi ve doğasına ilişkin anlayışımız çok gelişti. *DSM-III* önceki *DSM*'lerden birçok açıdan radikal olarak farklıdır. Teorik olmayan ve betimsel yaklaşımı ve belirleyiciliği; anksiyetenin ve diğer ruh sağlığı sorunlarının daha güvenilir ve geçerli bir sınıflandırılması değişikliğiyle sonuçlanmıştır. Daha iyi bir tanısal sistem daha belirli ve detaylı tedavi araştırmalarının yapılmasını teşvik etmiştir. *DSM-III* ilk kez farklı fobi bozukluklarını ayrımlaştırmış (fobi içeriğine bağlı olarak), "anksiyete nevrozu" tanısını "panik bozukluk" ve "yaygın anksiyete bozukluğu" olarak ikiye ayırmış, "posttravmatik stres bozukluğu" tanısını ise eklemiştir. Anksiyete bozukluklarının yeni sınıflandırılması anksiyeteye ilişkin bilginin artışıyla da uyumludur. Hatta bu açıdan *DSM-III-R* ile şu anda kullanımda olan *DSM-IV*, *DSM-III*'e büyük benzerlik göstermektedir.

Tanısal prosedürün detaylarına geçmeden önce, *DSM-IV*'te listelenen temel anksiyete bozukluklarının özelliklerinden kısaca bahsedeceğiz. Farklı rahatsızlıkların temel özelliklerinin yanı sıra, her rahatsızlığın ayrımlaşmış tanısı üzerinde de kısaca duracağız. Daha sonra problemin tespitinde yardımcı olacak bir soru örneği vereceğiz. Alınan olumlu yanıt, ilgili tanıyı kabul veya reddetmek için sonraki soruların sorulacağına işaret etmelidir. Tanı bir tek soruya verilen yanıta dayandırılamaz çünkü tüm anksiyete bozukluğu tanıları aynı anda pekçok kriterin varolmasını gerektirir.

Agorafobisiz Panik Bozukluk

Panik bozukluğun temel özelliği tekrarlanan ve beklenmeyen panik atakların varlığıdır. Bu kişi;

1- Başka panik ataklar geçireceğine dair endişelenir, veya
2- Atakların içerikleri veya sonuçlarına dair endişelenir, veya
3- Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterir.

Panik atak çeşitli somatik ve bilişsel semptomlarla yakınlaşan bir tehlikenin varolduğu duygusunun eşlik ettiği, sürekli olmayıp zaman zaman yaşanan yoğun korku veya rahatsızlıktır. Atak ani başlar ve hızla zirveye çıkar. Yaygın semptomlar şunlardır: Çarpıntı, hızlı kalp atışları, nabzın yükselmesi, terleme, titreme, yeterli hava yokmuşçasına nefessiz kalma, baş dönmesi, bayılma hissi, derelizasyon (gerçek olmama hissi), depersonalizasyon (kendinden kopma), kontrolü kaybetme veya delirme korkusu ve ölmekten korkma. Panik atak için yardım almaya gelen danışanlar genellikle birden gelen yoğun korku durumlarından bahsetmektedirler. Öleceklerini, kalp krizi geçireceklerini, kontrollerini kaybedeceklerini veya delireceklerini düşünmüşlerdir.

Aniden yoğunlaşan korku duygusu açısından panik ataklara ayırt edici tanı koymak zordur, çünkü bu korku duygusu herhangi bir anksiyete bozukluğunda veya psikiyatrik problemde de görülebilir. Atakların ne kadar "birden bire" ve "beklenmedik" geldiklerine çok dikkat etmek gereklidir. Danışana panik atakları evde yalnızken mi veya beklemediği zamanlarda mı geçirdiği sorulmalıdır. Eğer ataklar danışan evde yalnızken asla olmuyorsa veya tahmin edilebilir durumlarda oluşuyorlarsa fobi tanısı daha uygun olacaktır.

Hiç ortada gerçek bir tehlike yokken, nedensiz, ani, beklenmedik panik ataklar yaşıyor musunuz?

Agorafobinin Eşlik Ettiği Panik Bozukluk

Bazı tekrarlayan panik ataklar geçiren danışanlar, panik ataklarını geçirdikleri mekanlardan uzak durmaya başlarlar. Bu mekanlar atak geçirirken, yardım alamayacaklarını veya utanacaklarını düşündükleri yerlerdir. Tipik durumlar bir kalabalığın içinde olma, bir mağazada sırada olma, otobüsle veya uçakla yolculuk veya bir köprüde veya asansörde olmaktır. Eğer en azından bazı panik atakların durumsal yatkınlıkları oluyorsa ve danışan kaçınma davranışı gösteriyorsa o zaman agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk tanısı konulur.

Bazı özel mekan veya durumlardan korkuyor veya kaçınıyor musunuz? Örneğin, mağazalardan, araba kullanmaktan, kalabalıklardan, köprülerden, yüksek binalardan veya asansörlerden panik atak geçirme korkusuyla uzak duruyor musunuz?

Panik Atak Geçmişi Olmadan Agorafobi

Panik atak geçmişi olmayan agorafobinin temel özellikleri, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğa benzer. Farkı, korku odağının aciz kalmak, istediğini yapamaz hale gelmek olması veya utanç veren panik benzeri semptomlar veya tam panik ataklar yerine limitli semptom atakları yaşanmasıdır.

Özgül Fobi

Özgül fobinin temel özelliği, belirli obje ve durumlara karşı yoğun, akılcı olmayan ve ısrarlı korku duyulması ve bu durumlardan kaçınılmasıdır. Korkulan objeye maruz kalma panik atak formunu alabilen bir anksiyeteye neden olur. En sık görülen korkular yükseklik, kapalı mekanlar, uçma, kan görme veya yaralanma, enjeksiyon yapılması veya hayvanlardır

(örümcekler, yılanlar, köpekler, sıçanlar). Fobik kişilerde bu korkular o kadar yoğundur ki günlük hayatları etkilenir ve fobileri dikkat çekici boyutta rahatsızlık yaratır. Özgül fobisi olanlar, bazen belirli durumlar karşısında panik atak yaşasalar ve bu durumlarda agorafobiklerinkine benzer bir kaçınma davranışı gösterseler de, bu iki rahatsızlık birbirlerinden farklıdır. Tanıdan emin olabilmek için, danışanın panik semptomlarının kendisinden mi yoksa çeşitli agorafobik durumlardan mı korktuklarını tespit etmek gerekir. Özgül fobiye sahip kişiler tipik olarak panik atakların kendilerinden ziyade, korku yaratan durumların özelliklerinden korkarlar. Bunun yanı sıra eğer pek çok agorafobik durumdan (kan, yaralanma veya hayvanların gibi belirli korkuların olduğu durumlar hariç) korkuluyor ve kaçınılıyorsa agorafobi teşhisi uygundur.

Korktuğunuz ve kaçmaya çalıştığınız nesneler, durumlar veya hayvanlar var mı? Örneğin köpekler, örümcekler, kan veya yara görme, kapalı mekanlar, yüksek yerler veya uçaklar gibi.

Sosyal Fobi

Sosyal fobinin temel özelliği kişinin diğerleri ile beraber olmaya maruz kaldığı sosyal ortamlara veya performans gerektiren durumlara; inatçı, aşırı veya mantıksız korku duyması ve bu durumlardan kaçınmasıdır. Sosyal fobisi olan insanlar, diğerleri tarafından zayıf, anksiyeteli veya aptal olarak yargılanacaklarından korkarlar. Utandırılmaktan ve aşağılanmaktan endişe ederler. Sosyal fobi, kısıtlı (Örneğin topluluk önünde konuşmak) ya da genelleşmiş yani korkuların çoğunun sosyal ortamda varolması şeklinde olabilir. Tipik olarak anksiyete, gerçekleşmek üzere olan bir sosyal durumdan veya umuma açık yere çıkmadan önce meydana gelir. Korkulan

duruma maruz kalınca ani bir anksiyete tepkisi oluşur ve bu tepki bir panik atak formunda olabilir.

Özgül fobikler de korktukları durumlarda panik atak yaşayabilir ve agorafobikler gibi bu durumlardan kaçınma davranışı gösterebilirler. Sosyal fobiyi agorafobiden ayırabilmek için klinisyenin danışanın panik semptomlarının kendisinden mi korktuğunu yoksa panik atakların agorafobik durumlarda mı oluştuğunu bulması gerekir.

Özgül fobikler tipik olarak panik semptomlardan değil, karşı karşıya kaldıkları durumun şartlarından korkarlar. Ayrıca, eğer çoğul durumdan korkuyor ve kaçınıyorsa, danışana her bir durumla ilgili neden korktuğu sorulmalıdır. Örneğin sosyal fobikler bir lokantada veya süpermarkette utandırılmaktan veya aşağılanmaktan korkarlar. Agorafobikler ise aynı yerlerde sıklıkla kalp krizi geçirmekten korkarlar.

Diğer insanlar tarafından fark edilebileceğiniz ve utanma veya aşağılanma korkusu nedeniyle kaçındığınız durumlar var mı? Örneğin diğer insanların önünde konuşmak veya yemek yemek, partilere gitmek, flörtler, diğer insanlarla tartışmak veya konuşmak...

Obsesif- Kompulsif Bozukluk

Obsesyonlar istem dışı biçimde tekrarlanan inatçı düşünceler, dürtüler veya görüntülerdir (eli kirlenecek diye el sıkışmamak veya sevilen birine zarar verme korkusu). Obsesifler genellikle bu düşünce veya dürtülerini görmezlikten gelmeyi, bastırmayı veya başka düşünce ve davranışlarla etkisiz hale getirmeyi denerler.

Kompulsiyonlar, kişinin bir obsesyona yanıt olarak veya kuralların mutlak katı biçimde uygulanmasına bağlı olarak yapması gerektiğini hissettiği tekrarlayan davranışlar veya

mental aksiyonlardır (örneğin saymak, kelimeleri sessizce tekrar etmek). Kompulsiyonların hedefi rahatsızlık duygusunu önlemek/geçirmek veya ürkütücü bazı olay/durumları önlemektir. Ancak etkisiz hale getirmeye veya önlemeye çalıştıkları şeyle bağlantıları gerçekçi değildir (AIDS kapmamak için sıklıkla elleri yıkamak, eşinin bir araba kazası yapmasını engellemek için "güzel şeyler" düşünmek) veya açıkça aşırıdır. Kişi bir kopmpulsiyona direndiğinde artan bir anksiyete veya iğrenme yaşar. En sık rastlanan kompulsiyonlar temizleme, kontrol etme ve tekrarlanan hareketlerdir.

Bazen yaygın anksiyete bozukluğunun özelliklerinden olan aşırı endişelenmeyi obsesyonlardan ayırmak zordur. Endişeler, tipik olarak gerçek hayat koşullarına ilişkin abartılı duygulardır ve genellikle gerçek oldukları düşünülür. Obsesyonların içeriği ise daha çok mantıkdışıdır ve uygunsuzluğu hissedilir.

Örneğin, obsesyonları olan kişiler, mikrop taşıyan bir şeye dokunmaktan endişe ederlerken, yaygın anksiyete bozukluğuna sahip kişiler, mali durumları veya işlerini kaybetme konularında endişe sahibi olabilirler.

Obsesif-kompulsif bozukluğa sahip kişiler fobiklerin kaçındıkları durumlara benzer durumlardan kaçınırlar (restoranlar, araba kullanmak, köpekler). Tanıları ayrımlaştırmak için danışana durumdan neden kaçındığını sormak önemlidir: Korkunun içeriği nedir? Obsesif-kompulsif bozukluğu olanlar restorantlardan kaçınırlar çünkü bozulmuş yiyecek yemekten korkarlar. Sosyal fobikler de restorantlardan kaçınırlar ancak onlar aşağılanmaktan ve utandırılmaktan korkarlar.

Bir başka sorun obsesif-kompulsif bozukluk tanısını hipokondriadan ayırmaktır. Hipokondriyak endişeler hastalıkla ilişkili takıntıları bulunan danışanlarda yaygındır. Bu iki tanıyı ayırmak için en iyi yol kompulsiyonların varolup olmadığını kontrol etmektir. Somatik takıntılar ve kontrol etme ritüelleri olan insanlar için obsesif-kompulsif bozukluk teşhisi

daha uygun görünmektedir. Eğer danışanlar sağlıklarıyla aşırı boyutta meşgullerse ve hastalık hakkında aşırı düzeyde bilgiye ulaşma çabasındalarsa o zaman hipokondria teşhisi düşünülmelidir.

Obsesyon: Mantıksız ve saçma olmasına rağmen tekrarlanan, aklınızdan atamadığınız düşünceleriniz, dürtüleriniz ya da gözünüzün önüne gelen görüntüler var mı?

Kompulsiyon: Abartılı veya mantıkdışı olduklarını düşündüğünüz halde belli bazı davranışları tekrarlamak zorunda hisseder misiniz? Örneğin ellerinizi defalarca yıkamak, nesneleri saymak, elektrik lambalarının açık olup olmadığını veya fişlerin çekili olup olmadığını defalarca kontrol etmek, bazı kelimeleri tekrar etmeye zorunlu hissetmek...

Post-Travmatik Stres Bozukluğu

Bu rahatsızlık kişinin ekstrem bir travmatik olaya maruz kalmasının ardından oluşan uzun dönemli bir problemdir (örneğin cinsel saldırı veya başka türde şiddet içeren suç, işkence, doğal veya insan eliyle gerçekleşmiş olan felaketler). Kişinin stres yaratan bu durumlara tepkisi; korku, aciz kalma duygusu veya dehşettir. Yoğun korku ve travmayla ilişkilendirilen uyarandan kaçınmanın ötesinde tipik semptom, travmatik olayı ısrarcı şekilde tekrar tekrar yaşamak (örneğin travmaya dair anıların sürekli akla gelmesi veya rahatsızlık veren rüyalar) ve tepkisizlik, yavaş tepki verme veya duygusuzluktur.

Post-travmatik stres bozukluğu uyum bozukluğundan ayrılmalıdır. Uyum bozukluğu tanısı, radikal bir strese verilen tepki eğer post-travmatik stres bozukluğu tanı kriterlerinin tamamına uymuyorsa (örneğin bir tecavüzden sonra yaşanan

yoğun korku ve çaresizlik hissetme ancak travma ile ilişkilendirilen uyarandan kaçınmaya dair semptomun olmaması) ya da post-travmatik stres bozukluğu semptom paterninin oluşması sözkonusu olmasına rağmen stres yaratan durumun radikal olmadığı durumlarda konulur (örneğin işten kovulmak, bir sınavda başarısız olmak).

Hayatınızda hiç radikal boyutta travmatik bir olay yaşadınız mı? Örneğin gerçek ölüm veya ölüm tehdidi içeren bir olayın içinde kaldınız, ciddi bir yaralanma veya cinsel istismar yaşadınız mı? Böyle bir olaya tanık oldunuz mu? Bu olaydan sonra fiziksel veya ruhsal şikayetleriniz oldu mu?

Akut Stres Bozukluğu

Temel özellikleri son bir ay içerisinde çok büyük boyutta bir strese maruz kalmak suretiyle buna bağlı olarak özgün bir anksiyetenin, dissosiyasyon ve diğer semptomların gelişmiş olmasıdır (önceki tanıya bakınız). Eğer bu semptomlar dört haftadan fazla sürerse o zaman post-travmatik stres bozukluğu tanısı konur.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Bu tanı aşırı düzeyde anksiyete ve endişe yaşayan kişilere konur. Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişiler genellikle sıradan hayat koşullarına ilişkin anksiyete duyarlar. Örneğin iş hayatına ilişkin sorumluluklar, mali durum ve aile üyelerinin sağlık durumları gibi. Anksiyete ve endişenin yoğunluğu, süresi ve sıklığı, korkulan olayın etkisi ve gerçekte olabilirlikle uygunluk göstermekten çok uzaktır. Tipik semptomları huzursuzluk, konsantre olmakta zorluk, kolayca yorgun hissetme ve sinirli olmaktır.

Başka bir I. Eksen bozukluğu mevcut olduğunda (örneğin panik bozukluğu veya bulimia nevroza) ek teşhis olarak yaygın anksiyete bozukluğu koymak için anksiyetenin ve endişenin odağının diğer rahatsızlıkla alakasız olması gerekir (ne yüksek düzeyde endişe panik atakla sınırlıdır ne de bulimia aşırı yeme bozukluğunun epizotları ve onun sonuçlarıyla sınırlıdır).

Genellikle endişeli misinizdir? Gerçekte olma ihtimali düşük şeylerle ilgili çok endişelenir misiniz? Veya gerçekleşirse sonuçlarının etkileri konusunda gerçeğe uygunluğu uzak düşünceleriniz var mı?

Genel Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu veya Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Genel bir tıbbi durumun fizyolojik sonucu olduğu kabul edilen belirgin anksiyete bulgularının olduğu durumlarda konulan teşhistir (burada anksiyete bozukluğu tıbbi duruma bağlıdır). İlaç tedavisinden, ilaç istismarından veya toksine maruz kalmaktan da kaynaklanabilir (madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu).

TANISAL PROEDÜRLER

Anksiyete bozukluklarını değerlendirme şeklimizin detaylarına inmeden önce, terapistin nasıl davranması gerektiğine dair birkaç genel bilgi vermek istiyoruz. Danışanlar genellikle kendilerine rahatsızlık veren konuları ve önemli bilgileri içeren şekilde kendilerini açabilmek için öncelikle güven hissetme ihtiyacı duyarlar. Bu nedenle, genel havanın yargılayıcı

olmaktan uzak, sıcak ve güvenilir olması gerekir. Terapist danışana empatik olmalı ve problemlerini aşabilmesi için açıkça kendini adadığını göstermelidir. Danışan her bir tanısal prosedürün doğasını, amaçlarını, süresini ve kendisine faydasını öğrendiği bir tanıtım hizmeti almalıdır.

İlk Görüşme

İlk görüşmenin amacı danışanın temel şikayeti hakkında genel bir bilgi sağlamak ve olumlu bir danışan-terapist ilişkisini başlatmaktır. İlk oturum şu sorularla başlayabilir: "Neden yardıma ihtiyaç duyuyorsunuz?" veya "telefonda bana insanlarla iletişime geçmekten korktuğunuzu söylemiştiniz. Anksiyeteniz hakkında daha fazla bilgi verir misiniz?"

Birinci oturumun gidişatına göre daha ileri aşama sorular da uygun olabilir: "En çok yaşadığınız semptomlar nelerdir?" "Bu semptomlar hakkında neler düşünüyorsunuz?" "Anksiyeteniz hayatınızı nasıl etkiliyor?"...

Olumlu bir terapötik ilişki yaratabilmek için terapist, danışanın probleminin kendisine tanıdık geldiğini göstermelidir. Süpermarketlerdeki, alışveriş merkezleri veya asansörlerdeki anksiyetesinden bahseden bir agorafobiğe terapisti "hemen yardım alamayacağın için bu durumların senin için ne kadar korkutucu olduğunu hayal edebiliyorum" cevabını verince danışan kendini anlaşılmış hissedecektir. Veya mikroplarla ilgili takıntıları olan bir danışana terapisti "bu odada nasıl hissediyorsun? Daha rahat hissedebilmen için yapabileceğim bir şey var mı?" sorularını sorduğunda danışan kendini anlaşılmış hissedecektir.

Birinci oturumun sonunda terapist tedavi hakkında bilgi vermelidir; tipik bir tedavi süreci nasıldır? Tedavinin kaç oturum sürmesi bekleniyor? Her bir oturum ne kadar sürer ve tedavi nerede yapılacak.

Size tedavi hakkında biraz bilgi vereyim. İlk aşama tanısal değerlendirme olacak çünkü problemlerinizi, bu problemlere neden olan ve devamını sağlayan önemli faktörleri bilmem gerekiyor. Tanısal değerlendirme, tanıya yönelik bir görüşmeyi, bazı anketleri, şikayetlerinizi izleyebilmek için bir günlüğü ve dikkatli bir tıbbi gözden geçirmeyi kapsayacak. Tanısal bilgiyi analiz ettikten sonra size bir tedavi planı sunabilecek ve korkularınızın üstesinden gelebilmenizi sağlayacak yollardan bahsedeceğim.

Yapılandırılmış Tanısal Görüşme

Tedavi planını başlatmadan önce, ortaya konan şikayeti değerlendirmek, bu ilk şikayetle ilgili olan/olmayan şikayetleri ayıklamak, birincil ve ikincil tanıları saptamak hem psikolojik hem de tıbbi açıdan önemlidir. Geniş kapsamlı değerlendirme için yarı yapılandırılmış veya tamamen yapılandırılmış görüşmeler yardımcıdır. Son birkaç yılda pekçok yapılandırılmış görüşme geliştirildi. *DSM-IV* için anksiyete bozukluklarının ayrımlaşması konusunda geliştirilmiş olan testlerden biri "Anksiyete Bozuklukları Görüşme Çizelgesi"dir. Bu çizelge, *DSM-IV*'e göre tanıları ayırmak için anksiyete bozukluklarına yönelik değerlendirmede kullanılan yapılandırılmış bir görüşme formudur. Özel avantajı temel bilginin ötesinde veri sunmasıdır. Böyle bir veri, problem öyküsü, anksiyeteyi etkileyen durumsal ve bilişsel faktörler ve bireysel semptomların sırası bilgilerini de içererek tedavi planı için anksiyetenin fonksiyonel analizine olanak verir.

ABGÇ-IV (Anksiyete Bozuklukları Görüşme Çizelgesi) şu şekilde organize edilmiştir; tanıtım bölümünde (bu bölüm demografik bilgiyi de talep eden soruları içerir), mevcut problemin başlangıcının kısa bir anlatımı, zaman içinde nasıl çeşitlendiği ve danışanın hayatının farklı alanlarına ne etkileri

olduğu yer alır. Bu tanıtım bölümünden sonra belirli bir ruh sağlığı bozukluğuna ilişkin değerlendirme başlar. Her bölüm, belirli bir mental bozukluğun temel özelliklerine ilişkin; sorunun dünü ve bugününe ilişkin ayıklayıcı sorularla başlar. Eğer danışan bu soruların cevaplarını olumlu olarak yanıtlarsa o zaman *DSM-IV* kriterleri dahilinde detaylı bir sorgulama yapılır. Eğer danışanın yanıtları olumsuzsa bir sonraki bölüme geçilir.

Pek çok klinisyen danışanlarının dirençlerini sezdikleri için yapılandırılmış görüşmelere karşı olduklarını söyler. Ancak genellikle klinisyenlerin kendi dirençleri vardır. Genellikle şunları dile getirirler: "Danışanlara problemleri hakkında direk sorular sorarak verdikleri yanıtlara inanmak naifliktir", "yapılandırılmış görüşmeler danışana anlaşılmış hissettirmek için yeterince empatik değildirler, "danışanlar bu sorgulamaların hepsini kabul etmeyeceklerdir". Aynı fikirde değiliz. Denyimlerimiz göstermektedir ki eğer danışanlar uygun biçimde hazırlanırlarsa yapılandırılmış görüşmelere gayet olumlu tepki vermektedirler. Durum bu olduğunda, danışanlar kendilerine yöneltilen doğrudan ve konuya özel soruları klinisyenin kendi problemlerine aşina olduğu yönünde yorumlarlar, çünkü soruların bir kısmı problemleriyle alakalıdır.

İyi bir görüşme olumlu bir terapötik ilişki kurulmasına yardımcı olacaktır. Terapötik düzeyde bir yapısal görüşmede tam olarak değinilmeyen konu başlıklarına sonraki oturumlarda değinileceği danışanlara söylenmelidir.

Organik Ayırıcı Tanı

Psikolojik tedaviye girişilmeden önce bir doktor anksiyetenin potansiyel organik nedenlerini ve komplikasyonlarını araştırmalıdır. Pek çok danışan psikolojik veya psikiyatrik tedavi için başvurmadan önce detaylı bir tıbbi kontrolden geçmiş olur. Eğer durum bu değilse, danışan, panik atak ya da diğer

Tablo 1.1
Panik Bozukluğunun Ayırıcı Tanısı
(Margraf & Schenider, 1990, temel alınarak)

Asıl Semptom	*Şüphelenilen Durum*	*Ayırt Edici Semptomlar*	*Doğrulayıcı Test*
Çarpıntı	Paroksismal atriyal taşikardi, Ventriküler ekstrasistoller,	Kalp atışlarının ani hızlanması	24 saatlik EKG monitorizasyonu, olay kaydı
	Mitral kapak prolapsusu	Sistolik klik sesi veya geç sistolik uğultu	Ekokardiyografi
Baş dönmesi	Ortostatik hipotansiyon	Ayağa kalkınca kötüleşme	Ayakta, otururken ve uzanırken ölçülen kan basıncı ve nabız
	Anemi	Eforla beraber kötüleşme	Kan sayımı
	Benign pozisyonel vertigo, cupulolithiasis	Başın rotasyonuyla tetiklenme	Barany manevrası, otonörolojik muayene
Dispne, hiperventilasyon	Konjestif kalp yetmezliği	Hızlı kesik soluma	Göğüs röntgeni, EKG
	Pnömoni, plörezi	Ateş	Göğüs röntgeni
	Astım	Hırıltılı espirasyon	Akciğer fonksiyon testleri
	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	Sigara kullanımı ile ilişkili	Akciğer fonksiyon testleri
	Alkol yoksunluğu	Alkol kullanma geçmişi	
Titreme, terleme, solgunluk, baş dönmesi	Reaktif hipoglisemi	Semptomların yemeklerden 2-4 saat sonra başgöstermesi	5 saatlik glikoz toleransı testi
	İnsülin salgılayan tümörler	Semptomların sabahları fiziksel egzersiz sonrası baş göstermesi	Açlık kan glukozu ve insülin seviyeleri

Tablo 1.1
Panik Bozukluğunun Ayırıcı Tanısı

Asıl Semptom	*Şüphelenilen Durum*	*Ayırt Edici Semptomlar*	*Doğrulayıcı Test*
Bulantı, abdominal ağrı	Hamilelik	Menstural geçmiş	Jinekolojik değerlendirme
	Gastrit, mide ülseri	Mide ekşimesi, gaz hissi	Gastrik endoskopi
	Enterit	Diyare, ateş, anoreksi	Kolon endoskopisi
Sıcak-soğuk basması	Karsinoid Sendrom	Diyare, astım	24 saatlik idrarda 5-HIAA
	Menopoz	Kadın olmak, uygun yaş	Östrojen seviyesi
Göğüs ağrısı	Anjina pektoris	Fiziksel egzersiz, duygular veya ağır yemeklerle ağırlaşma	EKG, eforlu EKG
	Miyokard infarktüsü	Uzun süreli ağır ağrı	EKG, kardiyak enzimleri
	Kostal kondritis	Kostokondrial eklemde duyarlı noktalar	Normal kardiyolojik değerlendirme
	Plörezi, pnömoni	Ateş	Göğüs röntgeni
Gerçekdışılık hisleri	Temporal lob epilepsisi	Mikropsi, makropsi, algı bozuklukları, halüsinasyonlar	EEG
	Psikodelik madde kullanımı veya flashback	Maddenin kullanımına ilişkin geçmiş	
Zayıflık/ Güçsüzlük	Multipl skleroz	40 yaş altı, dalgalı nörolojik semptomlar	Nörolojik değerlendirme
	Transient iskemik atak	Geçici nörolojik kayıp semptomları	Nörolojik değerlendirme

devamı var

Tablo 1.1
Panik Bozukluğunun Ayırıcı Tanısı

Asıl Semptom	*Şüphelenilen Durum*	*Ayırt Edici Semptomlar*	*Doğrulayıcı Test*
Karışık	Hipertirodizm	Hızlı kalp atışı, sıcak terli eller	Tiroid fonksiyon testleri
	Hipotiroidizm	Seste değişiklikler	Tiroid fonksiyon testleri
	Hiperparatiroidizm	Çeşitli psikiyatrik semptomlar	Kandaki kalsiyum ve fosfat düzeyleri
	Hipoparatiroidizm	Tetani, hiperventilasyona karşı artan hassasiyet	Kandaki kalsiyum ve fosfat düzeyleri
	Feokromositoma	Yüksek kan basıncı	24 saatlik idrarda katekolaminler
	Akut intermittan porfiri	Barbiturat kullanım geçmişi	Atak sırasındaki idrar porfibilinojeni

Kaynak: Jacob R. G., M. D. (1984). Panik Bozukluğu: Medikal ve Psikolojik Parametreler. In S. M. Turner (ed). Davranışsal Teoriler ve Anksiyetenin Tedavisi. New York: Plenum Press; ve Margraf, J. Schneider, S. (1990). Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung (pp. 187-237). Heidelberg: Springer-Verlag. (adapte edilmiştir).

anksiyete çeşitleri ile ilişkilendirilen çok sayıdaki organik sendromların kontrolüne ilişkin bir doktora yönlendirilmelidir. Doktorun düşünmesi gereken ilgili ayırıcı tanıların ilk kapsamlı tanımı Jacob ve Rapport tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın modifiye edilmiş bir versiyonu tablo 1.1'de özetlenmiştir.

Anksiyete sorunuyla gelen yüzlerce danışanla olan deneyimimize göre ciddi bir organik hastalığın varlığı istisnadır. Bununla beraber bu işlem bazı danışanlar için stres verici olmasına rağmen her bir vakadaki somatik ayırıcı tanıya bakılmalıdır. Organik nedenleri elemenin ciddi bir hastalığı gözden kaçırma riskine karşı çok önemli olduğunu düşünüyoruz.

Ancak akılda tutulmalıdır ki organik bir sorunun varlığı davranış tedavisi için engel oluşturmaz.

Bu özellikle mitral kapak prolapsusu veya hipoglisemi gibi danışanın anksiyetesine etkileri (eğer gerçekten etkileri varsa) minimal olan ve tedavileri anksiyete sorununda ilerlemeye neden olmayabilecek hastalıklar için geçerlidir. Diğer yandan hipertroid anksiyeteye büyük ölçüde neden olur ve tıbbi tedavi sorunu başarıyla yok eder.

Problem Analizi

Tanısal görüşme ve tıbbi araştırma tamamlandıktan sonra danışanın problem alanlarından her birinin analizine başlanmalıdır. Terapistlerin çoğu her problem analizinin etkin, kişiye özel bir tedavi için esas olduğunda ısrarlıdır. Aşağıdaki sorular bu bağlamda yanıtlanmalıdır;

1- Danışanın şikayetçi olduğu problemler nelerdir?
2- Problemler kendilerini bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal alanlarda nasıl göstermektedirler?
3- Problemin organik nedenleri veya komplikasyonları var mı?
4- Problemin devam etmesine neden olan faktörler nelerdir?
5- Problemin gelişimine katkıda bulunan psikolojik ve muhtemel fizyolojik mekanizmalar nelerdir?
6- Anksiyete bozukluğu dışında ilgili tanılar nelerdir?

Tanı, problemlere ilişkin düşüncelerin çatısını oluşturduğundan ilk soru psikolojik tanı ile yakından ilişkilidir. Ancak tanısal bir çatı tedavi için yararlı mıdır? Örneğin; agorafobi tanısı bize danışanın anksiyetesinin koşullarını ortaya koyan somut bir bilgi vermez. Ancak bu bilgi tedavi için büyük ihtimalle önemlidir. Bir danışan köprünün üstünde olmaktan korkar ama mağazada sırasını beklerken sıkıntı yaşamaz, bir diğeri her yere gidebilir ancak yanında karısı olması şartıyla.

Bireyler arası farklar nedeniyle genellikle danışanın bireysel özelliklerine yeterince dikkat edilmemesinin yetersiz sonuçlara neden olacağını öngörüyoruz.

İkinci soru her problem için daha net bir tanım istemektedir. Danışan belirli tipteki korkulan durumlarda nasıl bilişsel ve duygusal tepkiler vermektedir? Hangi somatik semptomlar ve davranışlar ortaya çıkmaktadır? Örneğin agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğuna sahip bir danışan, atakların tıbbi yardım alamayacağı durumlarda ortaya çıktığını bildirmiştir. Ataklar şu bilişlerle tetiklenir: "Ya semptomlar şimdi olursa ne olacak?" veya "burada doktor yok!" Fizyolojik olarak kalp çarpıntısı, terleme, titreme ve baş dönmesi oluşmaktadır. Anksiyetenin zirvesinde ise kalp krizi geçirme ve ölüm korkusu en üst noktaya çıkar. Davranışsal olarak, danışan derhal bir hastane acil servisine gitmeye çalışır. Yaşadığı duygu ise karşı koyamadığı, boğucu bir anksiyetedir.

Dördüncü soru, problemlerin devamına neden olan faktörlerle alakalıdır ki bunlar birincil faktörlerden ayrılabilirler. Bir danışanımız ilk kez panik atak geçirdiğinde bir doktora yardım için gitmiş, doktor da ona anksiyete atakları için ilaç vermişti. Danışanımız da çok kısa bir zamanda ilacın panik atakları giderdiğini ve anksiyeteyi harekete geçiren yerleri terk etmeyi öğrenmişti. Sonuç olarak panik atak gerçekleşme ihtimali yüksek veya atak gerçekleştiğinde kaçmanın zor olacağı yerlerden kaçınmaya başlamıştı. Genel olarak terapist problem davranışın nasıl devam ettiğini bulmak zorundadır. İlk olarak, psikolojik rahatsızlık nöbetinden önceki ve sonraki içsel ve dışsal olayların gidişatına bakmak yararlıdır. Sonra, terapist bireysel pekiştirme yapısını öğrenerek bu prensiplere dayanan hipotezler oluşturur.

Beşinci soruya cevap verirken, terapist, problemin veya bozukluğun gelişimine katkıda bulunmuş olabilecek stres faktörlerini keşfetmeye çalışır. Genellikle danışan psikoterapiye geldiğinde probleme katkı sağlamış olan asıl faktör artık

etkin değildir, dolayısıyla da terapi ile ilişkisi yoktur. Buna rağmen pek çok danışan için sorunlarının nasıl başladığını anlamak rahatlatıcıdır.

Son soru terapiste danışanın güncel sorununun ilk olarak tedavi edilmesi gereken sorun mu olduğuna ve eğer öyleyse bu problem çözüldüğünde başka hangilerinin öne çıkabileceği konularına dair emin olmayı anımsatır. Depresyon, özellikle de intihar düşünceleri varsa, öncelikle ele alınması gereken rahatsızlıklara bir örnektir. Diğer psikolojik problemlerin veya bozuklukların ayrımlaşmış tanıları için yapılandırılmış tanı görüşmeleri kullanılmalıdır.

Burada özetlenen problem analizi, terapisti, yaratılma sürecine ait fenomenoloji ve danışanın problem geçmişine ilişkin bilgilendirir. Terapistler açıklamalarını ve tedavi mantıklarını, danışanlarının verdiği bilgiye ve bilişsel-duygusal özelliklerine göre yapılandırırlar. Dünyayı danışanlarının gözlerinden görmeleri ve danışana yeni, terapötik olarak yararlı bir perspektif vermeleri gerekir.

Klinik Ölçekler

Bilgi toplama yolunda ölçekler ihmal edilmemelidir. Tanıyı saptadıktan sonra danışanın anksiyetesinin bireysel ifadesi hakkında daha fazla detaya sahip olmak gerekir. Bu amaçla klinik ölçekler terapiste ve danışana zaman kazandırır ve gereksiz çabadan kurtarır. Tablo 1.2 deneyimlerimizin yararlı olduklarını ispatladıkları ölçeklerin bir listesini sunmaktadır.

Korku Anketi ve Korku Araştırma Çizelgesi fobileri gözden geçirir. Mobilite Envanteri özellikle agorafobik kaçınma davranışını ölçmek için geliştirilmiştir. Bu envanterin yardımıyla danışanın kaçındığı durumların sıralı bir listesini yapabilir ve böylece maruz bırakma terapisi planlayabilirsiniz. İki kısa ölçek olan Agorafobik Bilişler Anketi ile Bedensel Algılar Anketi, bir panik atak esnasındaki katastrofik bilişleri ve

Tablo 1.2
Anksiyete Bozuklukları için Klinik Ölçekler

Anksiyete Bozukluğu	*Ölçek*
Panik Bozukluğu/ Agorafobi	Agorafobik Bilişler Anketi Bedensel Algılar Anketi Mobilite Envanteri Korku Ölçeği
Sosyal Fobi	Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri Sosyal Etkileşim ve Kendini İfade Testi Korku Araştırma Çizelgesi
Özgül Fobi	Korku Anketi Korku Araştırma Çizelgesi
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Endişe Alanları Anketi Penn-State Endişe Anketi Semptom Kontrol Listesi 90-R
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	Maudsley Obsesif-Kompulsif Envanteri Kompulsif Aktivite Kontrol Listesi
Post-travmatik Stres Bozukluğu	PTSB Semptom Ölçeği PTSB Tanı Ölçeği Olay Etkisi Ölçeği

bedensel algıları araştırır. Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri farklı sosyal ortamlardaki anksiyeteli durumlar hakkında bilgi isteyerek sosyal fobik durumlara ilişkin detaylı bilgi verir.

Sosyal fobi durumunda olumlu ve olumsuz bilişler Sosyal Etkileşim ve Kendini İfade Ölçeği ile ölçülebilir. Penn State Endişe Envanteri, endişelenmenin sıklığını ve yoğunluğunu değerlendirir. Endişenin içeriği hakkında soru sorulmadığı için Endişe Alanları Anketi'nde bulunanlar gibi, içerik maddeleri tarafından tamamlanmalıdır. PTSB semptomlarının ciddiyeti için PTSB Semptom Ölçeği ve PTSB Tanı Ölçeği kullanılır. PTSB de en çok kullanılan ölçek ise Olay Etkisi Ölçeğidir. Obsesif davranışı ölçen ölçekler arasında Mauds-

ley Obsesif-Kompulsif Envanteri ve Kompulsif Aktivite Kontrol Listesi vardır.

Yaygın anksiyete Beck Anksiyete Envanteri ile ölçülebilir. Genel psikopatolojinin çok boyutlu değerlendirmesini ise Semptom Kontrol Listesi 90-R verir.

Günlükler

Anksiyete deneyimlerini dökümante etmenin önemli bir yolu da standartize edilmiş günlüklerdir. İlk görüşmemizden terapinin sonuna kadar danışandan bu günlüğü tutmasını isteriz. Günlükler sayesinde danışanın kendini izlemesi klinik görüşme ve anketlerin önemli bir öğesidir. Terapi esnasındaki değişimi belgelemenin bir başka yoludur. Belirli anksiyete bozukluğuna göre izlenecek bilgi verisi Tablo 1.3'te gösterilmiştir.

Anksiyetenin ve anksiyetenin hangi bağlamda gerçekleştiğine ilişkin kayıt sunmanın yanı sıra günlükler danışanın günlük aktivitelerini de içerir. Anksiyetenin ortaya çıkışı pek çok zaman sadece belirli durumlar ve aktivitelerle söz konusu olur. Kendini gözlem prosedürü olmadan bu bağlantılar gözden kaçabilirler. Örneğin agorafobik bir kaçınma vakasında aktivite bilgisinin anksiyete bilgisini tamamlaması büyük önem taşır.

Sunum 1.1 ve 1.2 anksiyete ataklarının ve günlük aktivitelerin danışan tarafından izlenebilmesi için bizim enstitümüzde kullanılan günlüklerdir.

Danışanlar günlükleri kullanmaya başlamadan önce kendini gözlemenin önemini vurgulayın ve danışana hangi bilgiyi nasıl, ne zaman, ne şekilde ve niye kaydetmesi gerektiğine ilişkin yönergeler verin. Daha sonraki tedavi oturumlarının bir kısmı retrospektif değil eş zamanlı anksiyeteyi içeren olayların detaylı tanımlarıyla yapılanır. Retrospektif bilgi hafızada kaybolabilir veya çarpıtılabilir. Danışanın günlüğünü doğru tutacağından emin olmak için terapist danışanla beraber örnek

Tablo 1.3
Anksiyete Bozuklukları İçin Günlükler

Anksiyete Bozukluğu	*Günlükte Geçen Bilgi*
Panik Bozukluğu	İlk işaretler, tetikleyen, Panik atak esnasında maksimum anksiyete, Semptomlar, panik atak esnasındaki bilişler, Durum (nerede, yanında kim varken?), Davranış (savaşma, dikkati başka tarafa çekme, kaçınma)
Fobiler	Tetikleyen, Fobi esnasındaki maksimum anksiyete, Semptomlar, fobi esnasındaki bilişler, Durum (nerede, orada kim varken?), Davranış (savaşma, dikkati başka tarafa çekme, kaçınma)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Gün içerisindeki ortalama anksiyete düzeyi, Gün içerisindeki maksimum anksiyete düzeyi, Ortalama depresyon düzeyi, Günün yüzde kaçında endişeli olunduğu, Endişelerin içeriği
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	
Sadece obsesyonlar	Obsesyonların sıklığı (örneğin bir el sayacı ile çetele tutmak) Anksiyete ve depresyonun oranlanması
Sadece kompulsiyonlar	Ritüellerle geçirilen zaman, Rahatsızlık oranlanması, Etkisiz hale getirme dürtüsü, Anksiyete ve depresyonun oranlanması
Post-travmatik Stres Bozukluğu	Akla istem dışı gelme sıklığı Bunların içeriği, Travma ile ilişkilendirilen uyarandan kaçınma, Anksiyete ve depresyonun oranlanması

oluşturan bir uygulama yapar. Danışan günlüğüne anksiyeteyi yaşadıktan hemen sonra yazmalıdır çünkü günün sonunda bazı nöbetleri tamamen bazılarını ise kısmen unutabilir.

Kendini gözlemenin önemini vurgulamak için her oturumun başında günlük hakkında konuşun.

Psikofizyolojik Testler

Hiperventilasyon anksiyete problemlerinde tetikleyici veya pekiştirici olarak rol oynayabilir. Anksiyete danışanları genellikle hiperventilasyon yaşadıklarını fark etmedikleri için bazı terapistler rutin olarak hiperventilasyon testi uygularlar. Bu test, eğer danışan fiziksel olarak sağlıklıysa güvenli bir tanı aracıdır. Standardize olmuş protokol, altı noktayla açıklanır;

1- Yönergeler: Test tanısal bir prosedür olarak tanıtılır. Testin bir panik atağa yol açabileceği konusunda danışan uyarılmalıdır. Bu keyifsiz bir durum olsa da bozukluğun potansiyel nedenini aydınlatması açısından olumlu bir yöne de sahiptir.
2- Duruş: Danışan dik olarak otururken bir elini göğsüne diğerini karın bölgesine koyarak göğüs nefesi ile karın nefesi arasındaki fark öğretilir.
3- Hiperventilasyon: Danışandan iki dakika süreyle her bir dakikada 60 kez nefes alması istenir. Terapist hiperventilasyonun ağız yoluyla göğüs nefesi alınması sonucu oluştuğunu anlatır ve gösterir. Danışan terapist tarafından verilen her sinyalle (en iyisi metronom veya öncesinden hazırlanmış bir teyp kaydı kullanmaktır) mümkün olduğunca derin nefes alır.
4- Değerlendirme: Hiperventilasyonun sonunda danışandan anksiyetesini 1 ila 100 arasında derecelendirmesi, bir semptom kontrol formu doldurması ve hiperventilasyon deneyimi ile doğal olarak oluşan panik atağın

benzerliklerinin derecelendirilmesi istenir. Semptom kontrol listesi hiperventilasyon ve panik ataklarla ilgili semptomların yanı sıra genellikle anksiyeteyle ilişkilendirilmeyen 5 kontrol maddesine de yer verir (Sunum 1.3'e bakınız). Bu semptomlara sahip kişiler gelişigüzel şekilde somatik semptomlar göstermeye de meyillidirler.

5- İyileşme: Eğer danışan hiperventilasyona kuvvetli tepki veriyorsa, bir süre için yavaş ve derin olmayan biçimde nefes alması (dakikada 8-12) söylenir.

6- Son değerlendirme: Eğer hiperventilasyonun etkileri doğal olarak gelişen panik atağa benziyorsa terapiye başlama noktası bu olmalıdır. Terapistin varlığının bazı danışanlar için büyük ölçüde güven verici olduğu dolayısıyla danışanın teste verdiği tepkilerin hafiflediği mutlaka dikkate alınmalıdır.

TEDAVİ ENDİKASYONLARI

Bu bölümün başında tanısal değerlendirmenin bir tedavi planına öncülük ettiğini vurgulamıştık. Tablo 1.4 belirli anksiyete bozukluklarına terapötik yaklaşımların bir listesini sunmaktadır. Müdahalelerin detaylı açıklamaları bölümlerde bulunabilir.

I I I

Tanısal değerlendirmenin ana amacı bir tanı ve tedavi planı saptayabilmektir. Tanı için bilgi yapılandırılmış görüşmelerden, ölçeklerden, günlüklerden ve bazen de psikofizyolojik testlerden toplanabilir.

Tanısal değerlendirmenin sonunda terapist ve danışanın nasıl ilerleyeceklerine dair uygun ve işe yarar bilgiye sahip olmaları gerekir. Tanısal değerlendirmenin sonuçları doğrudan tedavi planına öncülük eder.

Sunum 1.1
Anksiyete Atağı Günlüğü

Anksiyete ataklarında kendini gözlem için günlük

Bu form Margraf ve Schneider'ın kullandıkları günlükler temel alınarak hazırlanmıştır (1984). Günlük formuna ek olarak danışanlar bir semptom listesi alırlar. Numaralanmış olan semptomların kodlarını forma girmeleri beklenir.

Semptomlar ve kodları şöyledir: (1) nefes darlığı (2) kalp çarpıntısı (3) terleme (4) boğulma hissi (5) bayılma hissi (6) baş dönmesi, sersemlik veya sallanıyor hissi (7) göğüs ağrısı veya rahatsızlığı (8) titreme veya sarsılıyormuş hissi (9) ölüm korkusu (10) uyuşma veya karıncalanma hissi (11) delirme veya kontrolünü kaybederek bir şey yapma korkusu (12) sıcak ya da soğuk basması (13) bulantı veya abdominal rahatsızlık (14) gerçeklikten kopma veya bedenin bazı bölümlerinden veya çevredeki şeylerden ayrılıyor hissi (15) diğer (lütfen belirtiniz).

İsim: _____ Tarih: _____

Lütfen her anksiyete atağınızı yazınız (gerekirse arka sayfaya devam ediniz)

	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
Atak #1							
Başlangıç:							
Bitiş:							
Anksiyete (0-10)							
Öncesinde ne oldu?							
Neredeydiniz? Kiminle?							
Ne yapıyordunuz?							
Düşünceler?							
Bedensel algılar?							
Sonrasında ne oldu?							

	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
Atak #1							
Başlangıç:							
Bitiş:							
Anksiyete (0-10)							
Öncesinde ne oldu?							
Neredeydiniz? Kiminle?							
Ne yapıyordunuz?							
Düşünceler?							
Bedensel algılar?							
Sonrasında ne oldu?							
Lütfen her günün sonunda not alınız							
Gün boyunca ort. anksiyete düzeyi:							
Yorumlar							

Kaynak: Margraf. J., & Schneider, S. (1990). *Panik: Angstanfälle und ibre Bahanddlung.* Heidelberg: Springer-Verlag. Bu anksiyete atağı günlüğü aynı zamanda şu eserlerde de geçmektedir; Margraf, J. (1990). Behavior therapy. A. S. Ve M. Hensen (edis). *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (sayfa 144-175). New York: Wiley. Reprinted by permission oj John Wiley &Sons, Inc

Sunum 1.2
Aktivite Günlüğü

İsim: _____ Hafta Nosu: _____

Lütfen evinizden ayrılmanızı gerektiren her bir aktiviteyi evinize döner dönmez buraya yazınız (gerekiyorsa arka sayfaya notlar alınız)

Faaliyet		1	2	3	4
Tarih					
Zaman	ne zaman çıktı				
	ne zaman geri döndü				
Şirket	güvenilir kişi				
	diğer kişi				
	yalnız				
Aktivitenin Çeşidi	iş/ eğitim				
	alışveriş				
	arkadaşlar				
	akrabalar				
	boş zaman				
	hareket				
	ulaşım				
	diğer kişi				
Azami Anksiyete (1-10)					
Panik Atak	Hiç				
	Beklendik				
	Beklenmedik				

Formal tanı değerlendirmesi üç veya dört oturum alabilir. Ancak danışanın anksiyetesi hakkında bilgi orada son bulmaz. Danışanın rahatsızlığını azaltma çabası, anksiyeteyi neyin başlattığına ve sürdürdüğüne dair yeni anlayışları da kaçınılmaz biçimde beraberinde getirir.

Sunum 1.3
Hipervantilasyon Testi İçin Semptom Kontrol Listesi

İsim: _____ Tarih: _____

Lütfen aşağıdaki semptomlardan yaşadıklarınızı size uygun cevabı yuvarlak içine almak suretiyle işaretleyiniz

1-	Bedenin bazı bölümlerinde uyuşma veya karıncalanma hissi?	evet	hayır
2-	Terleme	evet	hayır
3-	Baş dönmesi, sersemleme ya da sallanıyormuş hissi?	evet	hayır
4-	Bedenin bazı bölümlerinde kaşıntı?	evet	hayır
5-	Ölüm korkusu	evet	hayır
6-	Bayılacak gibi hissetme? (Gerçekten bayılmanız gerekmez)	evet	hayır
7-	Boğulma hissi?	evet	hayır
8-	Boğaz ağrısı?	evet	hayır
9-	Titreme veya sarsılma?	evet	hayır
10-	Gerçek değilmiş veya gerçekten kopuyor hisleri?	evet	hayır
11-	Nefes darlığı?	evet	hayır
12-	Şiş dil?	evet	hayır
13-	Kalp çarpıntısı?	evet	hayır
14-	Göğüste ağrı, baskı, sıkışma veya rahatsızlık hissi?	evet	hayır
15-	Kontrolü kaybetme korkusu?	evet	hayır
16-	Kulaklarda yanma hissi?	evet	hayır
17-	Bulantı veya abdominal rahatsızlık?	evet	hayır
18-	Sıcak ya da soğuk basması?	evet	hayır
19-	Delirme korkusu?	evet	hayır
20-	Ağızda tatlı bir tat?	evet	hayır

Note: 4, 8, 12, 16 ve 20. maddeler kontrol maddeleri olup genellikle anksiyete ile ilişkili değillerdir. Ayrım yapmadan somatik semptom eğilimleri ölçme amacına hizmet ederler

Tablo 1.4
Çeşitli Anksiyete Bozukluklarına Terapötik Yaklaşımlar

Anksiyete Bozukluğu	*Terapötik Müdahaleler*	*Bölüm(ler)*
Panik Bozukluğu	Bilişsel atıfları yenileme, içsel uyarana maruz bırakılma, yüzleştirme	2, 3, 8
Agorafobi	Dışsal uyarana in-vivo maruz bırakma	*2, 8*
Sosyal Fobi	Maruz bırakma, bilişsel atıfları yenileme, sosyal beceri eğitimi (grup terapisi)	*3, 9*
Özgül Fobi	In-vivo maruz bırakma	2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Anksiyete yönetimi eğitimi, rahatlama teknikleri	4, 5
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	In-vivo maruz bırakma, tepki önleme, yüzleştirme, kayıtla yüzleştime	
Post-travmatik Stres Bozukluğu	Yüzleştirme, destek terapisi	

NOTLAR

S. 30, Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı'*nın dördüncü basımına dayanan tanılarla*: American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

S. 31, DSM'*nin üçüncü basımından beri*: American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.

S. 41, DSM-IV *için anksiyete bozukluklarının ayrımlaşması konusunda*: Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994).

Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Albany, NY: Graywind Publications.

S. 41, *ABGÇ-IV (Anksiyete Bozuklukları Görüşme Çizelgesi)*: Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*: Lifetime version (ADIS-IV-L). Albany, NY: Graywind Publications.

S. 45, *çok sayıdaki organik sendromların*: McCue, E. C., & McCue, P. A. (1984). Organic and hyperventilatory causes of anxiety type symptoms. *Behavioural Psychotherapy*, 12, 934-941.

S. 45, *Jacob ve Rapport (1984)*: Jacob, R. G., & Rapport, M. D. (1984). Panic disorder: Medical and psychological parameters. In S. M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety* (pp. 187-237). New York: Plenum Press.

S. 48, *Korku Anketi*: Marks, I., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 915-924.

S. 48, *Korku Araştırma Çizelgesi*: Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 2, 27-30.

S. 48, *Mobilite Envanteri*: Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 23, 35-44.

S. 48, *Agorafobik Bilişler Anketi ile Bedensel Algılar Anketi*: Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.

S. 49, *Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri*: Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and anxiety inventory (SPAI). *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35-40.

S. 49, *Sosyal Etkileşim ve Kendini İfade Ölçeği*: Dodge, C. S., Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1988). Evaluation of the social interaction self-statement test with social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.

S. 49, *Penn State Endişe Envanteri*: Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.

S. 49, *Endişe Alanları Anketi*: Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of non pthological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168.

S. 49, *PTSB Semptom Ölçeği*: Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.

S. 49, *PTSB Tanı Ölçeği*: Foa, E. B. (1995). *PDS™ (posttraumatic stress diagnostic scale™) manual*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.

S. 49, *Olay Etkisi Ölçeği*: Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

S. 50, *Maudsley Obsesif-Kompulsif Envanteri*: Hodgson, R., & Rachman, S. J. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.

S. 50, *Kompulsif Aktivite Kontrol Listesi*: Freund, B., Steketee, G. S., & Foa, E. B. (1987). Compulsive activity checklist (CAG): psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 67-79.

S. 50, *Beck Anksiyete Envanteri*: Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck anxiety inventory*. (Manual). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

S. 50, *Semptom Kontrol Listesi 90-R*: Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90 administration, scoring, and procedures manual-I for the r(evised) version*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.

S. 52, *Standardize olmuş protokol, altı noktayla açıklanır*: Margraf, J., & Ehlers, A. (1986). Erkennung und Behandlung von akuten Angsranfallen. In J. C. Brengelmann & G. Behringer (Eds.), *Therapieforschung für die Praxis* (pp. 69-98). München: Röttger.

2. BÖLÜM

MARUZ BIRAKMA TEKNİKLERİ

Brunna Tuschen ve Wolfgang Fiegenbaum

Biz, Margburg Üniversitesi psikoloji bölümünde ve Münster'de ayakta tedavi gören hastaların görüldüğü bir yerde çalışan iki klinik psikoloğuz. Araştırma ve uzmanlık konularımızdan biri anksiyete hastalarıyla maruz bırakma terapisi uygulamalarıdır. Maruz bırakmayı pek çok terapötik hedefe ulaşma amacıyla kullanıyoruz. Öncelikle maruz bırakma, danışanlarımıza anksiyetelerini çağrıştıran durumlarda gösterdikleri bilişsel ve duygusal tepkilerini keşfetme imkanı sunmaktadır. Danışanlarımıza daha mantıklı ya da akılcı düşünmeyi öğretmek yerine, dünyaya bakışlarını sınamaları için yardımcı oluyoruz. Panik bozukluğu olup da alışveriş merkezlerinden, metrolardan, trenlerden veya tünellerden korkanlar, korkularının oluştuğu yerlerde bu korkularla yüzleşmeleri sonucunda tehlikeli kavramını yeniden değerlendirirler.

İkinci olarak maruz kalma, korkmaya dair psikolojik ve fizyolojik alışkanlıkları düzenler. Danışanlarımız genellikle maruz olma sürerken anksiyetelerinde kademeli bir azalma olduğunu, titreme, terleme gibi fizyolojik anksiyete belirtilerinin de bu azalmaya eşlik ettiğini belirtirler. Üçüncü olarak maruz kalma danışana hem yeni oluşmakta olan hem de kalı-

cı hale gelmiş anksiyetelerle mücade etmede yeni bir yol sunar. Danışanlara inisiyatifi ele almalarını ve minör korkularda bile çabuk hareket ederek bunlarla yüzleşmelerini söyleriz çünkü korkulardan kaçmak durumun daha da kötüye gitmesine sebep olur.

Maruz bırakma terapisinin özelliklerinden biri, danışanlara sürecin gerekleri söylendiğinde çoğunun bunu korkutucu bularak hemen maruz kalmanın kendileri için imkansız olduğunu düşünmeleri, daha az göz korkutucu başka çareler olup olmadığını sormalarıdır. Bu yaklaşımın yüksek başarı oranını açıkladığımızda bile çoğu böyle korkutucu bir program için yeterli motivasyondan yoksundur. Yaklaşımımız, özel iletişim stratejileri ile danışanlarımızı ikna etmek, maruz bırakmanın avantaj ve dezavantajlarını karşılaştırmalarını sağlamak ve bu yaklaşıma bir şans vermeleri için bir ön anlaşma yapmaya çalışmaktır.

TEDAVİ AŞAMALARI

Deneyimlerimize göre, maruz bırakma terapisinin en etkin uygulaması için aşağıdaki aşamaların hepsinin dahil edilmesi gerekmektedir: Değerlendirme, terapi için danışanı hazırlama, yoğun maruz bırakma ve kendini kontrol. Terapinin bu çeşitli aşamalarını açıklayarak başlıyoruz;

Değerlendirme Aşaması

Bu aşamanın bir amacı danışanın sıkıntı yaşadığı anksiyete bozukluğunun türünü tam olarak saptayabilmek ve maruz bırakma terapisi için gereken bilgiyi sağlayabilmektir. Buna ek olarak maruz bırakma terapisinin gerekliliğini kararlaştırmaktır. Değerlendirme aşaması şu bileşenlere sahiptir;

- İlk konsültasyon
- *DSM* tanısal değerlendirmesi
- Tıbbi muayene
- Belirli psikolojik değerlendirmeler

Birinci Bölüm anksiyetenin değerlendirmesi için detay verdiğinden biz burada kısa bir özet sunuyoruz.

İlk konsültasyondan itibaren tanıdan çok güvenilir bir terapötik ilişki kurmaya odaklanıyoruz, bunu başarabilmek için özel bir terapötik iletişim stratejisi kullanıyoruz. Danışanın bilişsel ve duygusal sistemlerini iletişim amaçları için kullanırız. Bu şu demektir; danışanın tavırları, duyguları ve tereddütlerini tahmin ederek, sürece dahil olur ve danışanı anksiyetesine ilişkin konuşmaya cesaretlendirecek bilgi sağlarız. Bu stratejinin bir amacı, danışanın anksiyetelerini—tutumları, inançları ve değerleri ile uyumlu olmaları açısından—normal, anlaşılabilir ve akılcı olarak anlamlandırarak, duyguları ve düşünceleri tahmin edebilmek ve kelimeleştirebilmektir. Bu işlem danışanın anksiyetelerini "depatalojize" ederek daha açık konuşabilmesini kolaylaştırır. Daha da ötesi böyle bir strateji, danışanın sadece kendine özgü olma yanılgısına düşebileceği alışılmadık duygu ve düşüncelerine aşina olduğumuzu göstererek, kendimizi anksiyete bozukluğu uzmanları olarak sunmamızı sağlar.

Bu işleme iyi bir örnek; 38 yaşında panik bozukluğu olan Martin, bize araba, otobüs, tren gibi istediği zaman çabucak terkedemeyeceği yerlerde bulunmakta zorlandığı için gelmişti. Bu durumlarda kaldığında nefes alamama, terleme, kalp çarpıntısı gibi bedensel semptomlar ve ölüm korkusu yaşıyordu. Mümkün olan her fırsatta bu durumlardan kaçınıyordu. Korkuları ve kaçınmaları bir erkek olarak benlik kavramı ile uyumsuzdu. Hayatını kontrol altına alan, idare kuvvetine sahip bir adam olmak istiyordu. Psikolojik sınırlamaları hakkında konuşmaya isteksizdi. Martin'in terapisti olarak Wolf-

gang'ın öncelikli ihtiyacı, danışan için problemlerini tartışmanın kolay olacağı bir atmosfer yaratabilmekti. Buna ek olarak eğer Martin'e aniden ölmekten korkuyorsa o zaman tek yapabileceği şeyin zamanında tıbbi yardım alamayacağı yerlerden kaçınmak olduğu söylenerek varsayımları ve korkuları açısından bakıldığında kaçınma davranışına mantıklı bir yorum getirildi.

Olumlu bir ilişki ve atmosfer yapılandırıldıktan sonra danışan tıbbi muayeneye yönlendirilir. Maruz bırakma terapisi fizyolojik olarak stres verici olabileceği için danışanın fiziksel olarak yeterince sağlıklı olması önemlidir. Örneğin koroner arterin danışanı güçsüz bırakmadığına ve stabil olduğuna dair doktor onayı gerekir aksi takdirde maruz kalma terapisi kontrendike olabilir. Daha sonra danışana *DSM-IV* kriterlerine göre tanı koyacak yarı yapılanmış bir görüşme uygulanır. Genellikle yarı yapılanmış görüşmeler, detaylı bir bilişsel-davranışçı analiz için yeterli bilgiyi sunarlar ancak atipik anksiyete sorunları için ek analiz gerekebilir.

Tüm psikolojik değerlendirmelere dayanarak (danışanın kendini ifade ettiği testler bataryası dahil) danışanın anksiyete şikayetlerinin maruz kalmaya cevap verip vermeyeceğine karar veririz. Deneyimlerimize göre maruz kalmanın uygulanabilirliği çok geniş bir yelpazededir. Anksiyete bozukluğu onyıllardan beri devam ediyor da olsa, danışanın yaşı 60'ın üzerinde de olsa maruz bırakma terapisi etkin olabilir. Durumun ağırlığı tedavinin uygun olmadığını göstermez. Anksiyete uyandırıcı durumlardan üst düzeyde kaçınma davranışı olan ve bu durumlara yoğun somatik semptomların eşlik ettiği bireylerde en dramatik gelişmeleri gözlemledik. Diğer taraftan, anksiyetelerinin nedeni sosyal beceri eksiklikleri olan kişilere maruz bırakma terapisi yardımcı olmamaktadır. Bu kişiler için sosyal sorun çözme veya kendine güven veya atılganlık eğitimi daha yararlı olacaktır.

Hastayı Hazırlamak

Danışanı hazırlama fazının bir amacı, danışanla beraber çalışılarak, korkularının ortaya çıkışından bugüne kadar olan devam sürecinin açıklamasına dair makul bir model çıkarabilmektir. İkinci amaç danışanların bu modelin içeriğini düşünmelerini sağlayacak şekilde cesaretlendirerek gelecekte bu korkuların üstesinden gelmeleri yolunu açmaktır. Mümkün olduğunca kendimizi danışanlara ne yapmaları gerektiğini söyleyen otorite figürleri haline getirmiyoruz ve danışanların da bunu yapmalarına izin vermiyoruz. Bunun yerine açıklayıcı modelden türetilen prensiplerle hareket ederek danışanların hedeflerini oluşturmalarında ve bu hedeflerin planlamasında aktif olmalarını destekliyoruz. Aktif katılım, maruz kalma gibi korkutucu terapötik programlarda kişilerin motivasyonunu sağlama ve sürekli kılmakta anahtardır.

Sistem kabulü stratejimiz motivasyon sağlayıcı ve motivasyonu yükselticidir. Danışanın varsayımlarını ve inançlarını tartışmak yerine, temel inanç sistemlerini bizim bilim tabanlı etiyoloji ve terapötik değişimimizle kombine ediyoruz. Bu nedenle, danışanların bizimle beraber geliştirdikleri bireysel neden modellerinin belirli özellikleri vardır. İlk olarak modelin danışanın bilişsel-duygusal sistemiyle uyumlu olması gerekir. İkinci olarak durumun aksi birkaç deneyimle güvenilmez bir hal almaması için (istisnalar kaideleri bozmaz) formülasyon çok katı olarak yapılandırılmamalıdır. Üçüncü olarak değişim için uygun bir beklenti içermelidir. Dördüncü olarak ise danışanın aklına yatmalıdır. Bu dört özelliğin üzerinde aşağıdaki paragraflarda durulmuştur.

Uyum/Uygunluk (Compatibility): Bilişsel tutarlılık teorilerine göre, bireyler genellikle bilişlerini organize edebilmek (bunlar inançlar, değerler ve atıflardır) için doğal olarak çaba gösterirler. Danışanların temel inançlarıyla çakışan bilgi biliş-

sel uyumsuzlukla sonuçlanır. Bu durum ya danışanın inançlarını değiştirmesine ya da terapistin açıklamalarına şüpheyle yaklaşmasına neden olur. Bu, aşağıdaki örnekte olduğu üzre özellikle din gibi kişisel anlamı olan durumlarda doğru ve esastır.

32 yaşındaki Arthur bize panik ataklarına ilişkin yardım almaya gelmişti. Tanıdığı çoğu insanın Romen Katolikleri olduğu küçük bir kasabada yaşıyordu. Kendisi de bir Katolik olan Arthur panik ataklarının karısını tekrar tekrar aldattığı için kendisine Tanrı tarafından verilen bir ceza olduğuna inanıyordu. Bu nedenle psikolojik tedavinin başarılı olacağına dair kuşkuları vardı. Danışanı, Tanrının bağışlayıcı olduğu ve bu yüzden Arthur'un hayatının panik ataklarla mahvedilmesine istekli olmayacağını düşünmesi için cesaretlendirdik. Bu öneriyle beraber Arthur, terapiyi Tanrının izniyle panik ataklara karşı savaşması için bir meydan okuma olarak gördü. Bu yeni yorumla, maruz kalma terapisine katılmak için son derece motive olmuş duruma geldi.

İstisnalar Kaideleri Bozmaz: Korkuların gelişimi ve sürmesine yönelik geliştirdiğimiz modeller ve bu korkuların üstesinden gelinmesi için hazırlanmış modeller terapinin gidişatına göre uygulanırlar. Bu nedenle de modellerin varsayım ve öngörülerine uygun olmayan tek bir deneyimle doğru olmadıkları kanaatine varmamak çok önemlidir. Bunu başarabilmek için, varsayım ve öngörüleri çok katı olarak oluşturmaktan kaçınıyoruz. Örneğin, eğer bir danışanın anksiyetelerinin üç ya da dört seanstan sonra azalacağını kesin olarak öngörürsek, danışanın gelişim için daha fazla zamana ihtiyacı olması durumunda güvenilirliğimiz sarsılır. Öngörüleri olasılıksal olarak formüle etmek daha iyidir. Bir psikolojik öngörü, matematik ya da fiziktekilerin aksine her bir birey ve durum için doğru ya da yanlış olarak değişkenlik gösterebilir. Örneğin, danışanlarımıza, danışanlarımızın yüzde 80'ninin yoğun bir maruz kalma programı ile iki haftadan kısa bir sürede başarıyla teda-

vi olduklarını söyleriz. Aynı zamanda, bazıları için terapötik hedeflerine ulaşma süresinin iki haftadan fazla olduğunu bazılarınınsa bu programdan yararlanamadıklarını da bilmelerini sağlarız. Ayrıca danışanlara terapötik başarının onların ne kadar katılımcı oldukları ve terapinin kişisel hedeflerine ne kadar uygun olduğu gibi faktörlere bağlı olduğunu açıklarız.

Deneyimlerimize göre, danışanın şüphelerini otoriter bir tavırla bastırmayı denemek yararlı değildir. Bunun yerine danışanın bakış açısını ciddiyetle ele almak ve danışanın probleminin açıklaması için en uygun modelin ne olduğu konusunda kapıyı aralık bırakmak çok daha iyidir. Terapistin önerilerini denemenin değip değmeyeceği konusundaki kararlar danışana ait olmalıdır. Aynı zamanda terapötik işlem yarı deneysel olduğu, modele ait bazı testler yapılmadan kesin kararlar alınamayacağı için biz terapistler de acil başarı için daha az baskı altında oluruz.

Değişim İçin Uygun Beklenti: Danışanların terapötik motivasyonları ve rızalarına ilişkin bir başka önemli etki, modelin, değişimin nasıl oluşacağına dair, içeriğidir. Küçük çocukluktaki bağlanma azlığının vurgulanması ya da psikolojik bozukluktaki temel etiyolojik faktörler gibi modeller, danışanların ciddi şekilde dengesiz, rahatsız insanlar olduklarını düşünmelerine yol açar. Bu nedenle de değişimin, eğer gerçekleşecekse, ancak yıllar süren psikoterapilerden sonra olacağı sonucuna ulaşabilirler. Bu bakış açısı danışanları karamsar ve terapi için motivasyonsuz duruma sokabilir. Daha olumlu açıklamalar, anksiyetede kaçınmanın rolü gibi, danışanlar tarafından doğrudan erişilebilir ve değiştirilebilir nedensel mekanizmaları vurgurlar.

Danışanın Aklına Yatması: Danışanın etiyolojiye ve terapiye ilişkin açıklamaları akla yakın bulup bulmayacağına dair önemli noktalar açıklandı; model danışanın kişisel inançları-

na (uyumluluk/uygunluk) uydukça ve model danışanın deneyimlerine benzerlik gösterdikçe (istisnalar kaideleri bozmaz) daha akla yatkın görünecektir. Böylece de terapinin güvenilirliği artacaktır.

Buna ek olarak, eğer modelin yapılandırılması esnasında danışan sürecin aktif bir parçası haline gelirse o modeli daha ikna edici bulacaktır. Bu düşünce deneyine ait kritik bir çalışma terapist Wolfgang ve agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğuna sahip bir danışan olan Barbara arasındaki diyologta örneklendirilmişir.

Wolfgang: Henüz yapmadığını biliyorum ama eğer metroya veya trene binseydin ya da asansörü kullansaydın ne olurdu? Sadece bir düşünce çalışması olarak, eğer metroda saatlerce yolculuk etmek zorunda kalsaydın ne olurdu hayal eder misin?

Barbara: Korkunç olurdu. Bunu yapmazdım.

Wolfgang: Bunun senin için son derece anksiyete uyandırıcı olduğunu çok iyi anlıyorum ve bunu herhangi bir zamanda yapıp yapmayacağını da bilmiyorum. Ama sadece olasılığı düşünmeni istiyorum. Ne olurdu sence?

Barbara: Korkunç olurdu. Bununla başa çıkamayacağıma eminim. Kalbim deli gibi çarpardı ve ölmekten korkardım.

Wolfgang: Bu mümkün. Bu durumla başa çıkamamaktan korktuğunu ve güçlü anksiyete tepkileri vereceğini biliyorum. Bu anksiyete tepkilerinin yoğunluğunu nasıl oranlardın? Örneğin 0'ın hiç anksiyete yok, 100'ün maksimum anksiyeteli olduğu bir ölçekte buna kaç verirdin?

Barbara: En az 100!

Wolfgang: Yani anksiyeten 100'ü vururdu. Peki, düşünme deneyimizde biraz daha ileri gidelim. Farzet ki metroyla uzun bir süre gitmeye zorlandın, yani 3, 4 saat belki

daha fazla. Sence anksiyetene o zaman ne olurdu? Aynı mı kalırdı, azalır mıydı, aşağı yukarı dalgalanır mıydı?

Barbara: Sanırım yoğunluk aynı derecede kalırdı...(Barbara daha düşünceli hale gelmişti ve Wolfgang bu durumla ilgili kendi kendine dikkatlice düşünmesi için onu cesaretlendirdi. Bir süre sonra Barbara devam etti.) sanırım sonunda yorulurdum ve belki de kalp atışlarım birazcık yavaşlardı.

Wolfgang: Genellikle fizyolojik anksiyete tepkileri çok uzun süre yüksek düzeyde kalamaz. Kalp atışlarının yavaşlayacağını düşünmek mantıklı.

Düşünme deneyleri danışana değişimin basamak basamak olabileceğini keşfetme imkanı verir. Aktif olarak katılımcı danışanlarla terapist çok daha akla yatkın bir değişim sunabilir.

Maruz Kalma Terapisinin Yoğun Aşaması

Maruz kalma terapisinin basit mantığı, danışanları onlarda anksiyete uyandıran durumlara, anksiyeteleri azalma gösterene dek maruz kalmaları için cesaretlendirmektir. Panik atak ve agorafobi sorunu olan danışanlar, kontrolü kaybetme, kalp krizi geçirme veya delirme korkuları azalmaya ve sonunda kaybolma noktasına gelinceye dek korkularıyla aktif olarak yüzleşmeye cesaretlendirilir (kalabalık alışveriş merkezlerinde alışveriş yapmak, sık sık kalabalık sinemalara gitmek, alışık olunmayan yerlerde yürümek, otobüsle veya metroyla yolculuk yapmak ve kapalı alanlarda kalmak gibi). Sosyal fobik danışanlar, daha rahat olana ve aşağılanmak korkuları azalana kadar, konuşma yapmak, grup tartışmalarına katılmak veya flört etmek gibi sosyal durumlarla yüzleşmelidirler. Sürekli el yıkamak gibi kompulsiyonları olan danışanlara bu ritüllerine izin vermemeleri ve kendilerini mikroplarla temas etmekten korktukları ortamlara sokmaları öğretilmelidir. De-

neyimlerimize göre maruz kalma terapisindeki değişim; direkt yüzleştirme, uzamış ve tekrarlı maruz bırakma ve tepkilerin engellenmesi ile kolaylaşmaktadır.

Direkt Yüzleştirme. Danışanlar, anksiyetelerini ortaya çıkaran belirli uyaranla mümkün olduğunca doğrudan yüzleştirilmelidir. Genellikle danışanı korktuğu uyarana gerçek hayat şartlarında maruz bırakırız. Deneyimlerimize göre bu şekilde maruz bırakma anksiyete reaksiyonlarının genellikle fizyolojik, davranışsal ve bilişsel öğeler de dahil olmak üzere çok yönlü aktive olmasına neden olur. Ancak gökgürültüsü korkusu ya da kan görecek şekilde yaralanma fobisi gibi bazı anksiyete sorunlarında fobik uyaranı doğal çevrede bulmak kolay değildir. Bu söz konusu olduğunda danışanı, ilgili korkuyu gösteren bir filme bakmak gibi, yapay, hayali veya aslına benzer durumlara maruz bırakırız.

Uzamış ve Tekrarlı Maruz Bırakma. Danışanlar anksiyeteleri belirgin biçimde hafifleyene dek uzun sürelerle korktukları durumlarda kalmalıdırlar. Tekrar tekrar bu durumlarla yüzleşmelidirler. Maruz kalmanın süresi anksiyete semptomlarının ne kadar zamanda azalacağına bağlıdır. Maruz kalma seansları aralıklı veya yoğun olarak sürdürülebilir. Aralıklı olduğunda aşağı yukarı haftalık görüşmeler yapılır. Yoğun formda ise günde 8-10 saat olmak üzere 5-12 başarılı gün boyunca devam eder. Biz yoğun formu tercih ederiz çünkü beklenen anksiyeteyi minimize eder ve anksiyete semptomlarını spontan olarak toparlar dolayısıyla da daha çabuk başarı sağlanır.

Uzamış maruz kalmaya yönelik önemli bir soru danışanların en az korktukları durumlarla başlayıp yavaş yavaş en çok korktuklarına doğru gitmenin (dereceli) mi, yoksa direkt en çok korktukları durumla yüzleşmeleriyle mi başlamanın (derecelendirilmemiş veya yoğun) daha doğru olduğudur. Birinci prosedür daha ihtiyatlıdır ve hem danışanlar hem de terapist-

ler tarafından daha fazla kabul görür. Ancak klinik çalışmalar doğrudan en çok korkulan durumla yüzleşmenin daha başarılı olduğunu göstermektedirler. Bu bulgunun akla yatan açıklaması, aniden en büyük korkularıyla yüzleşen danışanların nükslerle baş etmelerini yardımcı olan davranış kurallarını ve korktukları uyarana kendilerini maruz bırakırken güçlü durmayı, kaçınma davranışını bastırmayı öğrenmeleridir.

Derecelendirilmemiş yüzleştirme terapisine 5 yıl önce katılmış olan bir danışan örnek grubuna bu terapötik deneyimden hangi prensipleri öğrendikleri sorulduğunda yaklaşık %75'i "anksiyetenin kaybolması için gereken süre ne kadarsa, kendini o kadar süre korkulan duruma maruz bırakma"nın anksiyetelerini kontrol etmede en önemli kural olduğunu söylemişlerdir. Bu kural, kaçınma davranışına çok az yer bırakarak terapinin uzun dönem etkinliğine yardımcı olur.

Tepkilerin Engellenmesi. Bilişsel kaçınma da dahil olmak üzere, terapist, kaçınma tepkilerinin her türlü formundan vazgeçirici olmalıdır. Kaçınmayı önlemek için, danışanın korku verici uyarana ilişkin dikkatine ve uyarandan bahsederken ortaya çıkan duygu ve düşüncelerine odaklanırız. Korktukları bir durumda onlara eşlik ederken bizi alakasız bir konudan söz etmeye çekmelerini engelleriz, böylece maruz kalma etkisinin indirgenmesini ve dikkatin dağılmasını engelleriz.

MONICA

36 yaşında örümceklerden dehşete düştüğü için bize gelen Monica, maruz bırakma terapisinin üç ana öğesi için iyi bir örnektir. Monica, eğer evde bir örümcek görürse o kadar korkuyordu ki günlük hayat rutinine devam edemiyordu. Örümceği gördüğü odanın kapısını hemen kapatıyor ve kapının etrafındaki boşlukları yapışkan bantlarla kapatmaya çalışıyordu. Günün geri kalanında aklı örümcekler hakkın-

da korkunç düşüncelere takılıyordu. Kocası işten eve döndüğünde, onu odaya sokup örümceği bulana kadar bütün mobilyaları oynatması ve bulup öldürmesinde ısrar ediyordu. Ama kocası örümceği bulup öldürse bile, bu sefer eve başka örümceklerin girmiş olacağı konusunda endişe yaşıyordu. Örümceklere duyduğu bu aşırı korku Monica'yı gittikçe depresif hale getiriyordu çünkü beş yaşındaki kızı Lisanne'ye iyi bir anne olamadığını hissediyordu. Kızına kötü örnek olacağını kızının da korku dolu olacağını düşünüyordu.

Monica'nın kocası orman korucusuydu ve aile yıllarca ormanda bir kulübede yaşamıştı. Bölgede bolca örümcek olduğu için kulübeye girme ihtimalleri de oldukça yüksekti. Örümcek korkusu Monica'nın hayatını gittikçe daha fazla işgal ettiğinden artık orada yaşamak istemiyordu. Özellikle örümceklerin daha az olduğu şehirde yeni bir evde yaşamalarının daha relaks olması konusunda yardımcı olacağını düşünüyordu. Böylece Monica ve kocası şehirde yeni bir ev yaptırmaya karar verdiler ve bu karar Monica'yı çok sevindirdi. Yeni eve örümcekler giremesin diye eski eve oranla kapıların ve pencerelerin çerçevelerine daha iyi oturacak şekilde yapılması gibi öneriler getirmeye başladı.

Ne yazık ki taşınmak yeni stresleri de beraberinde getirdi. Taşınmanın kendisi zorlayıcıydı çünkü Monica ailenin sahip olduğu her şeyin, kitaplar da buna dahil, yeni eve getirilmeden önce örümcek kontrolünden geçirilmesini istiyordu. Kocası şehirde orman koruculuğu yapamayacağı için yeni iş bakması gerekti. Artık altı yaşına gelip okula başlayan Lisanne çok utangaç hale geldi ve okulu sevmedi. Monica bunu ciddi bir sorunun başlangıcı olarak yorumladı ve bundan kendini sorumlu hissetti. Daha da kötüsü şehirdeki yeni eve rağmen Monica'nın korkusu azalmadı. Tabii söylemeye gerek yok bu durum aile için büyük hayalkırıklığı oldu. Bu noktada Monica profesyonel yardım alması gerektiğini fark etti ve kliniğimize geldi.

Tıbbi kontrol, psikolojik değerlendirme ve danışan hazırlık fazından sonra Monica maruz kalma programımıza başladı. Bu vakada Wolfgang terapistti, doktora öğrencisi olan

Corinna ise onu asiste ediyordu. (Okurun şunu bilmesi önemlidir, bu terapinin gerçekleştiği Almanya'da hayvanat bahçeleri dışında zehirli örümcek yoktur. Monica bunu defalarca duymuştu ve sonunda örümcek korkusunun tamamen akıldışı olduğunu fark etmişti). Terapinin ilk günü Monica duvarlarında örümceklerin dolaştığı dar, karanlık bir odaya girmeye ve örümceklerin nerelerde olduğuna bakmaksızın duvarlara dokunmaya cesaretlendirilmişti. Bu ödev onun için son derece anksiyete vericiydi ve hıçkırıklara boğuldu. Wolfgang ödevini yapması için onu cesaretlendirdi ve anksiyetesi azalmadan odadan çıkmamasının zorunlu olduğunu anımsattı. İki saat sonra çok fazla korku duymadan duvarlara dokunabilmeye ve sırtını duvara yaslayabilmeye başladı. Daha sonra Wolfgang ve Corinna onu küvette dolaşan 20 örümceğin olduğu bir odaya aldılar. Örümceklerin hareketlerini tasvir etmesi ve küvete kollarını koyması istendi. Büyük siyah örümceklerin ona doğru hareket ettiklerini gördüğünde anksiyetesi yine arttı. Bu durumda bir saat kaldıktan sonra daha rahatladı ve örümceklerin ellerinden ve kollarından kaçmak için koştuklarını fark etti. Örümceklerin ne hissettiklerini merak etti ve onlara bir parça sempati duydu. Daha sonra terapistler Monica'yı örümceklerin küvetten çıkmalarına yardım etmesi için cesaretlendirdiler. Beklendiği gibi bu Monica'nın anksiyetesini tekrar yükseltti. Wolfgang ve Corinna örümcekleri izlemesini istediler ve güvence vermek yerine örümceklerin nerede oldukları ve nereye gidecekleri ne dair gelişigüzel hareketleri konusunda korkusunu kelimelere döktüler. Yaklaşık bir saat sonra Monica'nın anksiyetesi yine azalma gösterdi.

Kısa bir aradan sonra bir sonraki egzersize geçildi; Wolfgang ve Corinna Monica'nın evine giderek bir torba dolusu örümceği serbest bıraktılar. Terapistin önerisiyle kocası ve kızı üç günlüğüne evden ayrıldılar. Monica o kadar yüksek sesle ağladı ki komşusu endişeyle ne oluyor diye merak ederek geldi. Monica'nın o şekilde ağlamasını duymak terapistler için kolay değildi ancak dışarı çıkmasını söylemek ya da onu rahatlatmak gibi davranışlarının terapiyi baltalayacağını bildiklerinden bu dürtülerini bastırdılar. Maruz bırakma

programı devam etti. Monica sonunda yorgun düştü ve anksiyetesi da azalma gösterdi. O akşam, Wolfgang eve giderken Corinna Monica'da kaldı ve aynı odada uyudu. Corinna, Monica'nın anksiyetesini normalde kontrol etmek için yaptığı davranışlardan kaçınması için onu destekledi. Örneğin ışıkları açık bırakmaktan ve örümcekleri kontrol etmekten vazgeçirdi. Monica o gece iyi uyuyamadı ancak bu kadar zor terapötik çalışmaları başarıyla yapabildiği için kendisiyle gurur duyuyordu.

Bundan sonraki dört gün bu ve buna ek bazı alıştırmalarla geçti. Örneğin, terapistler Marburg Üniversitesi biyoloji bölümünden büyük bir örümcek ödünç aldılar. Monica'nın ilk ödevi onu cam kavanoz içinden incelemek ve detaylı olarak betimlemekti. Sonra kavanozu kaldırarak pek çok kez yerini değiştirdi. Önce elleri titrediği için camı düşürüp kıracağından çok korktu fakat sonra bu ödevi başarıyla yerine getireceğine ikna oldu. Terapinin üçüncü gününden sonra Monica kendi yüzleşme alıştırmalarını planladı ve başlattı. Terapistler kendi kendine mümkün olduğunca alıştırma yapmasını destekledi ve daha sonra da bu alıştırmaların üzerinde konuştular. Maruz kalma terapisinin beşinci gününde örümcek korkusu başarıyla tedavi edildi. Bir ve beş yıllık izlemelerinde Monica terapötik kazançlarını korumaktaydı.

TERAPİDE MOTİVASYONU ARTIRMAK İÇİN STRATEJİLER

İlk önce en çok korkulan duruma maruz kalmak (flooding), anksiyete uyandırıcı durumların derecelendirilmemiş sırayla toplu olarak yüzleştirildiği bir maruz kalma versiyonudur. Yüksek seviyede etkindir ancak erken vazgeçişlerle sonuçlanabilir. Danışanın bakış açısına özel bireysel bilişsel müdahale genellikle bu vazgeçişleri önleyebilir.

Örnek olarak, 25 yaşındaki yüksekten, kapalı yerlerden ve kalabalıktan korkan agorafobik Susan'ın ilk terapi gününün ağır programı gösterilebilir.

Brunna sabah sekizde Susan'ı alır, Susan 2 kapılı bir arabanın sıkışık arka koltuğunda oturmaktadır ve bu şekilde 2 saat gezerler.
Dar ve karanlık kapalı bir odada kalır (bir saat)
Trenle yolculuk yapar (2 saat)
Çok kalabalık bir kafeteryada yemek yer (45 dk)
Cologne Katedrali'nin tepesine çıkan dışarıdaki dar uzun merdivenine tırmanır (90 dk)
Bir kabloyla bağlı olmayan balonda şehir üzerinde gezer (1 saat)
Geniş mağazaların içinde yürür (90 dk)
Cologne Televizyon Gökdeleninin asansörüne tekrar tekrar biner ve tepede manzaraya karşı durur (1 saat)
Bir restorantta yemek yer (1 saat)
Gece bir otelde kalır

Terapinin ilk günü beklendiği üzere Susan için son derece anksiyete vericiydi ve günün sonunda çok bitkindi. Ertesi sabah bu tür bir terapiye devam etmek isteyip istemediğine dair güçlü şüpheleri olduğunu ifade etti. Brunna onunla sıcak ve empatik bir tarzda konuşarak terapiyi bırakmasının sonuçlarını düşünmeye cesaretlendirdi. Konuşmaya Susan'ın tepkilerinin tipikliğinden bahsederek başladı. Bu, Susan'ın bitkinliğini ve tüm bu stresin altından kalkmaya ilişkin şüphelerini depatalojize etme amacına hizmet ediyordu. Konuşma alternatiflerin içeriklerini aydınlatmakla devam etti. Terapiyi bırakmanın olumsuz sonuçları Susan için özellikle göze çarpıcı hale geldi. Sonuç olarak terapiye devam etti ve terapi başarıyla sonuçlandı.

KENDİNİ YÖNETMEK TEDAVİNİN SON AŞAMASI

Terapiden edinilen kazançları sürekli kılmak için danışanlarımızı kendilerinin terapistleri olmaya cesaretlendiriyoruz. Yoğun aşamada yapmaya başladıkları gibi, korktukları durumlara kendilerini devamlı olarak maruz bırakmaları gerekmektedir. Eğer terapi yoğun versiyonda uygulanmışsa, kişinin kendi kendine yaptığı egzersizler zaten terapinin ikinci gününden itibaren başlar. Danışanlarımızı ödevlerine hazırlamak amacıyla hangi durumlarla yüzleşmeleri gerektiğini, dikkatlerinin dağılmasından nasıl kaçınacaklarını ve korktukları durumda ne kadar kalmaları gerektiğini anlatıyoruz.

Terapist tarafından yönlendirilen terapiden kişinin kendi kendine yapacağı terapiye geçişi kolaylaştırmak için ilk zamanlarda yolda araba kullanmak, tren veya metroyla yolculuk etmek veya alışveriş merkezlerine gitmek gibi aktivitelerde danışana eşlik etmek yardımcıdır. Ancak terapist yanındayken bir ödevi tamamlayabildiğinde danışan bu sefer aynı şeyi terapist alışveriş merkezinin önünde, restaurantta veya metro istasyonunda beklerken tek başına gerçekleştirmelidir. Danışan kaçma davranışı gösterdiğinde veya korkulan durumdan vaktinden önce uzaklaştığında, ona hemen yüzleşme görevini tekrarlaması yönünde yönerge vermelisiniz.

Sonunda danışanınızla daha nadir görüşmeye başlayabilirsiniz. Terapötik kontak telefonla sürdürülebilir. Terapinin bu son fazında relapslarla (nüksetme) başa çıkmak terapötik oturumların en temel başlığı haline gelir. Genel bir strateji, relapsları, terapide öğrendiklerine ilişkin pratik yapmak için bir meydan okuma olarak yorumlayarak depatalojize etmektir. Bu relapslar terapinin uzun dönemde başarısız olduğunu göstermez. Nihai başarı için önemli olan, danışanların biricik kuralı yani anksiyeteleri azalana dek korku duydukları durumlara maruz kalmayı aktif olarak tekrarlamalarıdır.

Son olarak farklı tedavi fazlarına yaklaşımlarımızı örnekleyen daha kapsamlı bir vaka sunuyoruz.

ROBERT

32 yaşındaki bilgisayar programcısı Robert beş yıldır panik ataklardan yakınıyordu. Öncelikli olarak korktuğu şey kalp krizi geçirmekti bu nedenle de içsel algılarına karşı çok hassastı. Sıkça nabzını sayıyor ve anlık bir yükselme farkettiği anda anksiyeteli hale geliyordu. Kalbinin çok yavaş attığı kanısına vardığı zaman yine endişeleniyordu. Sıklıkla bisiklete biniyor, koşuyor, cimnastik yapıyor ve fiziksel durumunu dikkatlice gözlemliyordu. Bisiklete binerken nefes nefese kalmayı bir kalp hastalığı işareti olarak yorumlamıştı. Spor yaparken ya da sonrasında göğüs ağrısının olması onu o kadar rahatsız ediyordu ki bir doktora danışıyordu. Pek çok kez acil servisi aramış ve acil servis kardiyolojik sorun şüphesiyle eve ambulans göndermişti. Hiçbir tıbbi kontrol (ki buna çok sayıda kardiyolojik testler de dahildi) semptomlarına neden olabilecek bir anormallik bulmamıştı ancak Robert bir kalp sorunu olduğu konusunda ısrarcıydı. Ya doktorlar doğru testi henüz yapmamışlardı ya da test sonuçlarından doğru sonuçlara ulaşamıyorlardı. Bu inancı ona göre gerçek ve hayatını tehdit eden her yeni "kalp krizi" ile güçleniyordu.

TARİHÇE

Fiziksel sağlık endişeleri Robert çocukken ailesinin odak temasıydı. Babası da fiziksel temeli olmayan ani "kalp krizlerinden" yakınıyordu. Robert okuldan geldiğinde başında doktorla babasını yatarken gördüğü zamanları hatırlıyordu. O zamanlarda annesi de kocası ölüyor korkusuna kapılıyordu. Bütün bunlara ek olarak Robert'in annesi de gayet sağlıklı olmasına rağmen hasta olmaktan korkuyordu. Düşünceleri hastalık ve ölüme odaklandığında depresif ruh haline giriyordu. Bütün bunlar aile için stres vericiydi.

İlk panik atağından birkaç ay önce, Robert işi ve ailesinden kaynaklanan strese girmişti. Ailesine duyduğu saygıyla artık çocuk isteyip istemediğine dair bir karar vermesi gerektiğini hissediyordu çünkü eşi bu kararı daha fazla geciktirmek istemiyordu. Robert çocuk istiyordu ama çocuğun hayat boyu getireceği sorumluluktan korkuyordu. İşle ilgili olarak ise, bir sağlık sigortası şirketi için büyük bir projenin başında görevlendirilmişti, proje zor ve zaman alıcıydı. Yeni teknolojileri öğrenmesi ve takımındaki kişilerarası sorunlarla baş etmesi gerekiyordu.

Robert'in ilk "kalp krizi" iş yerindeki zorlu bir günden sonra olmuştu. Bitkin bir haldeydi ve rahatlamak için sıcak bir duş almaya karar vermişti. Duştan çıktıktan sonra kendini halsiz hissediyor ve başı dönüyordu. Kalbi hızla çarpıyordu ve gittikçe daha çok terliyordu. Aklına kalp krizi geçirdiği ve öleceğine dair fikirler geldi. Karısına seslendi ve karısı hemen acil servisi aradı. Ambulansla hastaneye götürüldü ve tıbbi muayene yapıldı. Sonuçların hiçbiri bir kalp krizi teşhisini göstermiyordu. Doktorların beklentilerinin aksine bu durum Robert'i rahatlatmadı çünkü ona ne olduğunu açıklamıyordu. Bu noktadan sonra Robert sağlığı ile aşırı ilgili hale geldi ve dikkatini bedenine yönelik algıları üzerinde toplamaya başladı.

HASTALIĞIN GİDİŞATI

Bu olaydan sonra hemen tıbbi yardım alamayacağı durumlarda çok endişeli olmaya başladı. Karısının kendinden önce evden çıkacağı ya da hafta sonu için evde olmayacağı konularında endişeleniyordu. Böylelikle evden çıkma sırasına dikkat etmeye ve karısı hafta sonu yoksa cumartesi pazar arkadaşlarında kalmaya başladı. Yoğun bir trafikte kaldığında ya da tanımadığı bir yerde kaldığını hissettiğinde çok yoğun anksiyete yaşıyor ve öleceğini düşünüyordu. Korkularına ve kaçınmalarına rağmen işinde aktif kalmaya ve iş yerine arabasıyla gitmeye devam etme mücadelesi veriyordu. Araba kullanırken yalnızdı ancak büyük bir gerilim yaşıyordu. Ana

yollardan ziyade ara yolları seçiyordu çünkü aciz hissetmeye başlarsa bu yollarda geri dönmenin ve durmanın daha kolay olduğunu fark etmişti.

Anksiyete semptomları, kalp hastalığı hakkında bir makale okuduğunda ya da özellikle kendi yaşına yakın insanların kalp hastalıklarından öldüklerini duyduğunda ya da okuduğunda tetiklenebiliyordu. Robert sağlıksız alışkanlık ve davranışlarının da farkına varmıştı. Sigara kullanımını ve alkol alımını sınırlandırmıştı. Geçmişteki sigara kullanımının sağlığına uzun dönem etkilerinden endişe ediyordu. Bir iş arkadaşı sigara kullanımının kalbe etkileri konusunda bir gazete makalesi verdiğinde, bu bir panik atağa neden olmuştu.

TANISAL AŞAMA

Robert sayısız muayene ve test yaparak şikayetleri konusunda hiçbir organik nedene rastlamayan doktoru tarafından bize yönlendirildi. Kapsamlı psikolojik değerlendirmelerimiz sonucu birincil izlenimimiz tanının agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk olarak konulabileceğiydi.

TERAPİ İÇİN DANIŞANIN HAZIRLANMASI

Öncelikle hastalığa neden olabilecek faktörleri tanımlamaya çalışarak başladık. Bunu mümkün olduğunca somut yapabilmek için Robert'tan kağıt üzerinde muhtemel faktörlerin diyagramını yapmasını istedik. Panik bozukluk hakkında kendi bilimsel bilgimizle birlikte Robert'ı kendi fikirlerini aktarmasına cesaretlendirdik.

Robert'tan sağlığına dair şiddetli anksiyetelerinin kökenlerinden birinin de aile geçmişi olabileceğini düşünmesini istedik. Annesinin hasta olmaya ilişkin anksiyetesiyle beraber babasının hastalığının, kendi fiziksel sağlığına ilişkin bu kadar sık endişelenmesini açıkladığını anladı. Panik atakları başladığında hangi stres faktörlerinin onu etkiliyor olduğunu tanımlaması için onu destekledik. Daha sonra bu stres faktörlerinin Robert'ın psikolojik düzeylerini dalgalandırıyor

olabileceği üzerinden giderek bedensel fonksiyonlarının daha kolay farkına varması üzerinde çalıştık. Aile deneyimleri Robert'ı somatik algılarını hastalık olarak yorumlamasına yatkın hale getirmişti. Buna ek olarak düşünce deneyi metodumuzu kullanarak zorlu bir günün sonunda alınan sıcak duşa karşı beden tepkileri üzerinde düşünmesini istedik. Bu şartlar altında baş dönmesi ve halsizlik hissinin fiziksel sağlığı iyi durumda olan insanların da başına gelebileceği sonucuna vardı.

Korkularının devam etmesi ve üstesinden gelememesini hangi faktörlerin açıklayabileceği üzerinde de çalıştık. Fizyolojik algılarını sürekli kontrol ediyor olmasının fizyolojik reaksiyonlara neden olup olamayacağını ve daha sonra da bu fiziksel algıları tehlike işaretlerine dönüşmüş olarak algılaması ihtimalini düşünmesini istedik. Robert kendini gözlemenin kalp atışının hızlanması gibi fizyolojik reaksiyonları etkileyebileceğini entellektüel düzeyde kabul etse de, kendi durumundan bu fizyolojik faktörlerin sorumlu olduğuna ikna olmamıştı. Bu nedenle bir terapötik egzersiz başlattık, buna göre Robert göz kırpmalarına konsantre olacaktı ve ne sıklıkta göz kırptığını izleyecekti. Kısa bir zaman sonra çok sık göz kırpmaya başladı, bu onu etkilemişti çünkü daha önce böyle bir semptom yaşamamıştı. Bu deneyim "kalp rahatsızlığının" bu tür mekanizmalarla açıklanabilme ihtimali olduğunu kabul etmesine yardımcı oldu. Son olarak kaçınma davranışının anksiyetelerinin devam etmesi üzerindeki rolünü konuştuk.

Robert'in şikayetlerine temel hazırlayan ve devam etmesine neden olan faktörlerin modelini geliştirdikten sonra (bu yaklaşık bir saatimizi aldı) terapötik değişim için içeriğini konuştuk. Bu ek olarak bir saatimizi daha aldı. Robert'ın psikolojik terapistlere karşı şüpheciliğini aklımızdan çıkarmadık ve örneğin konuştuklarımıza rağmen fizyolojik nedenlere dayalı ve doktorların bulamadıkları kalp sorunları olabileceği konusunda onunla hemfikir olduk. Bu durumda psikolojik terapinin başarısız olacağını ve kardiyak hastalıkları için

konunun uzmanlarına tekrar dönüş yapmaktan başka alternatifimiz olmayacağını kabul ettik

Robert'a terapiye katılıp katılmama kararını hemen vermemesini ve önümüzdeki üç gün boyunca terapinin artılarını ve eksilerini düşünmesini söyledik. Bu bekleme süresinin sonunda, psikolojik süreçlerin problemlerinde gerçekten ne kadar önemli olduğunu test etmek istediğini söyleyerek bu fırsattan yararlanmak istediğini belirtti. Hatta etkili bile olabileceğini düşündüğünü söyledi.

MARUZ BIRAKMA TERAPİSİ

Robert'a uygulanan maruz kalma terapisi zorluğu derecelendirilmemiş ve kısa zaman içinde yoğunlaşmış, çeşitli anksiyete uyaranlarını içeren bir terapiydi. Hiperventilasyon, merdiven çıkma, diz çökme gibi belirli terapötik egzersizlerle Robert korktuğu tüm beden algılarıyla yüzleştirildi. Buna ek olarak anksiyetelerini tetikleyen eksternal işaretlerle de yüzleştirildi (kardiyovasküler hastalığa yol açan risk faktörleriyle ilgili gazete makaleleri okumak, kalp ameliyatı fotoğrafları, kalp hastalığında ölen insanlarla ilgili yazılar). Tıbbi yardımın ancak yavaş gelebileceği ortamlara maruz bırakıldı: Karısı işe gittikten sonra dairesinde yalnız vakit geçirmeye, tanımadığı bir şehirdeki bir otel odasında kalmaya, evde yalnız başına bir hafta sonu geçirmeye cesaretlendirildi.

Hiperventilasyon prosedürüne hazırlık olarak, kardiyak şikayetleri olan pek çok danışanın yanlış nefes alıp verdiklerini ve bu paternin göğüs ağrısı ve diğer semtomplara neden olabileceğini anlattık. Daha sonra hiperventilasyon işlemini gerçekleştirdik (birinci bölümde anlatıldığı gibi). Hiperventilasyondan hemen sonra Robert'tan içsel algılarını daha önce kalp hastalığı olarak nitelendirmiş olduğu algılarla kıyaslamasını istedik. Robert "kalp krizlerindekilere" benzer göğüs ağrıları hissetti, hafif bir gerçekdışılık hissi yaşadı. Başlangıçta kalp krizi geçiriyor olabileceğini düşünüp gerginleşti ama daha sonra göz kırpma egzersizini anımsadı ve ağrıların kötü temelli olmayabileceği konusunda kendini ikna etti. Bu,

anksiyetesi ile baş etmesi için yardımcı oldu ve biraz da olsa aklının bedeni üzerindeki etkisine ilişkin içgörü sağladı. Algıların yorumlanış şekillerinin, kalbiyle ilgili hissettiği semptomların sürekliliğinde oynağı kritik rolü anlattık. Ancak kalp sorunlarının ne kadarının psikolojik olarak tetiklendiğini öğrenmek için daha fazla test ve değerlendirme yapmamız gerektiği konusunda da Robert'ı uyardık.

Fiziksel egzersizler (merdivenlerden çıkmak ve diz çökmek) biraz nefessiz kalmasına neden oldu. Robert fiziksel kondisyonunun süper olmasını beklediği için, nefes nefese kalmasını kalbinin zayıf olmasına yordu. Bu yorum üzerine çok fazla şey söylemedik, sadece fiziksel kondüsyonun normalde inişli çıkışlı olduğunu ve egzersiz esnasında nefes nefese kalmanın kaçınılmaz olduğunu belirttik. Ama yine de Robert'ın bu hislerinin doktorlar tarafından doğru teşhis edilmemiş bir "kalp sorununun" belirtisi olabileceğine dair olan korkularına da katıldık ve kelimeleştirdik. Bu düşünce Robert'ın endişesinde bir artışa neden oldu ve bunu kendi deneyimlerimizde ne sıklıkta gördüğümüzü sordu. Şu ana kadar hiçbir danışanımızda teşhis edilmemiş kalp sorunu ile karşılaşmadığımızı söyledik ama ilk olabileceği düşüncesiyle bu bilgi ona güvence vermedi.

Bu durumdaki mantığımız, bir açıdan, eninde sonunda Robert'a anksiyetesini giderecek bilgiler vermekti. Konuşmamızın ilk bölümü çok korktuğu olayın gerçekleşme ihtimalinin son derece düşük olduğu mesajını iletmeye dayanıyordu. Diğer açıdan (Robert'ın bilişsel ve duygusal sistemini hesaba katarsak) doktorların kalp hastalığını teşhis edemiyor olmalarına ilişkin temel bir inancı olduğundan savımızı şüpheyle karşılayacağı da açıktı. Bu nedenle teşhis konulamamış ölümcül kalp hastalığı olan ilk danışanımız olacağına dair şüphesine bağlıydı. Ancak bu temel korkusuna katıldığımız ve kelimeleştirdiğimiz için, varsayımlarının olabilirliğini sorgulama sırası ondaydı. Geçiş sürecinde "asla fiziksel olarak sağlıklı olduğunuza emin olamazsınız ancak tüm bu tıbbi testlerden sonra gerçekten kalp hastalığım olmasının da

pek ihtimali yok" demesi üzerine düşüncelerini yeniden yapılandırdığını biliyorduk.

Robert'ın çeşitli koşullara ilişkin olumsuz duygularını ifade etmesi şeklindeki stratejimizi sürdürdük. Bu stratejinin temel nedeni danışanların bilişsel ve duygusal sistemlerinin (psikolojik sorunu olmayan insanlarınki gibi) fiziksel sağlık konusunda olduğu gibi birbirine ters düşen düşünce ve duygular içermesidir. Eğer bir terapist olarak tek taraflı bir pozisyona geçerseniz, örneğin danışanın tamamen sağlıklı olması gibi, reaktans teorisine göre danışanın aklındaki birbirine zıt eğilimler daha egemen hale gelecektir (örneğin fiziksel sağlığına ilişkin şüpheleri). Diğer yandan eğer bu şüpheleri ciddiye alırsanız, danışanların argümanın diğer tarafında yer alma ihtimali oldukça yükselir.

Daha sonra Robert kalp hastalığına ilişkin yayınlanmış makalelere maruz bırakıldı. İlk olarak bir sağlık sigortası gazetesinden kalp krizinin semptomleri hakkında bilgi veren bir yazı okudu. Makaleyi okurken anksiyetesi hızla yükseldi. Kendi semptomleri ile kıyaslayınca hem benzerlikler hem de farklılıklar buldu. Robert'tan anksiyetesini 0'dan 100 kadar değerleri olan bir ölçekle derecelendirmesini istedik (0 hiç anksiyetenin olmaması, 100 ise maksimum anksiyete). Robert anksiyetesini 85 olarak derecelendirdi. Makaleyi pek çok kez okumasını ve okuyuşundan sonra anksiyetesini tekrar derecelendirmesini istedik. Üçüncü kez okumasından sonra anksiyetesine verdiği puan 45'e, dördüncü kezden sonra ise 25'e düşmüştü. Daha sonra biz odadan çıktık ve biz yokken makaleyi bir kez daha okumasını söyledik. Biz çıkar çıkmaz anksiyetesi 75'e yükseldi. Ama birkaç dakika sonra 20'ye düştü ve daha sonraki okumalarında da düşük düzeyde kalmaya devam etti.

Tekrar tekrar okuduktan sonra Robert makaleye karşı daha tarafsız ve eleştirel yaklaşmaya başladı. Eğitimli bir insan olarak, makalede yer alan pek çok iddianın belirsiz ve bilimdışı olduğunu keşfetti. Böylece onun için son derece duygu yüklü bir konu başlığını serinkanlılıkla değerlendirmişti. Te-

rapi onun yaş grubunda olup kalp hastalığından ölen kişilerle ilgili iki makale ile devam etti. Robert'ın bu makaleleri okurkenki anksiyetesi oldukça azaldıktan sonra bir kalp ameliyatına ilişkin resimler verildi ve anksiyetesi tekrar düşünceye dek onlara bakması istendi.

Robert'tan ayrıca büyük bir anayolda, trafik yoğunken araba kullanması istendi. İlk başta arabayı kullanırken ona eşlik ettik. Ancak terapistin yanındaki varlığı her şeyin yolunda olduğuna dair bir güvenlik sinyali olduğundan daha sonra Robert'i arabayı yalnız kullanması için cesaretlendirdik ve onu bir otoparkta bekledik.

Terapi oturumlarından sonra danışanla yaptığımız görüşmeler, yüzleşmenin Robert'ın semptomlarını ortaya çıkarmada ne kadar başarılı olduğuna, Robert'ın anksiyeteyi ortaya çıkaran durumlara ve düşüncelerine ve anksiyetesinin azalıp azalmadığına odaklanıyordu. Buna ek olarak "sağlık konusunda belirsizlikle yaşamak" başlığında bir düşünce egzersizine başladık. Robert fiziksel sağlığı hakkında güvende hissetmek için ne gerektiği konusunu aydınlatmaya çalıştı. Biraz düşündükten sonra, sağlığına ilişkin kesin garantilerin olmadığı ve mükemmel sağlık durumunda da olsa belirsizliği kabul etmek zorunda olduğu sonucuna vardı.

Maruz kalma terapisinin yoğun dönemi 28 oturumdan oluştu. Tedaviden önce kaçındığı veya gerilim ve anksiyete yaratan durumlar artık güçlü anksiyete tepkilerine neden olmuyordu. Bedensel algılarına karşı daha rahat ve sağlıklı bir tavır göstermeye başladı ve sonuç olarak hemen ortamdan çıkmasının mümkün olmadığı mekanlarda da kalabilir hale geldi. Yoğun fazdan sonra, Robert'ın çocuk sahibi olmakla ilgili çatışmalarının konuşulduğu beş oturum daha yapıldı. Eşi de bu oturumlara katıldı ve bu konunun daha yapıcı ve empatik biçimde ele alınmasından mutluluk duydu. Sonunda, Robert hâlâ iyi bir baba olup olamayacağı konusunda biraz belirsizlik yaşıyordu. Karısı Robert'ın tereddütlerinin nedenleri konusunda daha fazla içgörü elde etti ve bu açıdan bakabilmeye başlayınca onu anladı. Çift gelecekte bir çocuk sahibi olma planları yaptı.

İki oturum iş yerindeki interaksiyonel problemlere odaklandı. Robert'ın iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirmek için rol-playing kullanıldı. Terapinin yoğun döneminden sonraki randevularında Robert "kalp sorunlarına" dair yeni ilerlemeler kaydettiğini söyledi. Bu gelişmeler için onu övdük ve kendi başına devam ettirdiği maruz kalma süreçleri için cesaretlendirdik. Buna ek olarak relapslarla (nüksetme) nasıl başa çıkabileceği konusunda da Robert'ı hazırladık.

Bir yıllık takip sürecinde terapötik kazanımlar devam etti, ama Robert için relapslarla baş etmek kolay olmadı. İşte yoğun stres yaşadığı bir sırada fiziksel reaksiyonlarını yine izlemeye başladı ve panik duyguları nüksetti. Bir iş arkadaşının ciddi şekilde hasta olduğunu ilk duyduğunda, arkadaşının kalp krizi geçirmiş olabileceğine ilişkin düşünce bir anda ortaya çıktı ve bir panik atağı tetikledi. Ama terapi sürecinde Robert'ın öğrendiği en önemli şey anksiyeteyi tetikleyen durumları bulmak ve anksiyete yok olana dek o durumda kalmaya devam etmekti. Bu nedenle kendini korkutucu bulduğu uyaranlara tepki vermeyen duruma gelinceye dek tekrar tekrar maruz bıraktı. Bu devam eden kendini maruz bırakma muhtemelen terapinin uzun dönem etkisi için gerekliydi.

MARUZ KALMA TERAPİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tedavi yaklaşımımızın etkinliğinin değerlendirilmesi için danışanları terapinin sonlandırılmasından altı hafta, bir sene ve beş sene sonra izliyoruz. Değerlendirme sadece anksiyete bozukluklarını değil, depresyonla, cinsellikle ve yemek yemekle ilgili psikolojik sorunları da içeriyor. Terapinin uzun dönem gelişimi sağlayıp sağlamadığı ve bu süreç içerisinde başka bozuklukların gelişip gelişmediği hakkında karara varıyoruz. Bir de sosyal hayata ve iş hayatına uyumu değerlen-

diriyoruz. Danışanlardan nasıl değiştiklerini derecelendirmeleri ve anlatmaları ve kendi kelimeleriyle terapiden öğrendikleri belli başlı dersleri yazmalarını isteriz. Takip süreçlerine ilişkin temsili örnek elde edebilmek için tüm danışanların katılımının sağlanmasına büyük çaba harcanır. Anketleri geri göndermeyen danışanlarla tekrar tekrar telefonla veya posta yoluyla irtibata geçilerek hepsinin yanıt vermesi desteklenir.

Bu çabaların bir sonucu olarak, bütün danışanları altı haftalık ve bir yıllık ilk örneklemimize katmayı başardık. Terapiden altı hafta sonra anksiyete hastalarının çoğunun (ağırlıkla panik bozukluğu ve agorafobi tedavisi görmüş 282 hastanın %76'sı) psikolojik durumlarının terapiden önceki durumlarına kıyasla çok daha düzelmiş, iyiye gitmiş olduğunu keşfettik. Bir yılın sonunda 176 danışanın %76'sı gelişimlerinin devam ettiğini hissettiklerini belirttiler. Maruz bırakma yaklaşımımız, süreci tamamlayan danışanların psikolojik sağlıklarında anlamlı bir gelişmeye neden olmuş görünmektedir.

İlk örneklemimizin çok küçük bir danışan grubu beşinci yılın sonunda halen gelişimlerinin varolduğunu söyleyerek bizimle temas kurdular. Ancak daha önce üç Alman Üniversitesi'nin bir çalışmalarında topladıkları data, beş yıl sonra bile, az da olsa relapsların (nüksetme) devam ettiğini göstermiştir. Bu sonuçlar, anksiyete bozukluklarında maruz kalma terapisinin başarısını gösteren yayınlanmış pek çok diğer çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Denemeniz konusunda sizi teşvik ederiz.

NOTLAR

S. 62, *Değerlendirme, terapi için danışanı hazırlama, yoğun maruz bırakma ve kendini kontrol*: Bartling, G., Fiegenbaum, W., & Krause, R. (1980). *Reizüberflutung. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

S. 64, *yarı yapılanmış görüşmeler*: Margraf, J., Schneider, S., & Ehlers, A. (1991). *Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen*. Berlin: Springer-Verlag; Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety disorders interview schedule-revised* (ADIS-R). Albany, NY: Graywind Publications.

S. 65, *Bilişsel tutarlılık teorilerine*: Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich.

S. 70, *direkt yüzleştirme, uzamış ve tekrarlı maruz bırakma ve tepkilerin engellenmesi*: Fiegenbaum, W., & Tuschen, B. (in press). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer Verlag.

S. 71, *yüzleşmenin daha başarılı olduğunu*: Fiegenbaum, W. (1986). Long-term efficacy of exposure in-vivo for cardiac attacks. In I. Hand & H. U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatments* (pp. 81-89). Berlin: Springer-Verlag; Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Gottingen: Hogrefe.

S. 71, *anksiyetelerini kontrol etmede en önemli kural*: Fiegenbaum, W. (1990). Langzeiteffektivitat von nicht graduierter versus graduierter massierter Konfrontation bei Agoraphobikern. In W. Fiegenbaum & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Angststörungen. Diagnose und Therapie* (pp. 113-130). Munchen: Gerhard Rottger Verlag.

p. 86, *danışanların psikolojik sağlıklarında anlamlı bir gelişmeye*: Fiegenbaum, W., & Tuschen, B. (1995). Therapie von Angsterkrankungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In Bunde-

sarztekammer (Hrsg.), Fortschritt und Forthildung in der Medizin (pp. 99-112). Band 19. Köln: Deutscher Arzte-Verlag.

S. 86, *beş yıl sonra bile, az da olsa relapsların*: Fiegenbaum, W. (1986). Long-term efficacy of exposure in-vivo for cardiac attacks. In I. Hand & H. U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatments* (pp. 81-89). Berlin: Springer- Verlag.

S. 86, *anksiyete bozukluklarında maruz kalma terapisinin başarısını gösteren yayınlanmış pek çok diğer çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur*: Öst, L. G., Westling, B. E., & Hellstrom, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo, and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394; Clum, G. A., Clum, G. A., & Surls, R (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.

3. BÖLÜM

BİLİŞSEL TERAPİ TEKNİKLERİ

Stefan G. Hofmann ve
Patricia Marten DiBartolo

Son yirmi yılda biliş ve duygu arasındaki ilişkinin incelenmesi gelişmeye başladı. Bu tür araştırmaların anksiyete fenomeni anlayışımıza önemli etkileri vardır. David H. Barlow anksiyeteyi "yüksek derecede olumsuz duygu öğeleri ile dereceleri değiştirilmiş olumsuz bir geribildirim döngüsü içeren yaygın bir bilişsel-duygusal yapı, beklenmedik, kontrol edilemeyen biçimde hissedilen ve devam eden içsel ve dışsal olaylar ve bu dikkate yönelik uyumsuz çözümler" olarak tanımlamıştır. Bu nedenle bilişler veya düşünme işlemlerinin, anksiyete yanıtının oluşmasında ve devamlılığında kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bilişsel semptomatoloji her zaman bu sınıftaki bozuklukların her biri için temel tanımlayıcı özellik olarak düşünülmese de, bilişsel işlemlerin (atfetmeler, tahminler) anksiyete tepkisinin oluşması için gerekli olduklarını tartışılabilir. Ancak bir objenin veya durumun bir şekilde tehdit edici olduğuna inanıyorsak o obje veya durum ancak o zaman anksiyete uyandırıcı olabilir. Örneğin panik bozukluğu olan bireylerde panik atak esnasında ani ortaya çıkan fiziksel algıların katastrofik yanlış yorumu rahatsızlığı kötüleştirir ve yaşanan zorlukları devamlı kılar ("kalp krizi geçiriyorum", "aklımı kaçırıyorum", "kontrolümü kaybedeceğim"). Eğer kişi panik semptomlarını daha zararsız bir nedene atfedebilirse

("son zamanlarda çok stresliyim") anksiyetenin klinik düzeylerinin ortaya çıkma ihtimali daha düşük olur.

Diğer anksiyete bozukluklarına sahip bireylerin de benzer olumsuz tahminlerine sık rastlanır. Sosyal fobi vakalarında, odak genellikle toplum tarafından incelenmenin ve inceleme sonucunda olumsuz değerlendirilmenin sonuçlarındadır ("beni kimse sevmeyecek", "kendimi aptal durumuna düşüreceğim"). Panik atak hikayesi olmayan agorafobik bireyler, çeşitli durumlarda (alışverişte ya da kalabalıklarda) kaçamayacakları ya da belirli semptomlar geliştirdiklerinde (baş dönmesi, diyare) yardım alamayacakları yerlerde rahatsızlık hissederler.

Bazı bilişler tipik olarak belirli tanılarla ilişkili olarak bozukluğa-özel olsa da, anksiyete bozukluklarının hepsinde yer alan pek çok biliş vardır. Öncelikle, anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilen uyumsuz bilişler, tehlike veya tehdit algılarının gelecek odaklı olması eğilimindedir (ne olmak üzere, ne olacak). Bu tehlike hissi ya fiziksel tehdidi (kalp krizi geçirmek) veya psikolojik tehdidi (utandırılmaya odaklı anksiyete) içerir. Bu bilişler, belli bir durumu algılamak veya anksiyetenin kontrol edilemeyen semptomlarına odaklanma eğilimindedirler. Anksiyete bilişlerinin başka bir ayırıcı özelliği, kişinin ilgili düşünceleri hatırlamak için çaba göstermeden kendiliğinden gelişmesi, otomatik veya alışkanlık haline gelmiş olma eğilimidir. Bu düşünceler hemen ve bazen de küçük işaretlere yanıt olarak oluşurlar.

Genellikle, anksiyete duygusuna hipervigilans veya potansiyel bir tehdit olup olmadığına karar vermek için çevreyi taramak eşlik eder. Anksiyete bozukluklarına sahip kişilerin verdikleri anksiyete tepkileri gerçekçi olmama eğilimindedir (gerçek dışsal tehlikeler bulunmadığı için), bireyler daha sonra rahatsızlıklarının nedenini açıklamak için kendi içlerinde arayışa girerler ("hasta olacağım", "iyi iş çıkaramıyorum"). Bu, genellikle anksiyetenin nedeninin ve karşılaştıkları du-

rumla başa çıkabilme yetilerinin yanlış değerlendirilmesine neden olur.

Bu uyumsuz bilişler bu bölümde ele alınacaktır. Tipik olarak anksiyete bozuklukları yaşayan insanların olumsuz duygularını hedefleyen bilişsel-davranışçı tekniklerin uygulanma yollarını, uyumsuz düşünceler süreçlerini tanımlayan ve zorlayıcı durumlar hakkında açıklamalar sunarak gözden geçireceğiz.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİNİN PRENSİPLERİ

Bilişsel-davranışçı terapinin temel kavramı, davranışsal ve duygusal tepkilerimizin bilişlerimiz ile olan biteni algılayışımız tarafından yönlendiriliyor ve son derece etkileniyor olduğudur. Bu şu demektir; anksiyeteli, kızgın, üzgün olmamızın nedeni anksiyeteli, kızgın, üzgün olmak için nedenlerimizin olduğunu düşünmemizdir. Bu kendiliğinden oluşan bir durum değildir, olaylara ilişkin algılarımız, beklentilerimiz ve yorumlamalarımız duygularımızdan sorumludur. Epictetus bu gözlemi kısaca şöyle ifade etmiştir: "İnsanlar, nesneler-olaylar tarafından değil tüm bu şeylere ilişkin görüşlerinden hareketle davranırlar".

Bilişsel-davranışçı terapide biliş kelimesi tedavinin temel olarak düşünme işlemlerine konsantre olduğu anlamına gelir. Ancak bu, bilişsel-davranışçı terapinin bilişsel değişim ile sınırlı olduğu anlamına gelmez. Basitçe tanımlanırsa terapistin danışanın duygularına bilişleri sayesinde ulaştığı anlamına gelir. Danışanın duygusal ve davranışsal tepkileri aynı öneme sahiptir. Etkin bir bilişsel-davranışçı terapi, duygusal deneyimler, davranışlar ve bilişleri içerecek şekilde bir duygusal bozukluğun tüm yönlerini hedeflemelidir. Örneğin, Aaron T. Beck entellektüel, ampirik ve davranışsal yaklaşımları (ki hepsi bilişsel-davranışçı terapinin önemli yönleridir) ayırır.

Davranışçı yaklaşımın temel öğesi, davranışın belirli formlarının geliştirilmesini destekleyerek bu durumun hastaların kendilerini ve dünyayı nasıl gördüklerine dair daha genel değişikliklere önderlik etmesidir. Bu nedenle, insanlar genellikle davranışsal öğenin önemini vurgulamak için, sadece bilişsel terapi kavramının karşıtı olarak kullanılan bir tedavi çeşidinden bahsederken bilişsel-davranışçı müdahale terimini kullanırlar.

ANKSİYETENİN ÜÇ BİLEŞENLİ MODELİ

Korku, tehlike ve tehdide karşı hoş olmayan ancak doğal olan bir duygusal tepkidir. Korkuya karşı anksiyete temel bir duygu değildir. Çeşitli karmaşık davranışsal ve bilişsel işlemler, birincil bir korku tepkisi ile karışarak anksiyete dediğimiz kavramı oluşturur. Bu nedenle, çatısı altında danışanların anksiyetelerini ve anksiyetelerinin getirisi olan zorlukları tanımladıkları ve tartıştıkları bir anksiyete modeli sunuyoruz. Bu model bilişsel, davranışsal ve fizyolojik öğeleri içermektedir. Kişinin anksiyeteli hissettiğinde (tehlike hakkındaki düşünceleriyle beraber) kendi kendine yaptığı konuşma bilişsel öğedir. Davranışsal öğe, kişi anksiyeteli hissettiğinde nasıl davrandığı ve ne yaptığıdır (huzursuzlanmak, tırnağını yemek, durumdan kaçmak). Son olarak fizyolojik öğe anksiyetede tipik olan fiziksel algıları içerir (terleme, kalp çarpıntısı, ağzın kuruması gibi).

Hastaya sunulan anksiyete modeli interaktif olarak tanımlanır. Bunun anlamı üç öğenin de birbirlerini etkiliyor olduğudur. Anksiyete bozukluğu olan kişilerde bu öğeler birbirlerini olumsuz olarak etkilerler. Genellikle bu etkileşim rahatsızlığı kötüleştirir ve işlevselliği imkansız hale getirir. Bu döngüde, toplum önünde konuşmak gibi potansiyel olarak tehdit içeren durumlara bazı fizyolojik algıların varlığı eşlik

edebilir (kalbin hızlı çarpması, sıcak basması). Sonuç olarak başarısızlığı veya tehlikeyi öngören bir biliş ("ne söyleyeceğimi hatırlamayacağım") sadece daha üst seviyelerdeki anksiyetenin aktive olmasına neden olur. Fiziksel algılar arttıkça kişinin amacına odaklanması zorlaşır. Böylece kendi kendine baş etmeyi sağlayacak şeyler, ifadeler kullanarak anksiyeteyi hafifletmediğinden ("eğer ne söylemem gerektiğini unutursam her zaman kartlarıma bakabilirim) uyumsuz bilişlerin yoğunluğu artar (eğer sendelersem herkes aptal ve hazırlıksız olduğumu düşünecek"). Sonuç; anksiyetenin en üst düzeye çıkması, düşük performans göstermek veya anksiyete yaratan durumdan kaçınmak olacaktır ("sunum yapacağım gün arayıp hasta olduğumu söyleyeceğim"). Üstelik gelecekte benzer durumlar sözkonusu olduğunda yine yüksek düzeylerde anksiyete ve karışıklık yaşanacaktır.

Anksiyetenin bu üç bileşeninin birbirleri üzerinde olumlu etkileri olabileceği de danışana söylenir. Yukarıdaki örnekten gidersek, anksiyetenin fiziksel semptomları ilk farkedildiğinde, daha akılcı tepkiler (örneğin, "sunumlardan önce herkes gergin olur") bu fiziksel semptomların artmasını engeller. Kendi kendine yapılan cesaretlendirici konuşmalarla ("bazı küçük hatalar yapsam da konuşma gayet iyi gidebilir") anksiyetenin kabul edilebilir seviyelerde kalması sağlanabilir. Böylece işlevsellik bozulmaz ve sonuç başarılı olur. Bu deneyimden elde edilen egemenlik hissi gelecekte de uyumlu tepkilere neden olur.

Yukarıda bahsedildiği üzere bu üç bileşenin her biri anksiyetenin tam bir tanımını yapabilmek için gereklidir. Ancak bilişsel-davranışçı teknikleri kullanırken, odak öncelikle bilişsel alandadır. Danışanlarımızdan anksiyete verici buldukları durumlarla karşılaştıklarında ortaya çıkan olumsuz tahminlerine meydan okuyarak başlamalarını isteriz.

Hastalarımızın karşılaştıkları her durumda başarılı olacaklarına dair bir garantinin olmadığını biliyoruz. Gerçekte sade-

ce kendi kendine olumlu konuşmayı sağlamak ("eminim yapacağım konuşma harika olacak"), performans için gerçekçi olmayan standartlara neden olur ve baskıyı artırır. Bu tip bir konuşma genellikle anksiyeteli bireylerde daha tipik olan olumsuz bilişler kadar yanlıştır. Bilişsel-davranışçı terapinin amacı, danışanların becerilerini besleyerek, bu yetenekleri için daha gerçekçi ve doğru değerlendirmeler yapmaları ve karşılaştıkları durumlardaki tehdidi daha akılcı görebilmeleridir.

TERAPÖTİK SÜREÇ

Süreci Aşamalara Ayırmak

Bu bölümde bilişsel-davranışçı terapi tekniklerini altı temel aşamaya ayırarak anlatacağız. Klinisyenlere bilişsel-davranışçı tedavi sürecinde rehberlik etmesi için genel bir çatı oluşturacağız.

1. Aşama: İyi Bir Terapötik İlişki Kurmak: Bilişsel-davranışçı terapide olumlu terapist-danışan etkileşimi, işbirliğine dayalı bir ilişki üzerinden sağlanır. Genel olarak terapistler, danışanlarına karşı dürüst ve sıcak olmalıdırlar. Danışanların kendi problemleri üzerinde uzman olduklarını ve bunları çözmede potansiyel olarak yetkin olduklarını anlamalarına yardım edilmelidir. Danışanların çaresiz ve pasif olduğu düşünülmez, aksine onlar sorunları ile baş edebilecek uzmanlardır. Gerçek dünyayı ve danışanların problemlerini daha doğru biçimde anlayabilmemiz için danışanları belli hipotezleri formüle etmeleri ve sınamaları için desteklemeliyiz.

Bilişsel-davranışçı terapistlerin birincil rolü bu tedavi yaklaşımın altında yatan prensipleri öğrettikleri için oldukça aktiftir. Terapistler, genellikle danışanların terapinin ilk aşama-

larında, otomatik düşüncelerini başarıyla tanımlayabilmek için çok fazla rehberliğe ihtiyaç duyduklarını görürler. Tedavi ilerledikçe danışanlardan, tedavilerinde artan şekilde aktifleşmeleri beklenir.

2. Aşama: Problem Odağı: Terapinin başında terapist ve danışanın terapinin hedeflerine ilişkin bir fikir birliğine varmaları önemlidir. Bu fikir birliği, hedeflere varmak için kullanılacak müdahalelerin tanımlarını ve her bir hedef başarıldığında gözlemlenebilir, somut sonuçların neler olacağının tasvirlerini de içerir.

Genellikle danışanlar çeşitli problemler için yardım ararlar. Bu nedenle, yaşadıkları zorlukların doğasına tam olarak karar verebilmek için eksiksiz bir klinik değerlendirmeden geçmeleri çok önemlidir. 1. Bölüm bizimkine benzer bir klinik değerlendirme yöntemini anlatıyor. Buna ek olarak bir vaka formülasyonu yaklaşımı kullanıyoruz. Bu strateji ile danışanların belirttikleri, açıkça görülen çeşitli psikolojik zorlukların, danışanların kendilerine ilişkin bir veya iki temel irrasyonel inancın sonucu oldukları görülür ("asla güçsüz görünmemeliyim", "yetersizim" ... gibi). Bu değerlendirmenin amacı, terapi esnasında etkin müdahalelerde bulunmak için altta yatan temel inançları tanımlayabilmektir. Kullanılan değerlendirme yöntemi ne olursa olsun, klinisyenler danışanlarıyla tedavinin odağını ve hedeflerini oluşturmalıdırlar.

Bir sosyal fobik olan David'in vakası, problemin giderilmesindeki genel prensiplere örnektir.

DAVID

24 yaşındaki tarih öğrencisi David akademik problemleri için yardım istemişti. İlk görüşmemizde depresif ve içe dönük görünüyordu. Daha sonra yapılandırılmış bir görüşme esnasında David'in yaşadığı birincil zorluğun otorite konu-

mundaki insanlarla görüşmek, bir konuşmayı başlatmak, tanıştırılmak ve flört gibi belirli sosyal durumlarda aşırı derecede gerginleşmesini ve paniğe kapılmasını içerdiği ortaya çıkmıştı. Belirttiğine göre David böyle durumlarda tipik olarak terleme, kalp çarpıntısı, karıncalanma hissi, sıcak basması, baş dönmesi ve gerçekdışılık hissi yaşıyordu. Sosyal ortamlarda yaşadığı bilişler tipik olarak bir hata yapacağı ya da alaya alınacağı endişesi etrafında dolaşıyordu. Sonuç olarak David çoğu sosyal ortamdan kaçınıyordu. Sosyal iletişim eksikliğinin kendisini değersiz ve depresif hissettirdiğini belirtmişti. David sosyal ortamlar dışında hiç panik atak yaşamamıştı. Bedensel semptomlarından ziyade diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilmek konusunda anksiyeteli olduğunu söylemişti.

Bu örnek, ana problemi tanımlamak ve birçok görünen bağımsız problemle ilişkisini anlamak için eksiksiz bir değerlendirme yapmanın önemini göstermektedir. David yaşadığı problemlemleri söylemiş (depresyon, akademik sorunlar, zayıf benlik-değeri) ancak tam bir değerlendirme birincil sorunun sosyal anksiyete olduğunu ortaya koymuştur.

Ana sorun bir kez tanımlandığında, terapistin bunu parça bazında bileşenlere ayırması gerekir. Örneğin, David sonunda terapide hedef olarak alınacak bir grup sosyal zorluk seçmişti. Bunlar sosyal becerileri geliştirmeyi, daha atılgan olmayı ve partilerle flörtler gibi pek çok aktiviteye katılmayı içeriyordu. Bu noktadan sonra somut ve uygun terapötik müdahalelere karar verilmesi gerekir.

Müdahaleye yönelik ilk adım kişiden kişiye çeşitlilik gösterir. Ağır agorafobik olup genellikle evden çıkamayan bir danışan için ilk terapötik yaklaşım maruz kalma egzersizlerini içerebilir. Ancak bilişsel yaklaşımda bu egzersizlerin nihai amacı bilişsel değişimdir. Amaç danışanın anksiyeteli bilişlerine

meydan okumak ve tekrar yapılandırmaktır. Örneğin; "kalp krizi geçirmeden evimden dışarı çıkabilirim" veya "bakkala gitmekle başa çıkabilirim ve hiç kötü bir şey de olmaz".

Hastalar hem vakalarına ilişkin formülasyon konusunda hem de tedavinin mantığı hakkında aydınlatılmalıdır. İşbirliğine dayalı bir ilişki oluşturmak için terapistler her zaman yapılandırdıkları formülasyona ilişkin danışanlarının geribildirimlerini öğrenmelidirler. Eğer bir noktada itiraz varsa, bilişsel-davranışçı terapistler formülasyonlarının bir hipotez olarak tedavi bağlamında sorgulanabileceğini önerirler. Tedavinin mantığı da açık ve net olarak belirtilmelidir.

3. Aşama: İrrasyonel Düşünceleri Tanımlamak: Danışanlar bir kez problemlerini ve tedavi için hedefleri tanımladıktan sonra ne düşündükleri hakkında farkındalık geliştirmeleri gerekir. David M. Clark bilişleri iki ayrı grupta sınıflandırır: Olumsuz otomatik düşünceler ve disfonksiyonel veya irrasyonel inançlar. Olumsuz otomatik düşünceler bireyin anksiyeteli hissetmesine neden olan belirli ortamlarda oluşan görüntüler veya düşüncelerdir. Örneğin David (sosyal endişeleri olan danışan) anksiyete uyandırıcı bir durumda şunları düşünebilir: "Diğer insanlar sıkıcı olduğumu düşünüyorlar", "kendimi mahçup duruma düşüreceğim", "diğer insanlar aptal olduğumu düşünecekler".

Pek çok danışan otomatik düşüncelerini tanımlamakta güçlük çekerler çünkü bu düşünceler sıkça ortaya çıkar ve danışanın bunlara bilinçli bir farkındalığı yoktur. İzleme formlarının, uyumsuz bilişleri ve otomatik düşünceleri tanımlamakta çok yardımcı oldukları görülmüştür. Örneğin biz New York Albany'deki Stres ve Anksiyete Bozuklukları Merkezi'nde seans dışındaki işlerliğinin çeşitli göstergelerini değerlendirmek için izleme formları kullanıyoruz.

Hasta semptomolojisinin daha moleküler ölçümlerine ilişkin bilgi sağlamak için izlemeyle tamamlanmış daha global

duygu durum ölçekleri kullanılabilir. Örneğin özellikle ilgi çeken belirli semptomlar duruma özel formlarla izlenebilir. Panik bozukluğu vakalarında danışanlardan panik ataklarının oluşumlarını gözlemlemelerini isteriz.

Bilişsel-davranışçı terapi bağlamında bilişsel süreçleri anlamanın önemi göz önüne alındığında, anksiyeteyle ilişkilendirilen düşüncelerin, inançların ve tutumların izlenmesi kritik önem taşır. Sunum 3.1'de verilen "Otomatik Düşünceleri İzlemek ve Meydan Okumak", hem akılcı olanlarla beraber irrasyonel düşüncelerin temsillerini sunması, hem de danışanlar ve terapistler için otomatik düşünceleri tanımlayıp meydan okuması açılarından iyi bir örnek formdur. Her bir anksiyete bozukluğuna uygulanabildiği için bu form özellikle yararlıdır. İrrasyonel düşüncelerin tanımlanmasını, meydan okunmasını ve değiştirilmesini örnekler.

Bu formun ilk üç sütununda danışanlar otomatik düşüncelerini, bunları tetikleyenleri ve etkilerini tanımlarlar. "Panik atak geçireceğim" düşüncesi otomatik düşüncenin uygun bir örneği olarak düşünülmez. Bunun yerine danışanların "biraz daha derin kazmaları" ve kendilerine bazı sorular sormaları istenir: "Panik atak geçirirsem ne olurdu?", "en kötü senaryo ne olurdu?", "bu panik atak semptomlarının benim için anlamları nedir?"... gibi. Bu sorular altta yatan otomatik düşünceleri ifade eder. Danışanların otomatik düşüncelerini ifade etmelerine ve bu düşüncelere meydan okumaya başlamalarına yardımcı olmak için bu bilgi terapistlere gereklidir. Bölümün daha sonraki kısımlarında terapi oturumlarından alınmış konuşmalar bu sürece örnek teşkil edecektir.

Diğer bir açıdan fonksiyonel olmayan (veya irrasyonel, uyumsuz) inançlar bireylerin dünyaya, geleceğe ve kendilerine dair varsayımlarını oluşturur. Bu global ve temel inançlar, bireylere belirli durumları nasıl yorumlayacaklarına dair bir şema sunar. Örneğin David'in bazı inançları şöyleydi: "Herkes benim entellektüel, komik ve eğlendirici olmamı bekli-

Sunum 3.1
Otomatik Düşünceleri İzlemek ve Meydan Okumak

Tetikleyiciyi, Olayı, Düşünceyi veya Algıyı Tanımlayınız	*Anksiyete (0-8)*	*Otomatik Düşünce*	*Düşünceye Olan İnanç yazde 0-100)*	*Alternatif Düşünce*	*Kendinize Sorulacak Soru: "Kanıt Nedir?"*	*Düşünceye Olan İnancı Tekrar Değerlendirme yazde 0-100)*	*Anksiyete (0-8)*	*Kendinize Sorulacak Soru: "En Kötü Sonuç Nedir?" "Gerçekleşirse Ne Olur?"*

yor", "eğer herkes benden hoşlanmazsa değersizimdir", "her an mükemmel olmalıyım". Bu tür fonksiyonel olmayan inançlar David'in sadece sosyal ortamlarda anksiyeteli olmasına neden olmakla kalmıyor aynı zamanda onu kaçıngan, depresif ve "alıngan" yapıyordu. Eleştiri, onaylanmamak ve red edilmeye ilişkin anksiyetesi nedeniyle kişiler arası ilişkilerden kaçınıyordu ve kendini diğer insanlardan daha aşağıda hissetme ve yetersizlik duygusu nedeniyle yeni kişiler arası durumlardan kısıtlanıyordu. Aynı otomatik düşüncelerde olduğu gibi terapistler "yönlendirilmiş sorularla" irrasyonel inançları da saptayabilirler.

4. Aşama: İrrasyonel Düşüncelere Meydan Okumak: Danışanların irrasyonel düşüncelerini hipotezler olarak ele alarak, onlara anksiyetelerinin kurbanı rolü değil, gözlemciler veya bilim insanları rolü verilir. Bu düşüncelerle mücadele etmek için, danışan ve terapist belirli bir varsayımı dikkate alarak onu destekleyen veya reddeden kanıtlar üzerinde konuşurlar (Beck buna "Sokratik Diyalog" adını verir). Bu, danışanların geçmiş deneyimlerindeki bilgileri kullanarak (örneğin; "geçmiş deneyimine dayanarak bunun olma olasılığı nedir?"), daha doğru bilgiyi sunarak ("kardiyovasküler hastalık için yüksek risk faktörleri nelerdir?"), bir durumun sonucunu tekrar değerlendirerek ("olabilecek en kötü şey neydi?") ve danışanları korktukları ve/veya kaçındıkları durum veya aktivitelere maruz bırakıp hipotezlerini sınama şansı verilerek yapılabilir. Anksiyete bozukluğu olan danışanların bildirdikleri pek çok otomatik düşünce bir bilişsel hata olan gözünde büyütme ihtimaline dayanan yanlış kanılardır. Eğer kişi gerçekleşmesi pek mümkün olmayan bir olayın olacağına inanıyorsa "olasılığı büyütme" terimini kullanıyoruz.

Daha önce belirtildiği gibi, bu bilişsel-davranışçı tekniklerin amacı ne yersiz bir güvence vermektir ne de olumsuz bir şeyin gerçekleşme ihtimalini hafife almaktır. Bu tür çabaların

başarısız olacağı kesindir. Bunun yerine, terapistler otomatik düşüncelerin tipik olarak tehlikenin yönü konusunda kişiyi yanılttığını veya belirli bir durum ya da olayın iticiliğini abartılı hale getirdiğini vurgurlarlar. Yine, bilişsel-davranışçı terapinin hedefi, danışanların karşılaştıkları durumları daha gerçekçi ve işlevsel olarak düşünmelerine yardımcı olmaktır.

Olasılığı büyütmeye ek olarak, başka bir tipik düşünme hatası "katastrofik düşünme"dir. Katastrofik düşünme, olayları gerçek değerleriyle orantısız olarak görmek veya bir şeyi çok büyük problem haline getirmektir. Başka bir deyişle, bu bilişsel hataya sahip kişi bir şeyin sonucunu aslında felaket değilse bile öyle algılar.

Aşağıdaki konuşma, 42 yaşında panik bozukluğu geçmişi olmayan agorafobi tanısı konulmuş Bob ile terapisti arasında geçmektedir ve katastrofik düşünceye dair bilişsel yanılgıyı belirlemek için soru sorma tekniklerinin önemini örnekler.

Terapist: Neden hâlâ alışverişe gitmekten kaçınıyorsun?
Bob: Bilmiyorum. Sanırım hâlâ kalabalıklardan korkuyorum.
Terapist: Ne olacağından korkuyorsun?
Bob: Endişemin çok artacağından korkuyorum
Terapist: Anlıyorum, bana eğer alışveriş yaparken çok fazla endişelenirsen ne olacağını hayal ettiğini söyleyebilir misin?
Bob: Bazen alışveriş merkezlerinde başım dönüyor ve şaşkın hissediyorum.
Terapist: Baş dönmesi ya da şaşkınlık sadece hisler. Neden bu hislerden korkuyorsun?
Bob: Hiçbir şeyden korkmuyorum. Bilmiyorum. Sadece bu duygulardan hoşlanmıyorum.
Terapist: Tamam. Bedeninden kaynaklanabilecek diğer hislere bakalım. Geçen hafta grip olduğunda nasıl hissediyordun?

Bob: Ateşim vardı ve kaslarım ağrıyordu. Sıkça sıcak bastı ve kendimi sürekli yorgun hissediyordum.

Terapist: Tamam, sana bir şey sormama izin ver; grip olduğunda hasta olduğun için yaşadığın semptomlar nedeniyle çok fazla endişe duydun mu?"

Bob: Hayır, o duygular rahatsız ediciydi, kimse hasta olmak istemez ama kendime iyi bakarak ve akşamları erken yatarak onlarla baş ettim.

Terapist: O zaman bana söyler misin neden bazı belirli fiziksel hisler seni endişelendirirken diğerleriyle ilgili hiçbir sıkıntı yaşamıyorsun? Hadi bu semptomlara ilişkin kendine neler söylüyor olabileceğine bakalım. Başın döndüğü zaman en kötü ihtimalle ne olacağını düşünüyorsun?

Bob: (Tereddütle) Hımm...sanırım bayılabilirim. Geçmişte 2 kere bayıldım da.

Terapist: Tamam. Demek kalabalıklardan bayılmaktan korktuğun için kaçınıyorsun. Birazdan bayılma ihtimalin üzerine konuşabiliriz. Şimdi, bayılmanın oldukça muhtemel olduğunu varsayalım. Bayılırsan ne olur?

Bob: Bunu gerçekte hiç düşünmedim. Kesinlikle korkunç olur.

Terapist: Peki neyin bu kadar korkunç olduğuna bakalım. Lütfen en kötü senaryoyu kafanda canlandır. Alışveriş merkezindesin. Kalbinin küt küt attığını hissediyorsun, başın dönüyor, bacakların güçsüzleşmiş ve bayıldın. Sonra ne oluyor?

Bob: Sanırım etrafımda insanlar toplanır. Biri muhtemelen ambulans çağırır. Ambulans gelir ve muhtemelen bir sorun bulamazlar.

Terapist: Sonra ne olur?

Bob: Gerçekten utanmış hissederim.

Terapist: Sonra ne olur?

Bob: Hımm...çok korkunç olur. Bununla başa çıkamam.
Terapist: Yine, bayıldığın için utanmanın gerçekleşme ihtimalini daha sonra konuşacağız, şimdi en kötü senaryoyu kafamızda canlandıralım. Yani çok utanırsın. Geçmişte hiç çok utandığın durumlar oldu mu?
Bob: O oo pek çok kez.
Terapist: Hiç şöyle bir şey düşündüğün durumlar oldu mu: Bu insanların yüzlerine bir daha hiç bakamayacağım?
Bob: Bazı durumlar gerçekten kötüydü. Evet böyle durumlar başıma geldi.
Terapist: Ve bu durumlarla ve utanma duygunla başa çıkabildin?
Bob: Hımm...evet sanırım başa çıktım.
Terapist: Tamam. Şimdi tekrar bayılma durumuna dönelim. Büyük bir kalabalığın içinde bayılmak kesinlikle keyifsiz bir deneyim. Ama konuştuklarımıza dayanarak, neden bu bir felaket durumu?
Bob: Utanırım ama sanırım bu gerçek bir felaket durumu değil. Sanırım zorunda kalsam bununla başa çıkabilirim.

Terapistin Bob'un katastrofik düşüncesini meydana çıkarmak için ne kadar çok çaba harcadığına dikkat ediniz. Genellikle bu tekrar yapılandırma egzersizinin en zor bölümüdür ancak zorunludur. Olumsuz sonuçlara dair mantıklı saptamalar yapılmazsa, meydan okuma çabaları yüzeysel kalır ve muhtemelen başarısız olur. Katastrofik düşüncelere karşı koymak için terapist ve danışanın en kötü sonuçlara ulaşana dek anksiyete uyandırıcı düşünce ve imgeleme zincirini tanımlamaları gerekir. Örneğin Bob'un düşünce zinciri; (1) "bir alışveriş merkezinde başım dönerse herkesin önünde bayılırım" (2) "herkesin önünde bayılırsam çok utanırım" (3) "kendimi mahçup edersem bu bir felaket olur çünkü bu durumla

baş edemem". En kötü senaryo saptandığında terapist ve danışanın sonucun gerçek ciddiyetini değerlendirmeleri gerekir. Terapistin iletmesi gereken iki temel mesaj vardır;

1- Bu tür sonuçların oluşma ihtimalinin çok düşük olduğu
2- Anksiyetenin ve etkilerinin zaman sınırlı ve kontrol edilebilir olduğu

Bob'un vakasında en kötü senaryoya neden olan bazı öğeler olasılığı büyütme örnekleridir ("alışveriş merkezinde başım dönerse herkesin içinde bayılırım" gibi). Belirli bir otomatik düşünce hem katastrofik düşünmenin hem de olasılığı abartmanın sonucu olabilir. Her anksiyete içeren düşünce için sorulması gereken iki soru vardır;

1- Anksiyete uyandırıcı olayın gerçekleşme ihtimali nedir?
2- Gerçek sonuç kontrol edilebilir mi?

Eğer belirli bir olay çok fazla sayıda insan tarafından katastrofik olarak değerlendiriliyorsa o zaman olasılığın büyütülmesi prensibini uygulamak en doğrusudur. Ancak her iki prensibe de (katastrofik düşünme ve olasılığı büyütme) danışanların anksiyeteleri ile uygun biçimde baş edilmesi için hitap etmek gerekir. Bu biraz yaratıcılık gerektirir çünkü klinisyenler otomatik düşünceleri yeniden yapılandırdıkları gibi bu becerileri danışanlara mantıklı ve istikrarlı biçimde aktarmalıdırlar. İlerde gerçek felaket öngörülerini (ölüm, ciddi hastalık, sevilen birinin kaybı) içeren katastrofik düşünmenin nasıl tekrar yapılandırılacağını anlatacağız.

Danışanlarla yeni çalışmaya başladığınızda veya ilk kez bilişsel-davranışçı teknikleri uygularken "Otomatik Düşünceleri İzlemek ve Meydan Okumak" formu (Sunum 3.1) danışanların uyumsuz bilişlerine meydan okumakta son derece yararlıdır. Danışanlar anksiyetelerini puanlayıp, tetikleyiciyi

ve otomatik düşünceyi tanımladıklarında, izleme formu danışanlardan bu otomatik düşünceye ilişkin inançlarını 0-100 arasında puanlamasını ister (dördüncü sütun) ve kişinin sahip olabileceği alternatif düşünceleri sunar (beşinci sütun). Alternatif düşünceyi destekleyen veya karşı çıkan kanıt bulduktan sonra (altıncı sütun) danışanlar eski inançlarına meydan okuyabilirler. Yedinci ve sekizinci sütunlarda danışanlardan hem anksiyetelerini hem de otomatik düşüncelerine olan inançlarını 0-100 arasında tekrar puanlamaları istenir. Dokuzuncu ve sonuncu sütunlar katastrofik düşünmeye ilişkin bilişsel hataları içerir. Bu tür düşüncelerini yeniden yapılandırmaları için danışanların kendilerine "en kötü sonuç nedir? Öyleyse ne olur?" sorularını sormaları için yönerge verilir.

Hastalar bilişsel-davranışçı teknikleri ilk kez uygulamaya başladıklarında, özellikle ilk zamanlar bu yaklaşımın etkin kullanımının çaba ve egzersiz gerektiren bir beceri olduğunu vurgulamalısınız. Hastalara zorlayıcı durumlarda otomatik düşüncelerini tekrar yapılandırmalarının beklenmediği söylenmelidir. Bunun yerine, anksiyete uyandıran bir duruma karşı verdikleri akılcı tepkileri yaygınlaştırarak becerilerini güçlendirmeleri gerekir. Bu becerilerin sürekli uygulanmasını desteklemek için, anksiyetelerinde yükselme hissettiklerinde düşüncelerini sınamaları istenebilir. Bu şekilde danışanlar kendileri için en çok problem yaratan otomatik düşünceleri saptayabilirler ve bilişsel-davranışçı tekniklerin uygulanışı için uygun ortam yaratılmış olur.

5. Aşama: Geçerliliği Sınamak: İrrasyonel düşünceler tanımlanıp mücadeleye başlandıktan sonra danışanların eski inançlarını sınamaları gerekir. Danışanlar, kendilerini anksiyete yaratan durumlarla yüzleştirerek (durumlar, algılar, imgeler, aktiviteler... vs) alan deneyleri yapma ve varsayımlarının geçerliliklerini sınama şansına sahiptirler. Örneğin, utanma korkusu nedeniyle sosyal etkileşimlerden korkan Da-

vid'ten klinik çalışanlarına hobileri ile ilgili doğaçlama bir sunum yapması istenebilir. Panik bozukluğu olan ve kalp çarpıntısından korktuğu için fiziksel egzersizlerden kaçınan Susan'dan bir terapi oturumunda bir dakika boyunca yerinde sayarak koşması istenebilir. Bayılıp utanabileceği için baş dönmesinden korkan Bob'tan bir dakika boyunca hiperventilasyonla baş dönmesi yaratması istenebilir.

Danışan anksiyetesinin odağı ile ilişkili egzersizler geliştirebilmek dikkatlice düşünmeyi gerektirir. Bazı zamanlarda egzersizlerin kombinasyonunu yapmak uygun olabilir. Örneğin David'e hem sosyal durumlara in-vivo maruz kalma, hem de diğer bireylerle iletişim kurarken yaşadığı problem yaratan fiziksel algılara (nefessiz kalma gibi) maruz kalma kombine edilerek, hem ona meydan okuyan hem de otomatik düşüncelerini sınama şansı veren bir egzersiz hazırlanabilir.

Terapi oturumu bu deneyleri gerçekleştirmek için denetimli ve güvenli bir ortamdır. İlk egzersizini takiben danışan evde çalışması için yönlendirilir. Son olarak danışanların bu çalışmaları daha zorlayıcı ortamlarda (belki yalnızken veya anksiyete uyandıran bir ortamda) yapmaları önemlidir. Bedensel algılar için diğer maruz bırakma egzersizlerinden sekizinci bölümde bahsedilmiştir.

Her egzersizden sonra danışanlardan anksiyetelerini, bedensel algılarının yoğunluğunu ve bu algıların doğal yoldan oluşan panik ataklara benzerliğini 0 (hiç) ile 8 (çok fazla) arası bir ölçekte puanlamaları istenir. Tipik olarak bazı egzersizler yüksek anksiyete düzeyleri yaratırlar. Bu egzersizler danışanlara rahatsız edici bilişleri üzerinde çalışma şansı verir. Başka bir deyişle, anksiyete uyandıran egzersizlerden sonra danışanlardan otomatik düşüncelerini saptamaları, bu düşüncelere meydan okumaları ve geçerliliklerini sınamaları istenir. Örneğin Bob bir dakika hiperventilasyondan sonra çok endişeli hissedebilir. Anksiyete uyandıran otomatik düşüncelerinden biri "baş dönmesi bayılacağımın göstergesi" olabilir.

Baş dönmesine tekrarlı ve uzun süre maruz kalarak Bob inancını sınayabilir. Böylece bu egzersiz Bob'a algılarına alışabileceğini ve baş dönmelerinin bayılmayla sonuçlanma ihtimalini büyüttüğünü öğretmede son derece yararlıdır.

Bahsedildiği üzere bu tür egzersizleri oturumlarda uyguladıktan sonra danışanlar ödev olarak bu çalışmaları terapistin ofisinin dışındaki daha az güvenli mekanlar olan alan deneylerine taşıyarak devam ettirmelidirler. Ama bundan önce danışanlar korktukları veya kaçındıkları aktivite ve durumların bir listesini yapmalıdırlar. Bu tür egzersizlerin potansiyel zorluklarından biri danışanların terapi oturumuna, başaramadıklarını veya tekniklerin işe yaramadığını söyleyerek dönebilmeleridir. Danışanlarınıza "başarısız" egzersiz diye bir şey olmadığını vurgulamanız çok önemlidir. Bazen bir egzersiz danışanların istedikleri gibi gitmezse bu deneyimi felaketleştirebilecekleri konusunda terapistler uyanık olmalıdırlar. Oturumun odağının, egzersiz sonucunun olumsuz yorumlanmasının tekrar yapılandırılması için danışana yardımcı olmak olarak değiştirilmesi gerekebilir.

Maruz kalmayı takiben danışanların kendi performanslarını olumsuz filtrelemeden geçirerek görmelerinden sakınmak için egzersizlere akılcı hedefler koymalısınız. Sonrasında, danışanların performanslarının iyi olduğunu ve anksiyeteli olduklarında bile hedeflere varabildiklerini göstermeniz gerekir. Eğer egzersizden kaçar ya da kaçınırlarsa bu sorunun çözümünde danışanlarınızla beraber çalışabilirsiniz. Danışanlar hedeflerine ulaşamasalar bile gelecekte daha az hata yapma ihtimallerini artıracak şekilde, şimdiki hatalarından dersler alabilirler.

6. Aşama: İrrasyonel Düşünceleri Rasyonel Düşüncelerle Değiştirmek ve Geribildirim Temin Etmek. Bilişsel-davranışçı terapinin en zor aşamalarından biri akılcı olmayan düşünceleri akılcı düşüncelerle değiştirmektir. Sunum 3.1

formunun beşinci sütunu danışanların mümkün olabilecek alternatif düşünceleri belirtmelerini ister. Alternatif düşünceler oluşturabilmek için danşanların kendilerine şu soruları sormaları gerekir: "Bu olayı yorumlamanın alternatif yolları nelerdir?" veya "diğer kişiler bu olayı nasıl yorumlarlardı?" Tekrar edilen egzersizler sayesinde, danışanlar anksiyetelerinin pasif kurbanları olmaktan aktif gözlemci konumuna geçerek bakış açılarını değiştirmeyi öğrenirler. Üstelik formları izlemek gelişmelerin, relapsların (nüksetme) ve geri gidişlerin bir yansımasını görmek anlamına gelir. Bu açıdan baktığımızda formlar bize değişimlerin istenen yönde olup olmadıklarını ve tedavinin başarılı gidip gitmediğini bildirir. Daha önce de belirtildiği üzere, tüm bu nedenlerden dolayı anksiyete bozukluklarının bilişsel-davranışçı yöntemle tedavilerinde formları izlemek kritik önem taşır. Tedavinin başarısı genellikle "Otomatik Düşünceleri İzlemek ve Meydan Okumak" formu gibi formların kullanımıyla yüksek düzeyde korelasyon gösterir.

Tüm kötü alışkanlıklar gibi otomatik düşünceler de değişime karşı büyük direnç gösterebilirler. Bu normal ve beklendiktir. Eğer danışanlar sadece birkaç oturumdan sonra hemen otomatik düşüncelerini reddediyor ve onları saçma, aptalca veya delice diye nitelendiriyorlarsa, terapistin endişelenmek için iyi bir nedeni var demektir. Bu durumda, danışanların otomatik düşünceleri (ya onları kabul etme konusunda isteksiz olduklarından ya da bunları terapistin karşısında onaylıyor olmaktan utandıklarından) ciddiye almıyor olma ihtimalleri yüksektir. Belki de altta yatan otomatik düşünceyi tamamen keşfetmemişlerdir. Danışanların, bir olayı yorumlamanın pek çok farklı yolu olduğunu anlamaları gerekir. Bir olayı yorumlayabilmek için olaya verdiğimiz duygusal tepkinin nihai kararını ortaya çıkaran hipotezi oluşturmamız gerekir.

Danışanlardan otomatik düşüncelerini ve uygulayabilecekleri akılcı tepkilerin bir listesini yapmanıza yardımcı olmala-

rını isteyebilirsiniz. Aşağıdaki diyalogta David ve terapisti gelecek haftaki konuşması için hazırlanıyorlar.

Terapist: Egzersizin için kabul edilebilir hedefler yarattığına göre artık bu konuşmaya başladığın zaman aklında oluşması mümkün düşünceleri tartışabiliriz. Başka bir deyişle, hedefine ulaşırken ya da egzersizini yaparken yoluna çıkabilecek otomatik düşünceleri çözmeliyiz.

David: Daha önce söylemiş olduğum gibi asıl endişem beni reddetmesi, benimle konuşmak istememesi veya arkadaşım olmayı kabul etmemesi.

Terapist: Tamam. Bu düşünceye meydan okumayı denemeni istiyorum.

David: Bakalım. Yapmam gereken ilk şeyin düşünceme ilişkin kanıtları sorgulamak olduğunu biliyorum. Hımm... beni daha yakından tanımak isteyen insanlarla tanışmıştım. Aslında bu düşüncem çoğu zaman doğru çıkmadı

Terapist: Daha belirleyici olalım. Kaç kere biriyle arkadaş olmak istedin ve o kişi seni reddetti?

David: Aslında bu hiç olmadı. Diğer insanlar tarafından reddedilmem, bir konuda tartıştığımız ya da bir yanlış anlama yaşandığı zamanlarda olmuştu, ama o zamanlar bile genellikle işleri yoluna koyabilmiştik.

Terapist: Harika. Yani diyorsun ki geçmişteki deneyimlerinin kanıtlarına baktığında işyerindeki bu insana yaklaştığında reddedilme ihtimalin pek yok. Bu ihtimal pek sözkonusu olmasa da en kötü senaryoyu düşün. Bu adamla konuştuğunda seninle bir ilgisi olması istemediğini söylediğini hayal et. Sonra ne olur?

David: Çok utanırım. Korkunç olur.

Terapist: Buradaki en korkunç şey nedir?

David: Eminim bu bütün ofiste duyulur ve herkes benim geri zekalı olduğu düşünür.

Terapist: Sonra ne olur?

David: Hımm... bana hiçbir şey anlatmak istemeyebilirler. Hepsi beni yoksayar ve bana arkadaşça davranmak istemezler.

Terapist: Tamam. Şimdi bu düşünceye meydan okumanı istiyorum.

David: Sanırım bir kişi benden hoşlanmadı diye bütün ofisin bana karşı kötü davranması biraz sersemce bir düşünce. Bir kişinin düşüncesi nedeniyle bana olan duygularının değişmesi pek olası değil. Ve eğer böyle bir şey olursa da çalışma arkadaşlarımla bireysel olarak konuşarak bu durumla başa çıkabilirim. Eğer bir kişinin benim hakkımdaki olumsuz düşüncelerini kabul ettirmesine izin verecek kadar mantıksızlarsa, belki zaten onlarla yakın olmayı istemem.

Terapist: Harika. Şimdi senden yapmanı istediğim egzersizin için hazırlanırken aynı zamanda bu yeniden yapılandırmayı da gözden geçirmen. Haftaya sen egzersizini gerçekleştirdikten sonra bunun hakkında konuşacağız.

Otomatik düşüncelerin ve olası akılcı yanıtların gözden geçirilmesi, ödevlerin terapötik olabilme ihtimallerini artırmak için kritiktir. Bir egzersizden önce uygun hazırlık, danışanın olumsuz öngörü hatalarını saptayabilme şansını artırır, performansını uygun biçimde övmeyi, çaba ve başarılarından keyif almasını sağlar.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİNİN ORTAK ZORLUKLARI

Şu ana kadar anksiyete bozukluğu olan bireyler için bilişsel-davranışçı terapinin genel prensipleri gözden geçirildi, bundan sonra ise bu yaklaşımı kullanırken karşımıza çıkabilecek

bazı tuzakları tartışmak önemli görünmektedir. Bu tür zorluklar meydana gelse de, eğer onlarla etkin ve terapötik bir tarzda baş etmeye hazırlıklıysanız kolaylıkla kontrol edilebilirler.

Katastrofik Anksiyete

Bilişsel-davranışçı terapistin yaşayacağı bir zorluk gerçekten katastrofik (ölmek, Alzheimer hastası olmak, felç geçirmek gibi) düşüncelerden rahatsız olduğunu bildiren bireylerle çalışmaktır. Bu düşünceleri bertaraf etmek bazen başa çıkılamaz hissi verebilir. Anksiyete ile baş etmenin birinci aşaması bu tür düşünceleri niteleyen hatayı abartma olasılığını belirleyip tekrar yapılandırmaktır (Bu durum ne kadar katastrofik olabilir?). Ancak bazı danışanlar bu indirgenmiş öngörüler sonucunda bile sürekli anksiyete belirtirler. Böyle bir durumda odak bu katastrofik düşüncelerdedir. Odak, hastanın baş etme becerisinde veya baş etme ihtiyacında olabilir (Eğer ölüysen ne hakkında endişelenmen gerekir ki? Fiziksel olarak engelli olman trajik olsa da hayatta yaşamaya değecek bir şey bulabilir misin?)

Hastalara süreç boyunca devamlı olarak konuştuğumuz şeyin gerçekte olma ihtimalinin azlığını veya yokluğunu anımsatmak önemli olabilir. Katastrofik bir tahminle uğraşırken, odak, bunları perspektife koymak olmalıdır. Yine, hastalarınızdan bu sonucun gerçekleşmesi olasılığının ne kadar düşük olduğunu ve sorunla ne kadar iyi baş ediyor olduklarını gördüklerinde ne kadar şaşıracaklarını hatırlamalarını isteyiniz

Gerçekçi Anksiyete

Anksiyete bozuklukları olan bireylerle çalışırken bilişsel-davranışçı terapistlerin sıklıkla karşılaştıkları bir ilave zorluk, danışanların korkularının sonuçlarının gerçekçi endişeler içermesi olgusudur. Ailesel, finansal, iş hayatına ilişkin ve tıbbi

zorluklar sıklıkla danışanların korkularının sonuçları ile ilişkilidir. Burada hatırlamanız gereken danışanın güncel olarak yaşadığı stresi kabul ettiğiniz konusunda danışana güvence vermek, ancak bununla beraber bu gerçek problemlerle daha iyi baş edebilmelerini sağlayacak yollar üzerine odaklanmanın önemini hissetmenizdir. Hakikaten, yaşam koşulları ve yaşadıkları gerçekçi stres nedeniyle bu beceri daha acil görünmektedir.

Gerçekçi korkulara yaygın bir örnek, bu korkuların danışanın belirli beceri eksiklikleri ile ilişkili olmasıdır. Örneğin, sosyal olarak anksiyeteli bireylerde diğerleriyle uygun biçimde etkileşime geçmek için gereken becerilerin eksikliği simetrisi vardır. Bu nedenle belirli bir sosyal durumda olumsuz bir şeyin gerçekleşeceği olasılığına ilişkin öngörülerine meydan okumalarını istediğinizde birkaç keyifsiz deneyime sahip olduklarını bildirirler. Bu tür zorluklar artış gösterdiğinde, hastanızın bilişsel-davranışçı teknik'eri kullanma yeteneğine müdahale eden belirli beceri eksikliğine yönelmek önemlidir. Sosyal beceriksizliği olan sosyal anksiyeteli birey örneğine ilişkin, uygun bilişsel-davranışçı tekniklerle beraber tedrici biçimde sosyal beceri eğitimleri sunmak için zaman harcanmalıdır.

İçgörünün Eksikliği

Bilişsel çalışmanın üçüncü potansiyel zorluğu bu teknikleri, kendi bilişsel süreçlerine ve otomatik düşüncelerine ilişkin çok az içgörüsü olan veya hiç olmayan hastalara uygulamaktır. Tekrarlanan derin sorgulamalara rağmen anksiyeteli oldukları durumlardaki düşüncelerini belirtmezler. Bunun yerine, anksiyetelerinin birden bire ortaya çıktığını veya stres verici herhangi bir kaynaktan bağımsız oluştuğunu söylerler.

Bu noktada danışanlara nedensel analiz becerisinin önemini öğretmek özellikle önemlidir. Yaşadıkları anksiyetenin

hem içsel hem de dışsal nedenlerini incelemeleri gerekir. Anksiyetenin bir neden olmadan asla oluşmayacağını ve bu nedeni tanımlamanın çok önemli olduğunu vurgulamalısınız. Aksi taktirde hastalar anksiyetenin kontrol ve tahmin edilemez olduğuna inanmaya başlarlar. Bu tutumlar ilerde sadece anksiyete bozuklukları olan bireylerin belirttikleri hipervigilans ve incinebilir, savunmasızlık hislerine katkıda bulunurlar.

Danışanların belirli bir durumdaki otomatik düşüncelerini saptamalarına yardımcı olmak için, alternatif durumlara verdikleri tepkileri keşfetmek, ortaya çıkan korku sonucunun tanımlamasında yararlı olabilir.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİNİN ETKİNLİĞİ

Anksiyete bozuklukları, şizofreni, depresyon ve alkol istismarının dahil olduğu birtakım mental bozukluklarda bilişsel-davranışçı terapinin etkinliği kesindir. Bilişsel-davranışçı terapi agorafobinin eşlik ettiği veya etmediği panik bozukluk ve sosyal fobi dahil anksiyete bozukluklarının tedavisinde özellikle etkin bulunmuştur. Buna bir örnek, Barlow ve arkadaşlarının, ılımlı agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğun tedavisinde güvenilir bir psikolojik alternatif olan uygulamalı relaksasyona karşı bilişsel-davranışçı tekniklerin daha etkili olduğunu ispatlamalarıdır. Bu çalışmanın sonuçları, bilişsel-davranışçı tedavi gören hastaların yüzde 80'inin, haftalık 12 seans sonunda panikten arındıklarını göstermiştir. Buna oranla uygulamalı relaksasyon aldıktan sonra hastaların sadece yüzde 40'ı gelişme göstermiştir. Bekleme listesindeki hastaların yüzde 30-35'i ise benzer seviyede gelişme bildirmişlerdir.

Bilişsel-davranışçı müdahaleler güvenilir plasebodan ve tedavi almamaktan yalnızca daha etkin bulunmamışlar aynı zamanda en az tedavi sonrasında hemen uygulanan farmako-

lojik yaklaşımlar kadar da iyi bulunmuşlardır. Örneğin, panik bozukluğu için bilişsel-davranışçı tedavi, plasebo ilacı ve bekleme listesi kadar alprazolama da üstün gelmiştir. Panik bozukluk için bilişsel-davranışçı tedavi trisiklik antidepresanlarla çok iyi kombine olmaktadır. Alprazolam (Xanax) gibi bazı yüksek etkili benzodiazepinler, uzun dönemde psikolojik bazlı maruz kalma tedavilerinin etkilerine müdahale edebilirler. Örneğin Isaak M. Marks ve arkadaşları göstermişlerdir ki, tedavinin başındaki gelişme, bir ilacın tedavinin parçası olmasında da, maruz kalmayı içeren bir bilişsel-davranışçı tedavinin uygulanmasında da eşittir. Ancak uzun dönem takiplerde, ilaç tedavisi alanlar tam relapslar göstermişlerdir.

Sosyal fobi tedavisinde de benzer sonuçlar bildirilmiştir. Sonuçlar, bilişsel-davranışçı grup terapileri ile monoamine oksidaz inhibitörünün (MAOI) aşağı yukarı aynı etkinlikte olduğunu ve ikisinin de ilaç plasebosu veya güvenilir bir eğitimsel destek tedavisinden önemli derecede daha etkili olduğunu göstermiştir. Takip süreçlerinden gelen öncü sonuçlar, karşılaştırılabilirliğin devam ettiğini sergilemiştir. Ancak ilaç tedavisi ile gelişme gösterenlerde, ilaç kesildiğinde relapslar başlar oysa bilişsel-davranışçı terapi ile gelişme gösterenlerde kazanımlar korunur.

I I I

Bu bölümde bilişsel-davranışçı terapinin prensiplerine ilişkin kısa bir giriş sunduk ve bazı basit tekniklerini örnekledik. Bilişsel-davranışçı terapinin anksiyete bozuklukları tedavisinde kısa, etkin, yüksek derecede uygun maliyetli bir yöntem olduğunu gösterdik. Bilişsel-davranışçı terapiyi, olası pek çok alternatif arasından, danışanın anksiyetesini kontrol edebilmesi için yardımcı bir strateji olarak görüyoruz. Bilişsel-davranışçı teknikler maruz kalma terapisi, rahatlama egzersizleri, farma-

koterapi ve psikodinamik psikoterapilerle kolaylıkla kombine edilir. Teoriler arasındaki anlaşmazlıklar, etkin tedavi yöntemleri kullanmamızı engellememelidirler. Nihayet terapistler olarak ana hedefimiz hastalarımıza yardım etmektir.

NOTLAR

S. 89, *David H. Barlow anksiyeteyi*: Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorder*. New York: Guilford Press.

S. 91, *Aaron T. Beck entellektüel, ampirik ve davranışsal yaklaşımları*: Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: Meridian; Beck, A. T. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

S. 97, *David M. Clark bilişleri iki ayrı grupta sınıflandırır*: Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

S. 106, *anksiyetesinin odağı ile ilişkili egzersizler geliştirebilmek dikkatlice düşünmeyi gerektirir*: Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic II*. Albany, NY: Graywind Publications.

S. 113, *Bilişsel-davranışçı terapi ... özellikle etkin bulunmuştur*: Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304; Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.

S. 113, *Barlow ve arkadaşlarının, ... olduğunu ispatlamalarıdır*: Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.

S. 114, *tedavi trisiklik antidepresanlarla çok iyi kombine olmaktadır*: Mavissakalian, M. R. (1993). Combined behavioral and pharmacological treatment of anxiety disorders. In J. M. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *Review of Psychiatry, Vol. 12* (pp. 565-584). Washington, DC: American Psychiatric Press; Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.

S. 114, *Isaak M. Marks ve arkadaşları göstermişlerdir ki* (1993): Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliott, P. T., Kirby, M., McNamee, G., Sengun, S., & Wickwire, K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.

4. BÖLÜM

PROGRESİF RELAKSASYON (KADEMELİ GEVŞEME)

Paul Lehrer ve Richard Carr

Progresif relaksasyon (PR), insanlara günlük hayatta yaşanan kas gerilimi hakkında ince bir farkındalık kazanmayı ve istendiğinde bu gerilimi nasıl yok edeceğini öğreten bir tekniktir. 1930'larda seçkin bir doktor ve psikolog olan Edmund Jacobson tarafından geliştirilmiştir. Tekniğin varyasyonları sonradan, daha yakın zaman davranışçı terapistlerince oluşturulmuştur.

Progresif relaksasyon (Kademeli gevşeme) çok küçük derecelerdeki kas gerginliklerini fark etme ve bu gerginliği gönüllü biçimde durdurma eğitimini içerir. Her oturumda bir ya da birkaç kas grubu üzerinde çalışılarak, eğitimi alan kişi tüm bedenini gevşetmeyi öğrenene dek eğitim sürer. Eğitimi alanlar aynı zamanda farklı aktivitelere yönelik (yürümek, oturmak, araba kullanmak, yazı yazmak, duygusal konularda konuşmak...gibi) farklı kasları gerginleştirmeyi (ve ayrımlaştırarak gereksiz kasları relaks hale getirmeyi) de öğrenirler. Tüm bedenin daha etkin kullanımını destekler ve yorgunluk, baş ağrıları, kronik ağrı, stres, solunum düzensizlikleri, akut ve kronik kaygının oluşumunda bir faktör olduğu saptanmış olan aşırı kas gerginliğini de giderir.

PROGRESİF RELAKSASYON NE YAPAR?

Progresif relaksasyonun kısa eğitimi, kas kasılması baş ağrısı ve kas ağrısının diğer formları gibi güçlü kas problemlerinin söz konusu olduğu durumlarda otojenik eğitim gibi daha az kas odaklı yöntemlerden daha etkin görünmektedir. Ancak PR eğitiminin daha yoğun formları otonomik ve bilişsel bazlı problemlerin tedavisinde de büyük ölçüde kullanılmaktadır. Jacobson ve arkadaşları bilişin ve otonomik canlanmanın PR tarafından etkilenebildiği nöral yollar ileri sürmüşlerdir. Otonom sinir sisteminin PR tarafından etkilenmesine dair mekanizmalara en geniş kapsamlı açıklama Ernst Gelhorn'dan gelmiştir.

Gelhorn, çizgili kaslardaki (istemli olarak kasılabilen kaslar) liflerin, beynin retiküler sistemi denilen bir bölümüne büyük ölçüde sinir girdisi olduğunu, bunun da sempatik sinir sistemini (kalp aksiyonu, kan basıncı ve terlemeyi kontrol eder) uyararak anksiyetenin bir parçası olan fizyolojik tepkiler paternini ürettiğini belirtir. Sinir lifleri tetikte ve gergin olma duygularını artırarak retiküler sistemden korktekse de gider. Böylece eğer progresif relaksasyon (kademeli gevşeme) retiküler sisteme girdi sağlayabilirse sempatik sinir sistemi aktivitesi, tetikte olma hissi ve bunlarla ilişkili bilişsel aktivite kırılacaktır. Jacobson'un erken dönem klinik gözlemlerini takiben psikolog F. J. McGuigan sabit olarak düşünme işleminin kas aktivitesini içerdiğini ve çok derin kas gevşemesi esnasında tüm düşüncelerin yok olduklarını deneysel olarak göstermiştir.

Bu nedenle PR, otonomik sinir sisteminden etkilenen somatik sorunların tedavisinde geniş ölçüde kullanılmaktadır. Bu sorunlar yaygın anksiyete ve fobiler gibi tamamen psikolojik olanların yanı sıra hipertansiyon, irritabl bağırsak sendromu ve astım gibi sorunları da kapsar. Nöromasküler gerilimi içeren psikosomatik problemlerde davranışçı tedavi seçimidir. Aynı zamanda endişe, insomnia ve obsesif ruminasyonların tedavisinde de kullanılır.

Biyogeribildirim İlişkisi

Kitabın bu bölümü Jacobson'un orijinal yöntemine çok benzer, tüm çizgili kasların tamamen gevşemesi amacıyla kas gruplarının kontrolünü ve farkındalık eğitimini vurgulayan bir yöntemi açıklamaktadır. Biyogeribildirimin elektromiyogram (EMG) kullanılan yoğun teknoloji içeren yöntemine daha çok benzerlik gösterir. Aslında Bell Laboratuarları mühendislerinin işbirliği ile Jacobson yüzeysel EMG'nin mucididir (yüzeyselden kasıt kaydın kasın kendisinden değil kasın üzerinden alınmasıdır). Bugün bu, tüm EMG biyogeribildirim ünitelerinde kullanılmaktadır. Buna "entegre eden nörovoltmetre" demiştir.

Jacobson yüzey EMG'nin sıfır mikrovoltlarını gevşeme için altın standart olarak kullanmıştır. Ancak gevşeme eğitimi sırasında EMG biyogeribildiriminin kullanımını onaylamamıştır. Kariyerinin ileriki bir döneminde biyogeribildirimi klinik olarak uygulamayı denese de yöntemi reddetmiştir çünkü öğreniciyi bir makinenin varlığına bağımlı hale getirdiğini hissetmiştir. O zamanlar entegre eden nörovoltmetre büyük bir odada geniş bir yer kaplamaktaydı ve bırakın portatif bir EMG'yi evde kullanılabilir bir alet bile düşünülemezdi. Modern, taşınabilir yüzey EMG biyogeribildirim aleti bu fikri yumuşatabilirdi. Daha yakın dönem araştırmalar EMG biyogeribildiriminin, özellikle aşağıda anlatılan daha kısa PR yöntemlerine oranla, bazı bireyler için gevşemeyi öğrenmeyi kolaylaştırdığını göstermiştir.

Klinik deneyimimizde dikkat çekici bir azınlık danışanın gergin kaslarındaki gerilme hissini izole etmeyi zor bulduklarını ancak biyogeribildirim makinelerinden yarar sağladıklarını gördük. Makineler, gece diş gıcırdatmasının tedavisinde önemli olabileceği gibi uyku sırasındaki kas gerilmelerinin farkındalığını öğretmekte özellikle yardımcıdır. Ayrıca bazı bireylerin içsel sinyallerden çok dışsal sinyallere tepki verdik-

lerine dair kanıtlar vardır. Bu bireyler "dışsal kontrol" testlerinde yüksek puanlar alma eğilimindedirler (başlarına gelenlerin kendi aksiyonlarının sonucu olarak değil, dış güçlerin etkisiyle oluştuğunu düşünme eğilimindedirler) ve bir deneyimin tamamen içine girme yeteneklerine ve hipnotize olabilmelerine yönelik testlerde ise düşük puan almaya yatkındırlar.

Orijinal Yönteme Karşı Değiştirilmiş Yeni Yöntemler

Jacobson gevşeme önermelerini kullanmayı reddetmiştir. Eğitimi alan kişilerin gerçekten gevşemediklerinde, gevşediklerini düşünmelerini istememiştir. Bu perspektiften bakıldığında, gevşemenin iyileştirici etkileri kişinin gevşemiş olduğuna inanmasıyla ilişkili mental etkilerden değil, kas gevşemesinin kendisinden kaynaklanır.

Jacobson'un erken dönem tanımlamalarından sonra PR pek çok değişikliğe maruz kalmıştır. Bunların çoğu prosedürü kısaltmayı veya kas becerilerini öğrenmeyi, hipnotik veya otojenik benzeri önermelerle artırmayı hedefler. Literatür incelendiğinde, bu kısa yolların, tekniğin doğasını ve klinik etkilerini değiştirdiği görülür. Gevşemeye dair algıların hemen hissedilmesine neden olsalar ve sözel ifadelerin etkileri daha çabuk gerçekleşse de, gerçek anlamda kas gevşemesi yaratmada etkilerinin daha az olması beklenebilir. Örneğin bazı sözde PR yöntemleri hipnotik ve otojenik önermelerin kullanımlarını içerir. Bunlar sıklıkla daha ilk oturumda bütün kas gruplarına eğitim verir ve daha sonraki oturumlarda da bu tutumu tekrarlarlar. Oysa Jacobson'un yöntemi her oturumda birkaç kas grubuyla çalışır.

Klinik deneyimimize göre danışanların görece küçük bir grup kaslarını fark edip, gerginliği sıfıra ya da sıfıra yakına düşürebilmeleri için günler hatta haftalar gerekmektedir. Yeni, değiştirilmiş yöntemler ilk oturumlarda daha yüksek dü-

zeylerde gevşemeye neden olsalar da, eğitim süresince tam anlamıyla bir farkındalık ve kontrol sağlanmaz. PR'ın ilerleyen, aşama aşama giden bir eğitim yapısı vardır. Bir kas grubundan diğerine ilerler ve daha yoğun gerilimden küçük kas hareketlerinin farkındalığına doğru çalışır. Yeni eğitimlerden birini almış kişiler, buna deneyimli klinisyenler de dahildir, yeterli süre Jacobson'un yöntemini uyguladıklarında kaslarında niteliksel olarak çok daha büyük oranlarda hassasiyet ve kontrol kazandıklarını bildirmişlerdir. Ancak eski ve yeni yöntemleri karşılaştıran sadece birkaç deneysel çalışma vardır ve metodolojik zayıflıkları nedeniyle bunlardan hiçbiri yayınlanmamıştır. Şu anda her iki yöntemi de uygulamış uygulayıcıların klinik raporlarına güvenmek durumundayız.

Bazıları Jacobson'un yöntemine alışıldık klinik ortamda pratik olmaması nedeniyle karşı çıkmıştır: Çok uzundur, çok uzun süreli bağlılık gerektirir ve "relaksasyon deneyimini" vurgulamaz. Gerçekte, Jacobson'un PR başlıklı klasik kitabında (revize edilmiş versiyonu 1938'de Chicago Press Üniversitesi tarafından basılmıştır), hastalarının çoğunun haftada bir kas grubu üzerine eğitim aldığını ve eğitimin aylarca sürdüğünü yazmıştır. Ancak başka bir yerde eğitimin çok kısa yöntemlerini (bir oturumluk olacak kadar) tanımlamıştır. Jacobson tercihinin daha yavaş ve yoğun yöntem olduğunu yazmış olsa da, yöntemin oldukça kısa olarak eğitimde nasıl kullanılacağını da göstermiştir. Yazarlardan biri kendi eğitimi sırasında her bir oturumu belli başlı bir bölgedeki kasların tamamı üzerinde çalışarak geçirmiştir: Kollar, bacaklar, gövde, boyun, yüzde göz çevresi bölgesi, yüzde konuşma bölgesi, ağız ve gırtlak. Eğitim haftada bir ya da ayda bir olarak sürüyordu.

Jacobson teyp bandının eğitimde kullanılmasından da kaçınmıştır. Banttan gelen yönergelerin, tekniği öğrenirken danışanların küçük içsel ipuçlarına olan dikkatlerini dağıtacağını düşündüğünü belirtmiştir. Aynı zamanda kasların gerginliğine veya gevşekliğine dair içsel ipuçları yerine banda ba-

ğımlı olacaklarını söylemiştir. Gevşemek için banda bağımlı olan danışanlar, yeni öğrendikleri becerileri nasıl uygulayacaklarını asla öğrenemeyebilir bunun yerine gerçek kas gevşemesine değil önermelere bağlı kalırlar.

Sadece teybe kaydedilmiş yönergelerle yapılan eğitim performans ve öğrenmede bireysel çeşitliliğe izin vermez ve yeni bir kas becerisi öğrenilirken gereken geribildirimi ve düzeltmeleri sağlamaz. Bu nedenle, sadece banttan gelen yönergelerle eğitilmiş kişilerin neden genelleştirilebilir bir gevşeme becerisine sahip olmadıklarına ilişkin iyi bir kanıttır. Teyp olmadığı bir oturumda fizyolojik fonksiyonlar üzerinde ölçülebilir gevşeme etkileri yaratılmazlar.

Revize edilmiş gevşeme metotları da genellikle bireyin bir kası gerip sonra bırakarak gevşeyeceği izlenimini iletir. Jacobson'un niyeti asla bu değildi. Ger-bırak talimatları, tedavinin başlangıcında, didaktik bir araç olarak verilir—danışanın gerilimi "hissetmesi" ve gevşemeye çalışırken ne yapmaması gerektiğini fark etmesi için. Ancak gerilim gevşemenin tersidir. Bu nedenle Jacobson, tedrici gevşeme direktifinden bahsederken, "gevşeme egzersizi" ifadesini kullanma konusunda bile uyarmıştır. Gerçekte, danışan bazen daha gevşemiş hissetse bile, birkaç saniyelik şiddetli gerilimin daha sonra kas gerilim düzeylerini yükselteceğine dair hem Jacobson laboratuarından elde edilen hem de bizim kendimizin gördüğü bazı kanıtlar vardır.

EĞİTİMİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Jacobson'un metodunun illa uzun dönemli bir eğitim gerektirmediğini bilmek okuyucuyu şaşırtabilir. Jacobson PR'da uzun dönem gerektiren (yirmi ya da daha fazla) pek çok vaka tanımladıysa da aynı zamanda bunun pratik olmadığını da fark ederek, yukarıda bahsedildiği üzere eğitimin bir otu-

ruma kadar düştüğü vakalar da tanımlamıştır.

Bu metodun en önemli özelliği kasların ayrı ayrı eğitilmesi ve öğrencinin kas hareketlerindeki güç algılanan dereceleri bile fark etmeyi öğrenerek bunları elimine etmek için gerekli kas kontrolüne hakim olmasıdır. Bu bölümde okuyucuya PR eğitiminin yaklaşık sekiz oturum süren detaylı bir tanımını yapacağız. Öncelikle bazı genel faktörleri ele alacağız.

Çevre

Progresif relaksasyon öğrenen danışanlar günde bir saat pratik yapmalıdırlar. Eğitimi alanları çoğu ev ödevlerinde bu hedefe erişemiyor olsalar da evde düzenli çalışma yapmak bu tekniği öğrenmek için gereklidir. Bazı stresli kişilerin yoğun tempodaki hayatları pratik yapmak için gereken zamanı engelliyor görünmektedir. Bu kişilere sabah daha erken kalkmalarını öneririz. Çünkü progresif relaksasyon uygulaması sırasındaki dinlenme zaman zaman sabah uykusundan elde edilenden daha etkin olur. Ev ödevini uygulamak için belirlenmiş bir ideal zaman yoktur. Ancak yöntemi gece yatmadan önce uygulamak kişiler bu yöntemi uyguladıklarında yorgunlarsa uyuyakalabildiklerinden gerçek bir çalışmayı sekteye uğratabilir. Gece uyumadan önce yapılan uygulama yorgunluk ve insomia ile ilişkilendirilen irritabilite ve stres semptomlarını gidermeye yardımcı olsa da danışan uykusu esnasında yeni kas gevşetme becerileri öğrenmez.

Danışan evde alıştırma yaparken telefonu fişten çekmeli ve aile bireylerine rahatsız edilmemesi gerektiğini söylemelidir. Tüm gevşeme yöntemlerinde günün bir kısmını kendine ayırmak vardır ve sağladığı yararın bir kısmı da buradan gelmektedir. Danışanlar uygun gevşeme becerilerine sahip olduklarında, stresli durumlardan (iş toplantıları, sosyal karşılaşmalar...) sonra "minik uygulamalar" yapmaya ve stresli aktivitelerde farklılaştırılmış gevşemeye yönlendirilirler.

Gevşeme egzersizi için danışanın bol ve rahat giyinmesi gerekir. Karın kısmını sıkıca saran (pantolonlar, elbiseler, kemerler) kıyafetler hem kas gerilimini hem de nefes almayı olumsuz etkileyebilirler. Kontak lensler, gözlükler, mücevherler ve ayakkabılar çıkarılmalıdır. Danışan yatağa veya uzanma koltuğuna sırtüstü yatmalı, sırtı, başı ve boynu destelenir şekilde olmadır. Eğer danışan evinde yatağında pratik yapıyorsa başını bir yastıkla desteklemelidir. Işıklar kısılmalıdır. Genellikle çok tokken/ açken ve ağır bir fiziksel egzersizden sonra uygulama yapılması önerilmez. Hazıma veya açlığa yönelik algılar kişilerin kaslarına yönelik dikkatlerini dağıtır. Kas yorgunluğu ise küçük gerginlikleri algılamayı önler.

Eğitimin Sekansı

Eğitim genellikle kollarla başlar çünkü gerginlik sorunları nadiren burada meydana gelir ve kollarda çok fazla sayıda istemli kas yer alır. Problemli yerlerdeki gerilimi algılamak ve kontrol etmek daha zor olduğundan eğitim genellikle problemli bir alanda başlamaz. Başarıyı eğitimin erken bir döneminde sağlamak pedagojik uygulama için iyi bir etki yapar bu nedenle zaten başarının sağlanmış olduğu bir bölge ile başlarız. Kolları genellikle bacak kasları, gövde kasları, boyun ve yüz takip eder.

Yüksek gerginlik genellikle bedendeki semptom bölgelerine yakın yerlerde oluşur. Gerginlik bedenin herhangi bir yerindeki ağrıyı artırıcı bir etki de gösterebilir. Kompanse edici gerginlik uzak bölgelerde de yer alabilir çünkü kişi duruş şekillerini değiştirerek ağrıdan kaçınmaya çalışır ve kompanse eden bölgedeki kaslarını gerer. Yukarıda bahsedildiği gibi minimal bir mental efor bile kas gerilmesine neden olabilir. Bedenin belli bir yerini düşünmek genellikle göz kasları ile birlikte oradaki kasların gerilmesine neden olur. McGuigan özellikle göz kaslarını ve sözel düşünceyi içeren görsel dü-

şüncenin öncelikle ağız ve gırtlak kaslarını gerdiğini bulmuştur. Tam bir beden gevşemesi durumunda bilinçli düşüncenin mümkün olmadığına inanmaktadır.

Farklı Tekniklerin Etkinliklerini Karşılaştırma

Bazı danışanlar sadece progresif relaksasyondan büyük yarar sağlasalar da, genellikle progresif relaksasyonu başka yöntemlerle kombine ederiz. Çizgili kas gerginliğinin belirgin semptom olduğu problemlerde tek başına da özellikle etkin görünmektedir (örneğin kasların kasılmasının neden olduğu baş ağrısı). Progresif relaksasyonun göreceli kısa eğitimi (beş veya altı oturum) otojenik eğitime göre daha fazla kas etkisine ve daha az otonomik etkiye (kalp atış hızı, tansiyon, terleme) sahiptir. Beden üzerinde ise transendental meditasyon gibi mantra meditasyon yöntemlerine göre çok daha baskın etkiye sahiptir. Ayrıca PR diğer iki yönteme göre daha az "gevşeme kaynaklı kaygı" örneği üretir.

Progresif relaksasyonun bazı revize edilmiş yöntemleri EMG biyogeribildirimine göre çizgili kas gevşemesinde daha zayıf sonuçlar verir. Ancak klasik Jacobson yöntemi henüz EMG ile deneysel olarak karşılaştırılmamıştır. Akılda tutulmalıdır ki gevşeme yöntemleri yıllarca yoğun olarak uygulandıklarında, çoğu yaygınlaşmış bir etki (kas, otonomik ve bilişsel) yaratır. Ancak çok az kişi kendilerini böylesi bir disipline adar, genellikle kişiler yöntemleri tam olarak öğrenmezler. Görece kısa uygulamalardan sonra yöntemler arasındaki gözlenebilir farklar klinik olarak önem taşır.

Progresif Relaksasyonu Diğer Tekniklerle Kombine Etmek

Progresif relaksasyon (PR) diğer yöntemlerle kolayca kombine edilebilir. Fobilerin tedavisinde genellikle sistematik du-

yarsızlaştırma ve maruz kalma terapisi ile kombine edilir. Öfke kontrolü sorunlarında (evlilik ve ilişki zorlukları dahil) PR uzlaşma ve atılganlık becerileri eğitimleri ile birleştirilebilir. Çeşitli duygusal sorunların tedavisinde bilişsel terapi ile kombine edilebilir. PR'ı bu yöntemlerle kombine ettiğimizde her oturumun yaklaşık yirmi-otuz dakikasını (bazen her ikinci oturumu) PR'ı ve günlük kullanımını öğretmeye harcarız. Geri kalan zaman ise diğer tedavi yöntemlerine harcanır.

PR'ı diğer gevşeme teknikleri ile kombine etmek, yönergeler birbirleriyle çatışabileceği için daha sorunludur. Ancak deneyimli bir uygulayıcı farklı yöntemlerin mantıklarına bağlı kalarak bu kombinasyonları da etkin olarak hayata geçirebilir. Örneğin, otojenik eğitim önermeler kullanırken, progresif relaksasyon bundan kaçınır. Otojenik eğitim ve meditasyon içsel konuşmanın sözel ifadesinden yararlanırken progresif relaksasyonda bundan kaçınılır çünkü konuşmak vokal kaslarda gerilim yaratır. Ancak bazen otojenik yönergeler otonomik kontrolü öğrenme hızını artırmada yararlı olabilirler. Meditasyon da ilk oturumlarda kaygı uyandırıcı düşünceleri kontrol etmekte yardımcı olabilir. Tüm yöntemlerin ileri düzey uygulamalarında dinginlik vurgulanır. Etkili yöntemler dinginliğe giden yollar olarak görülebilir. PR'ı günlük hayatta uygulayan birey artık kaslarını kasıp gevşetmez, sadece özgür bırakır. Benzer biçimde otojenik eğitimin uygulayıcıları veya ileri düzeyde meditasyon yapanlar, artık formülleri veya mantraları içlerinden seslendirme gereği duymazlar. Gevşeme, homeostas ve bütünleşme için bedenleri ve zihinleri üzerinde direkt kontrol sahibi olurlar.

Uygulama Gerekleri

Jacobson, hastalarına hergün bir saat PR pratiği yapmalarını ve daha sonra gün boyunca da farklılaşmış gevşemeler uygulamalarını önerir. Araştırmalar gerçekten böyle bir adanma-

nın, stresle ilişkili çeşitli tıbbi ve psikolojik problemlerde terapötik cevap almak için gerekli olmadığını göstermiştir. Kişi yöntemin temellerini öğrendikten sonra haftada bir veya iki kez uygulama yapması yeterli görünmektedir. Ayrıca stres semptomları yaşadığında veya stresli bir durum beklentisinde yöntemi kullanabilir.

Kasları gevşetmeyi öğrenmek, yüzmek veya bisiklete binmek gibi diğer basit kas becerilerini öğrenmeye benzer. En iyi performansı göstermek biraz pratik yapmayı gerektirir ancak bir kez öğrenildiğinde beceri kişinin davranış repertuarına girer ve ihtiyaç duyulduğunda kolayca hatırlanabilir. Eğer kişi yöntemden hoşlanmazsa ve yöntemi kullanma ihtimali çok azsa başka bir yol denemek en iyisidir. Araştırma sonuçları, eğer danışanlar uygulama yapmayı tamamen bırakırlarsa, semptom düzeylerinin tedavi öncesi hallerine döndüğünü bulmuştur.

YÖNTEMİ ÖĞRETMEK

Aşağıdakiler progresif relaksasyonu sekiz oturumda öğretmek için kullandığımız bir el kitabına dayanmaktadır.

Danışana Yöntemin Temelini Sunmak

Her terapötik müdahalede olduğu gibi, terapist-danışan işbirliği çok önemlidir. Danışanın gevşeme terapisinden beklentilerini konuşmaya zaman ayrılmalıdır. Daha sonra danışana aşağıdaki açıklama yapılır:

> Sekiz tedavi oturumu boyunca PR uygulamalarında sizi yönlendireceğiz. Bu yöntem, stres verici durumlarda ortaya çıkan kaygılı tepkilerinizi gidermenizi öğrenmeye yardımcı olması için geliştirilmiştir. Bedeninizdeki tüm majör kasları gevşet-

meyi öğrenmenizi içerir. Önce kollarınızı gevşetmeyi öğrenmekle başlayacağız, sonra bacaklarınız, daha sonra bedeniniz (karın, göğüs, sırt, omuzlar), gözleriniz ve en son olarak da ağzınız. Gözleri ve ağzı en sona bırakıyoruz çünkü bu bölgelerdeki kas gerilimini kontrol etmeyi öğrenmek daha zordur. Bununla beraber önemlidir. Ne zaman kişi endişelense veya sinir bozucu bir olayla ilgilense göz çevresindeki kasların geriliminde bir artış olur. Bu da bazen alın bölgesinde gerilimden doğan baş ağrılarını yaratır. Aşağıdaki başlarken dikkate almanız gereken bazı önemli konular yer almaktadır:

1- Anksiyete ile kas gerilimi arasındaki ilişki. Gerilim ve anksiyete duygularınız kas gerilmeleriyle ilişkilidir. Gergin olduğunuzda hatta bir şey düşündüğünüzde, kas gerilmesi meydana gelir.
2- Gevşeme ile kontrol. Çok gergin veya kaygılı hissettiğinizde bu duyguları kontrol edebilmeniz sizin için iyi bir şeydir. Kontrolün bir yolu kaslarınızı gevşetmeyi öğrenmektir. Problem, kişilerin çoğunun kaygılı olduklarında kas gerilmelerinin farkında olmamalarıdır. Farkında olsalar bile kaslarını kontrol edemezler. Size, kas gerilimi semptom üretmeden önce onu nasıl fark edeceğinizi ve kontrol etmenin bir yolunu öğreteceğim.
3- Gevşeme nasıl öğrenilir. Bu prosedürde sizden bütün bedeninizdeki kasları kasmanızı ve gevşetmenizi isteyeceğim. Böylece kas geriliminin nasıl bir his olduğunu ve onu nasıl kontrol edeceğinizi öğreneceksiniz.
4- Amaç. Bunun amacı size egzersiz yaptırmak değildir. Zaten yapıyor olduğunuzu fark etmenizi sağlayarak yaptığınız şeyi durdurmanıza neden olmaktır, bu da gevşemedir. Bir şeyler yapmak her zaman gerilmeyi içerir. Bu eğitimde size bir şeyler yapmadan durmayı öğreteceğim. Gevşeme bundan ibarettir.
5- Hedef. Arabanızı çalıştırmanızla ilgili bir analoji yapmama izin verin. Tıpkı arabanızın kontağını kapattığınızda motorun durması gibi, kaslarınızı durdurduğunuz zaman,

bir şeyler yapmayı da bırakacak ve gevşeyeceksiniz. Ancak çoğumuz motoru sürekli çalışır durumda bırakıyoruz. Bu eğitimin amacı istediğinizde motoru kapatmayı öğrenmek. Kaslarınızı tamamen durdurduğunuzda düşünceleriniz bile durur. Gevşemek hiçbir şey yapmamaktır. Durmaktır. Sorunuz var mı? Uygulama yapana kadar anlaşılması zordur.

Aşağıdakiler önemli noktalardır ve eğitim boyunca tekrarlanmalıdır:

Durdurmayı/kapatmayı veya tepkisiz olmayı, gevşemek için hiçbir çabanın gerekmediğini belirtmek için kullanırız. Gevşeme için çaba göstermek, başarısız olmak demektir. Gergin olduğunuzda kendinizi durdurmayı/kapatmayı öğrenerek sadece daha gevşemiş hissetmez aynı zamanda diğer konularda daha etkili olmanızı sağlayacak enerjiyi de korumuş olursunuz. Kas gerilmesi ve sinirsel alışkanlıklar enerjiyi boşa harcayarak sizi yorgun hale getirir. Bu, tıpkı gerekmediği halde lambaları açık bırakıp pili azaltmaya benzer. Gevşeme bir beceridir, pratik yapmak çok çok önemlidir.

Sizden bu tekniği her gün bir saat uygulamanızı istiyorum. Eğer bunu yaparsanız, kaslarınızdaki gerilimi yavaş yavaş gün boyunca fark etmeye başlayacaksınız ve günlük işlerinizi yaparken gevşeyebileceksiniz. Bu aşamalı bir süreçtir. Bu uygulamanın faydalarını fark etmeye başlamanız günler hatta haftalar alabilir.

Sorunuz var mı? Kaygı duygularınız kas gerilimi ile ilişkilidir. Gergin veya sinirli olduğunuzda hatta kaygı yaratan bir durumu düşündüğünüzde kas gerilmeleri meydana gelir. Sorun, çoğu insanın bunları fark etmemeleri dolayısıyla kontrol edememeleridir. Size gerilimi fark etmeyi ve istediğinizde gidermeyi öğreteceğim. Bedeninizdeki çeşitli kasları birer birer kasıp gevşeterek gerilimi fark ve kontrol etmeyi öğreneceksiniz. Kas germek gevşemeye yol açmaz. Sadece size gevşemediğiniz zaman nasıl hissettiğinizi ve bu duyguları nasıl kontrol edeceğinizi öğretir.

Problemli Kaslarda Sorun Giderme

Eğitim esnasındaki herhangi bir noktada danışan gerilimi fark etmede, ya da gerilimi diğer içsel uyaranlardan ayırmada zorluk yaşayabilir ya da basitçe konuyu anlayamaz. Aşağıda danışanın kaslarındaki gerilimi fark etmeleri ve üstlerinde kontrol sağlamalarına yardımcı olacak dört strateji bulunmaktadır:

1. Terapist, danışan yapmasını söylediği hareketi yaparken o bölgede ellerini kullanarak direnç oluşturur. Terapistin bu hareketi kas üzerindeki hissi artırır ve algılamayı kolaylaştırır.
2. Danışanlar kendilerine kontrol hissi veren bir sinyali hissetmeleri gereken yerlerine dokunurlar ve terapist hareketi yapmalarını söyler, kas gerilmesine ilişkin bir algı hissedip hissetmediklerini sorar.
3. Terapist danışanın bir kontrol sinyali hissetmesi gereken yerine elini koyar ve hareketi yapmasını söyler, bir yandan da herhangi bir gerilme algılayıp algılamadığını sorar.
4. Terapist bu bölgenin bireysel problem noktasını olduğunu belirtir ve eğer böyleyse pratik yaparak bu bölgedeki algıyı artırmanın kolaylaşacağını; danışan genel olarak daha gevşediğinde gerilmeyi hissetmenin daha kolay olacağını söyler.

Jacobson'un kendisinin genelde iki-dört aşamalarını kullanmadığını çünkü danışana gerilmeyi nerede hissedeceğini söylemenin gevşemeye dair önerilmiş algılar yaratabileceğini bunun da gerçek gerilme yeri ile uyuşmayabileceğini düşündüğünü belirtmeliyiz. Bu çok konservatif yaklaşım bazen danışan için moral bozucu bir engel olabilir. Yüzeysel EMG geribildirimi danışanın gerilim algılarının gerçekten geçerli olup olmadığını anlamak için nadiren kullanılabilir.

Bundan sonraki bölüm bireysel oturumların içeriklerini anlatmaktadır.

BİRİNCİ OTURUM: KOLLARIN PROGRESİF RELAKSASYONU

Her bir aşama için önce dominant kolla başlayın daha sonra diğer kolla tekrar ediniz. Danışana duygusal bir kırıklık yaşamadığı sürece kasılmayı nerede hissetmesi gerektiğini söylememeye çalışınız. Danışanın bunu, aynı bölgeyi tekrar tekrar kasarak keşfetmesine izin veriniz. Eğer pek çok denemeden sonra hâlâ bir algı söz konusu değilse ve karşı tepki doğmuşsa başka bir kas grubuna geçiniz. Ancak en sonunda terapist danışana doğru noktayı gösterebilir. Her kas grubu için danışan gerginlik hissini kazanana kadar o bölgedeki kasları tekrar tekrar kasmasını söyleyiniz. "Gerilmeleri Azaltma Yöntemi"ni kullanınız (aşağıda açıklanmıştır). Hassasiyeti gittikçe artan biçimde eğitmek için gerilimi aşamalı olarak azaltmayı deneyiniz. Danışan, gözlemcinin zorlukla fark edebileceği çok küçük hareketlerindeki gerilmeyi bile algılayabilmelidir.

1. Bir koltuğun kolluğunda kolu gevşek biçimde dururken danışana elini bileğine doğru bükmesi söylenir böylece parmaklar kırkbeş derecelik bir açıyla tavanı gösterir. Kolun ön kısmındaki gerilimi izleyin. Ön kol ekstansör kasındaki gerilimde farklı algılara dikkat çekin. Bu algı daha kolay hissedilen bilek eklemindeki zorlanma ve ters kasın (kolun alt kısmı) pasif gerilimiyle tezat oluşturmalıdır. Gerçek kas gerilimi genellikle bir sıkışma olarak algılanır. Eklem zorlanması ise gerçekten acı verici olabilir. Pasif algılar ise esnemeden niteliksel olarak farklıdır. His doğru şekilde algılandığında danışana durmasını söyleyin.

Ön kol kası yaklaşık yirmi-otuz saniye durdurulduktan sonra danışandan esneme hareketini tekrarlamasını isteyin. Ancak bu sefer ilk denemenin yüzde ellisi oranında bir gerilme sağlansın. Eğer danışan bu yüzde ellilik farkı hissedemi-

yorsa gerilimi hissettiği noktaya elini geri bükmesini söyleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemi ile devam edin.

2. Gerilmeleri Azaltma Yöntemi. Eğer danışan yüzde elli gerilimi hissedebilirse tekrar bir yüzde ellilik azaltma yönergesi verin. Şimdi gerilimi hissedip hissetmediğini sorun. Daha sonra eli sandalyenin kolluğunda gevşemiş halde kalıncaya dek yüzde elli yüzde elli gerilim azaltma yönergelerine devam edin. Kasılmalar arasında ise tamamen durmasını isteyin. Bu Gerilmeleri Azaltma Yöntemi'dir.

Kolun otuz saniye ya da daha fazla gevşek kalmasından sonra danışana şu yönergeleri verin: "Sadece başla, çok yavaş çok hafifçe elini bileğine doğru geri bük ama bu sefer o kadar yavaşça yap ki elini oynattığını zorlukla göreyim... Orada gerilmeyi hissediyor musun? Elini arkaya doğru hiç bükmeden de o gerilmeyi yaratabilir misin? Güzel! Şimdi tamamen dur." Daha sonra odadan iki dakikalığına çıkın ve çıkarken danışana durma halinde beklemesini söyleyin. Odadan çıkmak danışanın evde yapması beklenen gevşeme için pratik yapmasını sağlayacaktır. Terapist odaya tekrar girdiğinde danışanın hareket etmeden gevşemiş halde kalıp kalmadığını not etmelidir. Eğer hareket etmediyse danışan övülmelidir. Eğer gerilme veya hareket meydana geldiyse terapist bundan bahsetmeli ve danışana gevşemenin hiçbir şey yapmamak demek olduğu hatırlatılmalıdır.

3. Danışan şu şekilde devam etmelidir: Kolunu iskemlenin kolluğunda gevşemiş halde tutmalı, sonra yana yuvarlamalı böylece baş parmağı tavana bakar pozisyona gelmelidir. Eli bedene doğru bükmesini söyleyerek ön kolun iç yüzeyindeki fleksor kasların gerilmesini izleyin. Ön kol ekstansöründe esneme hissi meydana gelebilir ve bilek ekleminde de zorlanma hissedilebilir. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Gerilim hissini eklem zorlanması ve pasif esneme ile karşılaştırın. Danışanın algılaması ve durmasından sonra terapist daha önceki gibi odadan iki dakikalığına çıkmalıdır.

Bu sürede danışana halen kalmış gerilim hissi var mı diye kendini gözlemlemesini ve gevşemek için hiçbir şey yapmamasını söyleyin. Gevşemenin "bir şey yapma"nın tersi olduğunu ve gevşemeye çalışmanın gerçekten gevşemeyi engelleyebileceğini anımsatın.

4. Kolu iskemlenin kolluğunda düz biçimde tutun ve el gevşemiş olsun. Sanki elin arka tarafıyla omuza dokunulacak gibi kolu dirsekten geriye doğru bükün. Biseplerdeki (pazulardaki) gerilimi izleyin. Kolu dikey yönde sadece yarı yola gelecek kadar bükün. Daha güçlü algı için avuç içi yukarıya baksın. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.

5. Alt kolu iskemlenin kolluğunda düz olarak tutarak danışan elini bileğinden aşağıya doğru bükmelidir (eğer gerilimi hissetmek zorsa ve daha fazla bükme gerekiyorsa bileğin altına bir kitap koyun). Üst kolun arkasındaki gerilimi izleyin (triceps). Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.

6. Eğer danışan bir kasının algısına ulaşamıyorsa, yukarıda yer alan Problemli Kaslarda Sorun Giderme bölümüne bakın.

7. Danışana durduktan sonra arta kalan bir gerilim hissedip hissetmediğini sorun. Bunun zamanla azalacağını açıklayın.

Evde Yapılacak Uygulama

Genel yönergeleri danışanla beraber gözden geçirin. Sonraki birkaç gün danışan öğrendiklerini uygulamak için günde bir saat harcamalıdır. Ayrıca danışana günde birkaç kez kol kaslarını kontrol etmesini ve gerilimden arındırmasını söyleyin (özellikle duygusal veya zihinsel gerilim yaşarken).

İKİNCİ OTURUM: BACAKLARIN PROGRESİF RELAKSASYONU

Bu oturumun ve her oturumun başında progresif relaksasyonun mantığını tekrar tekrar özetleyin. Pratik yapma oturumları esnasında deneyimlerden ve oturumlar esnasında da tekniklerin uygulanışından bahsedin. Yönergelere dikkat ettiği ve onları kullandığı için danışanı övün.

Bacakların gevşemesi en iyi yatakta, koltukta veya arkalıklı bir sandalyede arkaya yaslanılan bir pozisyonda yapılır. Her basamak için önce bir bacakla başlayın sonra diğer bacakla tekrar edin. Danışanın kollarındaki kas gerginliğini durdurarak başlayın ve sonra iki dakika dışarı çıkın. Danışanlar daha sonra şu şekilde devam etmelidirler;

1- Ayağı bilekten yukarı doğru bükün, parmaklar başa doğru baksın. Bacağın üst kısmındaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
2- Ayağı bilekten aşağı doğru bükün, parmaklar bedenden uzağa doğru baksın. Baldırlardaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
3- Bacağın aşağı kısmını uzatın, ayağı ve alt bacağı gevşemiş tutun ki gerilim dizle karın arasındaki bölgede hissedilsin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
4- Topuğu ayak dayayacak yer varsa oraya, yatakta/koltukta iseniz ucundaki tahtaya bastırın (ayakucunda tahta yoksa bu basamak atlanmalıdır). Sonra sanki arkadaki birine tekme atacakmış gibi bacağı bükün. Kalçanın arka tarafındaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.

5- Sırtüstü yatar durumda bir bacağı koltuktan (iskemleden, yataktan) sarkıtırken dizi yukarı çekin. Karnın derinliklerindeki, arkaya doğru kalça eklemi yakınındaki kaslardaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
6- Dizin arkasına bir yastık koyun. Dizin ve üst bacağın arkasını yastığa doğru bastırın. Arkanızdaki gerginliği izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
7- Terapist gerektikçe ters basınç uygulamalıdır. Basamaklar pek çok kez tekrar edilebilirler. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanırken gerilimin hissedilmesi gereken yer hakkında minimum ipucu verin.
8- Danışana bacağını gevşetmesini öğrenirken kollarını gevşemiş tutmasını hatırlatın.

Evde Yapılacak Uygulama

Genel yönergeleri danışanla beraber gözden geçirin. Sonraki birkaç gün danışan öğrendiklerini uygulamak için günde bir saat harcamalıdır. Çalışma kollardaki gerilimi iki dakika durdurmakla başlar ve bacaklardaki gerilimi giderici döngülerle devam eder. Ayrıca danışana günde birkaç kez kol ve bacak kaslarını kontrol etmesini ve gerilimden arındırmasını söyleyin (özellikle duygusal veya zihinsel gerilim yaşarken).

ÜÇÜNCÜ OTURUM: GÖVDENİN PROGRESİF RELAKSASYONU

Çalışma bir iskemlede ya da yatak veya koltuğa sırtüstü yatılarak yapılabilir. Yine uygulama esnasında deneyimlerden diğer zamanlarda ise tekniğin nasıl kullanıldığından bahsedin. Pratik yaptığı için ve PR kullanımı için danışanı övün. Danı-

şanın problemli olduğunu düşündüğü alanlar için yönergeleri tekrarlayın.

Danışana durması için talimat verin ve sonra iki dakika için odadan çıkın. Daha sonra danışan şu şekilde devam etmelidir:

1- Karnı içeri çekin. Tüm karındaki gerilimi izleyin.
2- Omuzlar ve kalça iskemledeyken karnı yavaşça yukarı kaldırın ve arkaya yaylanın. Omurganın altında iki tarafta oluşan gerilmeyi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
3- Omuzbaşlarını iskemleye değdirmek istermiş gibi omuzları geriye doğru bükün. Arkada, kürek kemiklerinin arasındaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
4- Sol kolu göğsün üstünden çapraza doğru karşı duvarı gösterir gibi uzatın. Bir gerilim sinyali fark ettiğinizde kolun göğsün üstüne düşüp gevşemesine izin verin. Göğsün önünde, sol kola yakın yerdeki gerilimi izleyin (pektoral kaslar).
5- Aynı şeyi diğer tarafla da tekrarlayın. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
6- Omuz silkecekmiş gibi omuzlarınızı yukarı kaldırın. Omuzların tepelerindeki ve ensedeki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
7- Bir süre için soluklarınıza konsantre olun. Nefes alırken göğüste oluşan gerilimi hissedin. Nefes verirken durdurun. Her defasında daha derin nefes verin. Eğer gerilim fark edilir değilse biraz daha derin nefes alın. Nefesi içeri çekerken tüm göğüs ve/veya karındaki hafif gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.

8- Danışana tüm eğitilmiş kaslar için gevşeme sağlamasını ve gün boyunca aşırı kas gerilmesinin farkında olmasını hatırlatın.

Evde Yapılacak Uygulama

Ev uygulamaları daha önceki oturumlardaki gibidir sadece yeni yönergeler vardır. Danışan gün boyunca, sıradan aktiviteleri ile uğraşırken, daha önce üzerinde çalışılmış olan kaslarının gerginliğini birkaç kez kontrol etmeyi hatırlamalıdır. Teknikler özellikle gerilim semptomları hissedildiğinde kullanılmalıdır.

DÖRDÜNCÜ OTURUM: BOYNUN PROGRESİF RELAKSASYONU

Bu eğitim bazen üçüncü oturumdaki eğitimle kombine edilir. Önce uygulama esnasındaki deneyimlerden ve hafta boyunca diğer zamanlardaki uygulamalar hakkında konuşun. Danışanı tekniği doğru kullandığı ve uygun şekilde uygulama yaptığı için övün. Danışanın problemli olduğunu düşündüğü alanlar için yönergeleri gözden geçirin.

Danışana gerilimini durdurması yönergesini verin ve önceki oturumlardaki gibi iki dakikalığına odadan çıkın. Daha sonra danışan şu şekilde devam etmelidir:

1- Başı arkaya doğru atın böylece çene tavanı göstersin. Ensedeki ve belki de daha aşağılardaki gerilimi izleyin.
2- Başınızı yavaş yavaş kaldırarak çenenizi göğsünüze doğru indirin. Boynunuzun yanlarından önüne doğru gelen gerilimi izleyin.
3- Kafanızı kaldırın burnunuz tavana baksın, sol kulağı omzunuza değdirmek ister gibi başınızı sola doğru eğin.

Boynun sol yanındaki gerilimi izleyin. Boynun sağ tarafında da biraz kas esnemesi hissi duyabilirsiniz, bu kas gerilimi değil, kas zorlanmasıdır. Eğer danışan gerilimi hissetmekte zorlanırsa kafası ile terapistin elini itmesini sağlayın.

4- Diğer taraf için de tekrarlayın. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.

5- Terapist daha sonra kollardaki kasları elle muayene eder ve gevşemeyi kontrol etmek için kolları, bacakları ve başı oynatır.

Evde Yapılacak Uygulama

Ev uygulamaları daha önceki oturumlardaki gibidir sadece yeni yönergeler vardır. Danışan gün boyunca, sıradan aktiviteleri ile uğraşırken, daha önce üzerinde çalışılmış olan kaslarının gerginliğini birkaç kez çabucak kontrol etmeyi hatırlamalıdır. Teknikler özellikle gerilim semptomları hissedildiğinde kullanılmalıdır.

BEŞİNCİ OTURUM: GÖZ KASLARININ PROGRESİF RELAKSASYONU

Uygulama esnasındaki deneyimlerden ve hafta boyunca diğer zamanlardaki uygulamalar hakkında konuşun. Danışanın problemli olduğunu düşündüğü alanlar için yönergeleri gözden geçirin. Progresif relaksasyon (kademeli gevşeme) mantığının üzerinden geçin. Daha sonra danışan bugüne dek üzerinde çalışılan kaslarını durdururken bir süre için odadan çıkın. Danışan şu şekilde devam etmelidir:

1- Kaşları kaldırarak alnın kırışmasını sağlayın. Tüm alna yayılan gerilmeyi hissedin.
2- Kaşlarınızı çatın veya kaşlarınızı aynı hizaya getirin. Gözler arasında gerilmeyi izleyin.
3- Gözleri sıkıca kapatın. Gözkapakları üzerindeki ve çevresindeki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
4- Gözkapakları sıkıca kapalıyken yukarı doğru bakın ve gerilimi hissedin. Otuz saniye durdurun. Aşağı doğru bakın ve gerilimi hissedin. Otuz saniye durdurun. Sağa doğru bakın ve gerilimi hissedin. Otuz saniye durdurun. Sola doğru bakın ve gerilimi hissedin. Otuz saniye durdurun. Dümdüz ileriye doğru bakın ve gerilimi hissedin. Otuz saniye durdurun. Her seferinde göz kürelerindeki kasların gerilimini izleyin.
5- Göz kürelerinizin hareketi üzerinde düşünmeden gözlerinizi kapatın. Bir tenis maçında olduğunuzu ve filenin hizasında oturduğunuzu hayal edin. Topun sağdan sola, sağdan sola...vs gittiğini hayal edin. Bunu yaparken göz kürelerinizdeki gerilimi izleyin. Hayal etmeyi bırakın ve her şeyi durdurun. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.

Evde Yapılacak Uygulama

Ev uygulamaları daha önceki oturumlardaki gibidir sadece yeni yönergeler vardır. Danışan gün boyunca, sıradan aktiviteleri ile uğraşırken, daha önce üzerinde çalışılmış olan kaslarının gerginliğini birkaç kez çabucak kontrol etmeyi hatırlamalıdır. Endişeli olduğunuzda veya içsel bir görsel imaj deneyimlediğinizde gözdeki gerilime dikkat edin.

ALTINCI OTURUM: KONUŞMA BÖLGESİNİN PROGRESİF RELAKSASYONU

Beşinci oturumdaki gibi başlanır ve daha sonra danışandan aşağıdakileri yapması istenir:

1- Dişlerinizi sıkın. Alt çenenin arkasındaki ve şakaklarındaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
2- Ağzınızı ve çenenizi açın. Alt çenenin yanlarındaki ve boynun çene çizgisinin altındaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
3- Gülümsüyormuş gibi dişlerinizi gösterin. Yanaklardaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
4- Dilinizi ön dişlerinize doğru itin. Dilinizdeki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
5- Dilinizin ucunu ağzınızın alt kısmına bastırın ve boğazınıza doğru geri çekin. Dilinizdeki ve ağzınızın tabanındaki gerilimi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
6- Surat asarkenki gibi dudaklarınızı birbirine bastırın. Dudaklar ve çevresindeki gerilmeyi izleyin. Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.
7- Birden ona kadar yüksek sesle sayın, dilde, dudaklarda, göğüste...vs olduğu gibi ses telleri alanındaki gerilimi de izleyin. Tellerin titreşimlerine göre kas gerilmeleri farklılaşmalıdır. Sonra alfabeyi söyleyerek devam edin. Normal konuşma sesi ile başlayın ve gittikçe daha yumuşaklaşan bir tonla devam edin ve L harfine geldiğinizde artık fısıldıyor olun. Alfabeyi sadece Q harfine kadar düşünün. Baş-

langıçta terapistin de danışanla beraber uygulamayı yapması yararlıdır. Yanaklar, dudaklar, dil, çene kasları, boğaz, göğüs ve hatta karındaki gerilimi izleyin. Eğer danışanlar bu gerilimi hissetmekte zorluk çekiyorlarsa gerilimi artırmak için tiz bir ses kullanmalıdırlar. Daha sonra terapist iki dakikalığına odadan çıkar.

Evde Yapılacak Uygulama

Daha önceki oturumlarla aynıdır. Danışanın düzenli egzersizin yanı sıra gün içinde birkaç kez tüm kas gruplarını kontrol edip gerilimi gidermesine devam etmesini söyleyin.

YEDİNCİ OTURUM: DİFERANSİYEL (FARKLILAŞMIŞ) RELAKSASYON

Terapist öncelikle problemli alanları gözden geçirmeli ve sorunları gidermeye çalışmalı, gevşeme prosedürüne göz atmalı, ek yönergeler vermeli, ihtiyaç duyulduğu şekilde Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullandırmalı ve daha sonra iki dakikalığına odadan çıkmalıdır. Odaya geri döndüğünde şu şekilde devam etmelidir:

1- İlk gevşeme ve sorun çözme: Danışanın bir iskemlede dik oturmasını sağlayın ve ilk önce herhangi bir kas grubuna dair bir zorluk yaşayıp yaşamadığını sorun. Sora danışana durdurması söyleyin ve odayı birkaç dakikalığına terk edin. Döndüğünüzde gene arta kalan gerilmeyi sorup tamamen gevşememiş olabilecek kasların kontrolünü kazanmak için Gerilmeleri Azaltma Yöntemini kullanın.
2- Kasları gözden geçirme: Bedendeki her kastan yavaşça, danışana vermiş olduğunuz yönergelerin sırasıyla söz edin. Danışana sırayla her kasını gözden geçirip kontrol

etmesini ve gevşemiş durumda olduklarından emin olmasını isteyin.

3- Farklılaşmış relaksasyon: Danışana okuması için bir kitap verin, okumaya devam ederken bile gevşemenin devamına yönelik yönergeleri izlemesini söyleyin. Geribildirim verin, talimatları bildirin ve danışanı cesaretlendirin. Stres veya duyguyu hissedebildiği yerler hakkında danışanla konuşun. Gevşemiş durumdayken bazı stres duygularını ortaya çıkaran konular hakkında nasıl konuşacağını öğretmek istediğinizi söyleyin. Özellikle kollar, bacaklar ve yüz kaslarındaki yaygın gerilmeleri not edin ve danışana konuşurken gevşemiş olarak kalmaya çalışmasını anımsatın. Gerilimi fark ettiğiniz anda derhal geribildirim verdiğinizden emin olun.

Evde Yapılacak Uygulama

Danışana gün içinde tüm kas gruplarını gevşetmek için kontrol etmeye devam etmesini söyleyin. Gerilim esnasında farklılaşmış relaksasyonu kullanın.

SEKİZİNCİ OTURUM: PROGRESİF RELAKSASYONU GÜNLÜK HAYATTA VE STRESLE BAŞ ETMEDE KULANMAK

Danışandan mümkün olduğunca derin gevşemesini isteyin. Danışanın gevşetmekte zorlandığı bölgeler olursa ek yönergeler verin. Danışanın kol kaslarını elinizle kontrol edin ve gevşekliğini test etmek için danışanın kollarını, bacaklarını ve başını hareket ettirin. Danışanla günlük hayatta diferansiyel relaksasyon uygulamaları ve stresli zamanlarda programlı gevşeme periyodlarının kullanılması hakkında konuşun.

Danışanlarla Fiziksel Temasta Cinsel Konular

Bilindik psikoterapötik uygulamanın aksine, PR bazen danışan ve terapist arasında fiziksel temas gerektirir. Bu özellikle danışanın kontrol algısının gücünü artırmak için terapist danışanın hareketine direnç uyguladığında olur. Terapinin cinselleştirilmesi olasılığı, danışanın gözlerinin kapalı olması ve kas gevşemesinin kişinin kendisinden yararlanılabileceği duygusunu artırması gerçeğinden yola çıkar. Odadaki tek diğer insan ise terapisttir. Danışanın geçmişi ve kişiliği ile alakalı olarak bu duygular artabilir. Benzer biçimde bu durum terapistin cinsel karşı aktarımını da harekete geçirebilir.

Terapist ve danışan arasındaki cinsel temas yasağı, uygulama etiğinin o kadar temelinde yer alır ki burada bir kez daha tekrar etmeye gerek yoktur. Terapiste danışanın sadece kolları, bacakları ve başına dokunması ve her dokunma öncesinde danışandan izin alması önerilir. Jacobson'un prosedüründe danışanın yönergeler arası kaslarını durdurduğu süreçlerde terapistin odadan çıkması da aktarım ve karşı aktarımı gidericidir.

BİREYSEL ÖRNEKLER

Progresif relaksasyonun klinik uygulamada gerçekte nasıl kullanıldığını görmenin iyi bir yolu vaka raporlarını okumaktır. Aşağıda yazarların tedavi ettiği üç danışanın hikayesi yer almaktadır.

BİRİNCİ VAKA

C. biyolojik ebeveyni ile beraber yaşayan yirmi yaşında bir üniversite öğrencisiydi. Ablası evlenmişti ve ayrı yaşıyordu. C. bize geldiğinde uzun dönemli sosyal kaygı, kaçınma, girişkenlik sorunları ve spontane panik ataklar geçmişi olsa da da-

ha önce psikiyatrik tedavi görmemişti. Herhangi bir majör depresyon geçmişini reddetti ama kronik disforik bir duygu-durum ve mevcut hayatına dair genel bir tatminsizlik belirtti. Bize yönlendirildiğinde üç senelik bir ilişki yaşıyordu. Sosyal anksiyetesi için tedaviyi iki nedenden istediğini ifade etti. İlki, yüksek lisans yapmak istiyordu ancak sosyal baskılama ve kaçınmasının eğitim hedeflerine ulaşması için ciddi boyutta engel oluşturduğunu keşfetmişti. Sınıfta soru sormayı, diğer öğrencilerle konuşma başlatmayı, dersten sonra profesöre yaklaşmayı veya hocadan randevu istemeyi hemen hemen imkansız buluyordu. İkinci olarak, sosyal anksiyetesi, erkek arkadaşının arkadaşlarına "burnu büyük", "soğuk" veya sürekli öfkeli olduğuna dair bir izlenim veriyordu. Erkek arkadaşı bunları fark etmesini sağlamıştı ve böyle algılanmaktan utanıyordu. Bu nedenle ilişkisinin bitmesinden korkuyordu.

Klinik bir görüşmeden sonra Richard (ikinci yazar) C.'den anksiyetesini provoke eden durumlar, insanlar, olaylar veya mekanlara dair bir günlük tutmasını istedi. Görüşme, C.'nin en çok, bir şekilde açık seçik değerlendirilebileceği durum ve koşullardan korktuğunu ortaya çıkardı. Dükkanlardaki insanlar ya da satış danışmanları gibi anonim kişilerle etkileşime girmekten rahatsız olmuyordu. Ancak erkek arkadaşının arkadaşları ile buluşma konusunda çok kaygılıydı çünkü hakkındaki düşüncelerinin erkek arkadaşı ile ilişkisini etkilediğini düşünüyordu. Ona göre, sınıftaki davranışları her zaman diğer öğrencilerin ve hocanın değerlendirme konusu oluyor ve bu kişiler C.'nin sorularını aptalca veya kötü ifade edilmiş buluyorlardı. Ödevlerini özellikle de dönem ödevlerini erteliyordu çünkü fikirleri aptalca veya uygunsuz olarak yargılanabilirdi.

C. semptomlarını gözlerken, biz de anksiyete oluşturan sosyal işaretler listesindeki durumlara sistematik maruz kalması esnasında bir baş etme tekniği olarak kullanılabilecek PR eğitimi sürecine başladık. Okulu ve işi nedeniyle her hafta oturum yapamayacaktık. İkimiz de tedavinin başlangıcının

sıradışı olacağını biliyorduk bu nedenle PR eğitiminin başlangıcında kollar ve yüzü (gözler ve konuşma bölgesi) ikinci oturumda, gövde ve boynu üçüncü oturumda ele almaya karar verdik. Programının tahmin edilemezliği nedeniyle Robert bacakları eğitmeyi atlamaya karar verdi. Bu karar, bacaklardan daha fazla genel anksiyete kapsamında olan alanları daha çabuk eğitmemizi sağladı. Eğer C. eğitimde zorluklar yaşasaydı Robert yavaşlayacak ve C.'nin başlangıçta başarısızlık deneyimleyip moral bozukluğu yaşamaması için bilindik çizelgeyi takip edecekti.

İkinci ve üçüncü oturumlar arasında iki hafta boşluk bırakıldı. Dördüncü oturum üçüncüsünden bir ay sonra yapıldı. O zaman, C. artık panik atak yaşamadığını ve genel anksiyetesinin dikkate değer boyutta azaldığını belirtti. Özellikle karnının gevşemesinin ve diyafram nefesini özellikle yardımcı bulduğunu söyledi. Aynı zamanda diğer insanların onu titrek, sarsak olarak gördüklerine dair endişesinde de ciddi azalma olmuştu çünkü titremeye yol açan kas gerilimini nasıl kontrol edeceğini gerçekten öğrenmişti. Sadece iki eğitim oturumuna verdiği yanıtı ve bedenle omuzlarındaki gevşemeyi çok yararlı bulduğu için Robert diğer kas grupları için PR tedavisine devam etmedi. C.'nin daha sık oturum yapılması için programını ayarlayamaması da ayrıca bir neden oluşturdu.

Richard, C.'ye oturumlar arasında takip edeceği ev ödevleri hiyerarşisini yapılandırmasında yardım etti. Hiyerarşi en kolaydan en zora doğru ilerliyordu ve şunlar gibi maddeleri içeriyordu: (1) her derste bir soru sormak (2) bir sınıf arkadaşı ile konuşma başlatmak (3) profesöre sınıfta kullanılan malzeme veya ev ödevleri ile ilgili yorumda bulunmak (4) erkek arkadaşının bir arkadaşı ile kariyer ilgilerini konuşmak. Richard sosyal becerilerine ve fiziksel prezantasyonuna da dikkat çekiyordu. Omuzlarını, boynunu ve kollarını gevşetir ve ilgilendiğine dair sözel olmayan ipuçları sergilerken (başını sallamak gibi), gülümsemesi ve uygun göz kontağı kurmasına yardımcı olmak için farklılaşmış relaksasyonu ta-

nıttı. Bu konuşmalardan bir kısmı rol-play şeklinde oturumda gerçekleştirildi. Rol-play periyodik olarak durduruldu ve C.'den bedenini kas gerginliği için kontrol etmesi istendi hemen ardından rol-play devam ettirildi. Son olarak ise simültane olarak farklılaşmış relaksasyon uygularken girişimde bulunacağı durumların bir listesi C.'ye verildi.

Sonraki üç ay boyunca C. sadece üç kez görüldü ama bu süre içerisinde sosyal durumlardaki etkileşim becerisinde büyük bir ilerleme olmuştu. Erkek arkadaşı bile (C.'nin yardım aldığını bilmiyordu) arkadaşlarının yanındaki davranışları nedeniyle ona komplimanlar yapmıştı. İlginç şekilde, tedavi hedeflerinde de bir değişim bildirdi, hedefleri daha ılımlı ve gerçekçi olmuşlardı. Hayatı boyunca utangaç ve sosyal olarak kaygılı olmuştu ve tedaviye gelme nedeni sosyal becerileri çok yüksek ve dışadönük olan erkek arkadaşı gibi olmaktı. Tedavinin başında bu hedefini kelimeleştirmedi ama "kafamın arkasında bir yerde daha çok onun gibi olmam gerektiğini düşünüyorum" diyerek ifade etti. Tedavinin sonuna doğru, gerçekten herkesle beraberken çok dışadönük olmaya çalışmadığında bile, insanların etrafında daha rahat olduğunu söylediği zaman, bu düşüncelerini ortaya koydu. Konuşmayı devam ettirme baskısına karşı koymak veya erkek arkadaşı kadar dışadönük olmak yerine, anksiyete semptomlarının çoğunu PR ile kontrol edebilmekten ve insanlar etraftayken daha güvenli ve daha iyi hissediyor olmaktan tatmin olmuş hissediyordu. Tamamen yeni bir kişilik yaratıp kendini utangaçtan tamamen dışa dönük birine değiştirmektense, C. güvene ve kontrol hissine sahip olan bir birey olmasını sağlayan gerekli PR becerilerini öğrendi.

İKİNCİ VAKA

E. 67 yaşında evli bir adamdı ve uzun dönemli astım ve anfizem hikayesi vardı. Uzunca bir süre hastanede yatmasını

ve zor bir rehabilitasyonu gerektiren ağır bir astım atağından sonra Robert'i görmeye gelmişti. E. emekliliğinde fiziksel olarak oldukça aktifti ancak kasımdan temmuza kadar, astım atağını takip eden süreçte zorunlu olmayan hemen hemen tüm fiziksel aktiviteden kaçınmıştı. Doktoru depresyon tedavisi için yönlendirme yapmıştı ancak klinik değerlendirme ağır anksiyete ve fobik kaçınmayı ortaya çıkardı. Doktoru hem Richard'a hem de E.'ye, eskiden yaptığı aktivitelerini sürdürmemesi için hiçbir neden olmadığını açıklamıştı. Buna rağmen E. merdiven çıkmaktan, hava 24 derecenin üzerinde olduğunda dışarı çıkmaktan veya kondisyon bisikleti kullanmaktan korkuyordu. Her sabah yataktan çıkmaya hazırlanırken sabah konjesyonunun yeni bir astım atağının kesin sinyali olduğuna inanıyor ve belirli anksiyete krizleri geçiriyordu.

E.'nin tedavisinde birkaç davranışsal strateji kullanıldı. Richard astım semptomları ile anksiyete semptomlarını ayırt etme becerisini artırması için E.'nin düzenli olarak ciğer gücünü ölçen bir cihaz kullanmasını istedi ve aşamalı maruz kalma için de detaylı bir plan yapıldı. Bu plan günlük aktivitelerini kademeli olarak artırmak ve anksiyete ile kaçınmayı tetikleyen çeşitli durumlarla yüzleşmeyi içermekteydi. Sürecin merkezinde PR eğitimi yer almaktaydı. PR eğitimiyle beraber aynı zamanda, anksiyeteye en az neden olan durumla başlamak üzere günlük maruz kalma süreci de başladı. Nefes almayla ilgili sorunlar nedeniyle diyafram nefesi eğitiminden büyük yarar sağladı. Diyaframını kullanarak derin ve yavaş nefes alırken omuzlarını ve bedeninin üst kısmını gevşetmeyi öğrendi. Nefes verirken mümkün olduğunca uzağa üflerken karın kaslarını gevşetti. Kolları, bacakları, boynu, göz ve konuşma bölgeleri için de PR aldı. Bu eğitim yaklaşık beş oturum sürdü.

E., sabahları normal kalkış saatinden yirmi dakika önce kalkarak kademeli gevşemeyi (PR) düzenli olarak uygulamaya başladı. Bu, tipik olarak çok kaygılı olduğu bir zaman

dilimiydi. Ciğer kapasitesi ile ilişkili olmayan nefes alma zorlukları yaşadığında, omuzları için farklılaşmış relaksasyon ve diyafram nefesi kullandı. Haftalık tedavinin başlamasından iki ay sonra sabah anksiyetesi belirgin biçimde azalmış ve kondisyon bisikletini kullanmaya başlamıştı. Merdivenlerden korku duymadan çıkıyordu ve ruh halinde belirgin gelişmeler vardı. Planlanmış maruz kalma oturumları sırasında farklılaşmış relaksasyon becerilerini kullandı. Egzersiz yaparken duraksayabiliyor ve aktiviteye dahil olmayan kaslarını gevşetip nefesini düzenlemeye çalışıyordu. Bunu özellikle yararlı bulduğunu söyledi. Anksiyete hissettiğinde diyafram nefesini ve farklılaşmış relaksasyonu kullanarak kendini kontrol ediyordu. İlaç tedavisine neden olan sorunların çoğu kaygının tetiklemesiyle ortaya çıktığından eskisine oranla daha az ilaç kullandığını da belirtti.

ÜÇÜNCÜ VAKA

T. kırk beş yaşında boşanmış bir kadındı. İki ergen oğlu ile yaşıyor ve sekreter olarak çalışıyordu. Uzun süreli, ağır baş ağrıları nedeniyle doktoru tarafından gevşeme terapisine yönlendirilmişti. Hasta baş ağrılarının ergenlikte başladığını ve genellikle stres ve/veya yorgunluk dönemlerinde ortaya çıktığını bildirmişti. Geçmiş altı yıllık kötü evliliği boyunca stresi yükselmiş ancak ilk oturumdan sekiz ay önce boşanmasıyla beraber düşme göstermişti. Stresinin azalmasına rağmen baş ağrılarında bir azalma olmamıştı. Baş ağrılarını tanımlaması migren ile kas kasılmalarının bir karışımını gösteriyordu. Şiddetliydi, başı ve boynu mengenede gibi oluyordu, başının iki taraftaki sıkışma ve içindeki basınçtan sanki gözlerinden kafasının içindekiler akacakmış gibi hissediyordu. Bu ağrılar genellikle gece oluyor ve ağrıya mide bulantısı, kusma, diyare ve fotofobi eşlik ediyordu. Genellikle her ay menstrual periyodla senkronize olarak ağrı orta-

ya çıkıyordu. Her baş ağrısından bir gün önce aura (ışıklar görüyordu), iştah azalması ve genel bir keyifsizlik hissediyordu. Başı ağrımadığı zamanlarda elleri kronik olarak soğuktu ancak ağrıyla beraber ısınıyorlardı.

Doktorundan gelen raporda baş ağrıları dışında test bulgularının CAT ve EEG sonuçları dahil hastanın normal bir tıbbi geçmişi olduğu belirtilmişti. Migren için çeşitli ilaçlar denemiş olduğu halde sadece hafif bir rahatlama sağlamışlar fakat istenmeyen yan etkiler ortaya çıkmıştı.

İlk PR oturumu esnasında baş ağrısı yoktu. Paul (ilk yazar) yarım saatlik psikolojik bir görüşmeden sonra fizyolojik kontrolden geçirdi. Bu kontrolde trapez kas gerilimin yükselmiş olduğu (tepeden tepeye, sağdan sola bir açıda 24 ve 15 mikrovolt), parmakların hafifçe soğuk olduğu (sağ orta parmağın yastığında 31 derece) belirlendi. MMPI puanları yükselmiş bir savunmacılığa sahipti ama diğer skorlar normaldi ve psikopatolojiyi işaret etmiyordu. Psikofizyolojik testinde göze çarpan kas gerilimi ve bildirilen stresle baş ağrısı semptomları arasındaki ilişki nedeniyle Paul PR süreci başlattı.

İkinci oturum koldaki kasların gevşemesi amaçlı yönergelere ayrıldı. T. günde bir saat pratik yapmaya, hergün kollarındaki gerilimi kontrol etmeye ve motor faaliyetlerde kullanması gerekmediği zamanlarda kasları gevşetmeye yönlendirildi.

Yaklaşık bir hafta sonra baş ağrısı tutmuş olarak geri döndü. Kendisine göz bölgesi kaslarını gevşetecek yönergeler verildi. Geçen hafta boyunca pratik yaparken birkaç kez uykuya daldığını ifade etti. Bu oturumda baş ağrısı semptomlarında bir değişiklik olmadığını bildirdi.

Bir ay sonraki oturumda geçen oturumdan beri sadece bir kere başının ağrıdığını söyledi. Bu geçmiş haftalar içinde büyük bir gelişme olsa da, T., geçmişte de sıklıkla kısa dönemli düzelmeler yaşadığını ifade etti. Oturumun başında omuzlarında orta derecede bir rahatsızlık hissettiğini ancak

başının ağrımadığını söyledi. Paul gövde kaslarına gevşeme eğitimi verdi. Yüzey EMG düzeylerinde bir değişiklik gözlemlemedi ancak oturumun sonuna kadar omuzlardaki rahatsızlık hissi kaybolmuştu.

Bir ay sonra T., gevşeme terapisi için geri döndü ve geçen oturumdan beri hiç semptom yaşamadığını söyledi. Gevşeme tekniğiyle evde sıkça pratik yaptığını (ancak her gün değil) ve gevşeme ile bir baş ağrısını önlediğini anlattı. Baş ağrısı olmadan bu kadar uzun bir süre geçmesi son yıllarda yaşadığı bir şey değildi. Bu oturumda göz, konuşma ve omuz bölgelerine ait gevşeme yönergeleri gözden geçirildi ve Paul yüzeysel EMG ölçümleri aldı. Oturumun başındaki EMG eskisi gibi yüksekken, düzeyler oturumun sonlarına doğru yavaşça düşüş gösterdi (yaklaşık 5-8 mikrovolt, biliteral olarak, tepeden tepeye).

T. tedaviyi bu oturumla bitirmeyi tercih etti ve üç ay sonra telefonla aradığında, üç aydır hiç baş ağrısı reküransı yaşamadığını bildirdi.

Bu üç vaka kademeli gevşemenin (PR) klinik uygulamada nasıl kullanıldığının örnekleridir. Gördüğünüz gibi bu yöntem somatik semptomları veya psikosomatik hastaları tedavi etmekle sınırlı değildir. İlk vakada Richard depresyon ve sosyal anksiyetenin klasik psikolojik semptomlarını başarıyla tedavi etti. Diğer iki vakada bedensel semptomlardan şikayet vardı fakat bu sorunların basitçe kaslardan kaynaklandığı söylenemez. İkinci hasta, solunum semptomlarına dair kaygılıydı ve bu kaygı, aktivitelerini olması gerektiğinden çok daha fazla kısıtlayan organik bir temele sahipti. PR bu durumu tamamen ortadan kaldıramadıysa da durumu daha tahammül edilebilir ve hastayı daha işlevsel bir hale getirdi. Son vakamızda, muhtemelen kas bileşenine ek olarak bir de vasküler bileşen olma-

sına rağmen, PR baş ağrılarını tamamen ortadan kaldırmayı başardı. En azından hastayı takibimiz boyunca durum buydu.

Bu vakalar progresif relaksasyonun diğer yöntemlerle kombine edilmesinin yararlarını örnekler. Birinci vakada Richard, progresif relaksasyona ek olarak sistematik maruz kalmayı uyguladı. Bu vakada ve ikincisinde diyafram nefesi hiperventilasyonu gideren önemli bir ek dersti. Birinci vakada Robert içgörü odaklı bir terapistin yapacağı gibi, kendini daha fazla kabulü ve daha gerçekçi hedefleri destekledi. İkinci ve üçüncü vakalarda fizyologların beyaz önlüklerini giyip ekipmanları kullandık (ikinci vakada solunum ciğer gücü, üçüncü vakada yüzeysel EMG). Bizce böylesi bir eklektik esneklik başarılı klinik uygulama için esastır.

Özet olarak, progresif relaksasyonun tek başına bütün psikolojik ve stres problemlerini çözeceğine inanmak bir hata olsa da, genellikle bu tekniğin vakalara bir katkısı bulunur. En azından yararlı bir terapötik tamamlayıcılık özelliğine sahiptir ve bazı vakalarda PR iyileşme ve gelişim için anahtar müdahaleye dönüşür.

NOTLAR

S. 117, *1930'larda seçkin bir doktor ve psikolog olan Edmund Jacobson*: Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation (rev. ed.). Chicago: University of Chicago Press; Jacobson E. (1963). *Tension control for businessmen*. New York: McGraw-Hill; Jacobson, E. (1964). *Anxiety and tension control: A physiologic approach*. Philadelphia: Lippincott.

S. 118, *psikolog F. J. McGuigan*: McGuigan, F. J. (1991). *Calm down: A guide for stress and tension control* (rev. ed.). Dubuque, IA: Kendall/Hunt: McGuigan, F. J. (1993). Progressive relaxation: Origins, principles, and clinical applications. In P. M.

Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.) (pp. 17-87). New York: Guilford Press.

S. 120, *Jacobson'un erken dönem tanımlamalarından*: Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions.* Champaign, IL: Research Press; Bernstein, D. A., & Carlson, C. R. (1993). Progressive relaxation: Abbreviated methods. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.) (pp. 53-87). New York: Guilford Press.

S. 120, *bu kısa yolların*: Lehrer, P. M. (1982). How to relax and how not to relax: A reevaluation of the work of Edmund Jacobson. *Behavior Research and Therapy*, 20, 417-428; Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunaraj, D., & Woolfolk, R. L. (1994). Stress management techniques: Are they all equivalent, or do they have specific effects? *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, 353-401; Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L., & Goldman, N. (1986). Progressive relaxation then and now: Does change always mean progress? (pp. 183-213). In R. Davidson, G. Schwam, & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation* (Vol. 4). New York: Plenum; Lehrer, P. M. (1996). Varieties of relaxation methods and their unique effects. *International Journal of Stress Management*, 3, 1-15.

S. 121, *Jacobson'un PR başlıklı klasik kitabında*: Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (rev. ed.). Chicago: University of Chicago Press.

5. BÖLÜM

OTOJENİK EĞİTİM

Wolfgang Linden ve Joseph W. Lenz

Özgür bırakmakla her şey hallolur,
dünya bunu yapanlar tarafından kazanılmıştır.

TAO TE CHING

Bu bölüm, yazarlar olarak bizler için, gerçekten iyi bildiğimiz, yıllardır farklı hasta problemlerine uyguladığımız bir şeyi anlatma şansı sağlıyor. Ancak, aynı zamanda bu deneyimleri, daha dar bir alana, anksiyete bozukluklarına yönelik tekrar kavramsallaştırma zorluğuyla da karşılaştık. Beklenmedik biçimde otojenik eğitimi anksiyete bozukluklarıyla direkt ilişkilendiren literatür çok fazla değildir.

Otojenik eğitimin (OE) anksiyeteli hastaların klinik idaresine nasıl adapte edilebileceğini anlatmadan önce OE'nin ne olduğunu, etkisini nasıl gösterdiği yönündeki varsayımı ve nasıl öğretildiğini açıklamalıyız. Niyetimiz OE'nin doğasına dair aydınlatıcı olmak böylece OE'nin mantığını, insanların nasıl anksiyeteli hale geldikleri ve bu anksiyeteyi sürdürdüklerine ilişkin anlayışımıza bağlamaktır.

Tao Te Ching'in açılış sözü insanlara, çılgınca kendilerini ve çevrelerini kontrol etmeye çalışmaktansa salıvermeleri için cesaretlendirir. Başarmaya karşı bu tutum, "idareyi al-

mak", "geleceğe atak yapmak", "fırsatları yakalamak" ve "yetkilendirme" nin başarılı insanların sloganları olarak tasvir edilen bir zaman ve yerde paradoksal görünmektedir. Bu şekilde değerlendirdiğimizde otojenik eğitim *Tao Te Ching* yazarlarının hoşuna gitmiş olurdu, oysa 2000 yılına yaklaşırken bu durum Batılılar için böyle değildir. Yine de bu bölümün yazarları bu durumda bir çelişki görmemektedirler çünkü OE ve onun kendini düzenleyici mantığının, iletişimlerin hızlı yaşandığı kültürümüzde, anksiyetenin tedavisi ve önlenmesi için potansiyel olarak yararlı bir araç olarak hizmet edeceğine inanıyoruz.

Otojenik eğitim (OE) nedir? OE Johann Schult tarafından 1930'ların başında geliştirilmiştir. Bugün, sıklıkla bir stresle başa çıkma tekniği veya otonomik öz-düzenlemenin psikofizyoloji bazlı formu olarak sınıflandırılmaktadır. Otojenik eğitimin daha "mekanik" yönlerini açıklamak kolaydır: Danışan altı formül veya sözcük grubundan oluşan bir seti uygulayarak tekrarlamayı öğrenir. Her formül belirli bir otonomik algıya hitap eder.

Başlangıçtan beri otojenik eğitim hakkındaki araştırmaların ve klinik yazıların çoğu Almanya'da basılmıştır. 1990'da Wolgang Linden'in geniş kapsamlı bir kaynak kitabı İngilizce olarak yayınlanmıştır. Bu kitap OE araştırmasının geçmişi hakkında bir özet ve uygulayıcıların OE'yi nasıl yapacaklarının detaylı anlatımını içeriyordu. Kitap klinisyen yönelimliydi ve OE'nin bir klinik araç olarak kullanımına dair büyük ilginin oluşumuna katkıda bulunmuştur. Ciddi OE uygulayıcısının OE'yi geniş çapta klinik anlamda kullanmadan önce böyle bir el kitabını okuyarak bilgisini genişletmesinin gerektiğini düşünüyoruz.

Altı OE formülünden her biri ayrı bir algıyı ve farklı otonomik fonksiyonu hedef alır. Bu altı OE formülü ve hedef alanları aşağıdaki gibidir:

1= "Kolum çok ağır" (masküler relaksasyon)
2= "Kolum çok sıcak" (vasküler genişleme)
3= "Kalp atışım çok düzenli" (kalp fonksiyonunun stabilizasyonu)
4= "Beni soluyor" (nefes düzenlenmesi)
5= "Sıcaklık karnımın üzerinden yayılıyor" (viseral organların düzenlenmesi)
6= "Alnımın üzerinden geçen soğuk bir esinti var" (baştaki kan akışının düzenlenmesi)

Destekleyen araştırmalar, ölçülebilir fizyolojik değişimlerin bu hayali egzersizlerin uygulanmasına eşlik ettiğini ve bu farkedilebilir değişimlerin aynı zamanda semptomatik gelişime yardımcı olduğunu göstermişlerdir. Bu başlıklar çoğunlukla bu bölümün içeriği dahilinde değildir ancak altta yatan kavramsal konularla ilgili okuyucu Wolfgang Luthe ve Kenneth Lichstein ile Wolfgang Linden'in araştırmalarına başvurabilir.

NASIL İŞE YARIYOR

Otojenik eğitimin (OE) açık biçimde anlaşılması için önce danışanlarımıza sunduğumuz gibi OE'nin mantığını açıklayacak daha sonra ise konuyu daha bilimsel bir dille ifade edeceğiz.

Genel düşünce, temel öğeler öğrenildikten sonra teknikleri bireyselleştiren yapısal bir tutumla başlamaktır. Danışanlarımıza OE öğrenmenin ayakkabı çekeceği kullanmaya benzediğini söyleriz. Ayakkabılar yeniyken kişi ayağını onlara sokmak için yardıma ihtiyaç duyar ancak ayakkabılar bir süre giyildikten sonra rahat hale gelirler ve artık çekeceğe ihtiyaç kalmaz.

Danışanlara OE hedeflerinin üç aşamalı olduğu söyleriz. İlk önce kişi teknikleri yapılandırılmış formatında öğrenmek zorundadır. Açık ve net yönergeler gerekir böylece danışanlar nasıl yapacaklarını adım adım öğrenirler. Bir kez yönteme

aşina olduktan sonra bir şekilde kendi yöntemlerini geliştirmiş olduklarını keşfederler. Yöntemde küçük değişiklikler yapılır, alışkanlıklar geliştirilir ve yöntem yeni haliyle kullanılır. Son olarak danışanlar OE'yi onlar için en işe yarayan şekilde alışkanlık olarak kullanmayı keşfetmeye başlarlar ve bu danışanların strese genel bakışlarını etkiler. Oysa OE öğrenmeden önce genellikle hayatın zorlukları tarafından boğulduklarını hissederler. Devam eden uygulama ve gelişen içsel iknayla yoğun bir günde yirmi dakikalık relaksasyon, stres üzerinde kontrolleri olduğu algısını geliştirir. Danışanlar stresle baş etmede yeni bir araçları olduğunu bilerek rahatlarlar. Bu yeni araca duyulan güven, tedavinin güçlü bileşenlerinden biri olabilir.

Daha bilimsel terimlerle ifade edildiğinde, OE'nin çevresel dikkat dağıtıcıları ortadan kaldırarak, otonomik öz-düzenlemeye eşlik eden imgeleri eğiterek ve öğrenilmesi ve hatırlanması rahatlatıcı yapılandırılmış bir egzersiz seti sunarak, otonomik öz-düzenlemeyi mümkün kıldığı düşünülmektedir. Esas alınan model 1920'lerde Walter Cannon'un öne sürdüğü homeostazdır. Öz-düzenleme yeteneklerinin fizyolojik sistemde doğal olarak yapılandığını böylece düzeni bozacak veya yok edecek tesirler sözkonusu olduğunda organizmanın tekrar sağlıklı daha dengeli bir duruma dönebileceğini göstermiştir. Homeostaz esas olarak kendi kendine kurulan bir dengedir. OE parasempatik sinir sistemi ile sempatik sinir sistemi arasında denge kurmayı öğretir. OE uygulaması ile aşırı düzeyde uyarılmış sempatik sistemin (tipik olarak anksiyete durumlarında olduğu gibi) daha zayıf, daha fonksiyonel düzeylere inmesi beklenir. Bazı durumlarda tersi de olabilir; uyarılma eksikliği "yukarı doğru" daha fonksiyonel uyumlu seviyeye ayarlanabilir. Gördüğünüz gibi otonom homeostaz kavramı Tao Te Ching'in serbest bırakın ilkesine tamamen uygundur.

DİĞER TEKNİKLERLE KIYASLANDIĞINDA

Otojenik eğitim bazen bir öz-hipnotik prosedür olarak düşünülür. Bu prosedürle ilgili hipnotik şey nedir? Her OE formülü belirli bir somatik fonksiyonu hedefler. Hastalar genellikle bu fonksiyona eşlik eden imajları ve algıları, derin relaksasyonda veya hipnotik translarda yaşadıklarını bildirirler. Otojenik eğitim formülleri, OE eğitimini alan kişinin, pozitif beklentileri ve sonraki açık onaylamaları yaratarak, beklenen somatik tecrübeleri yaşayacağını ileri sürer. Algının gerçek deneyimi çabayı pekiştirir ve formüllere daha fazla güveni sağlar. Bu açıdan, hipnozun "büyüsü" kişinin kendini güdümleme sürecine işlenir. Kendi kendine hipnozda olduğu gibi OE eğitimcisi uyumu maksimize etmeye yardımcı olmak ve süreci izlemek için tekniğin öğretmeni olarak işlev görür. Ancak her yeni formülü kısaca öğrettiği zamanlar dışında yönlendirici önerilerini söze dökmez. Öz-kontrol ve öz-düzenlemenin yaşamsal algısını korumak için OE öğrencilerine asla evde dinlemeleri için dinleme kasetleri vermemenizi öneriyoruz.

Otojenik eğitimi net bir şekilde anlamak, onu sıklıkla uygulanan ve birbiriyle ilişkili biodavranışçı tedavilerden ayırmayı gerektirir. Özellikle, biyogeribildirim, meditasyon ve otojenik geribildirim ayrılmalıdır. (Başka bir popüler yöntem olan kas relaksasyonu dördüncü bölümde anlatılmıştır). Biogeribildirim, örneklemek, işlemi gerçekleştirmek ve psikolojik sinyalleri sergileyebilmek için teknik araçlar kullanır. Normal olarak, direkt farkındalığa ve insanların gönüllü kontrollerine bağlı değildir. Meditasyon OE'ye biogeribildirimden biraz daha benzer, serbest bırakmak felsefesi ikisinde de vardır. Ancak meditasyonun ve OE'nin teknikleri oldukça farklıdır. Meditasyon tipik olarak bir mental odak hedefi için bazı sabit, basit uyaranlar kullanır. OE'den farklı olarak meditasyon, özel olarak uygulayıcıyı fiziksel semptomlarına veya algılarına karşı duyarsızlaştırmaz. Meditasyon Doğu dinle-

ri uygulamalarının uzun dönemli geçmişi ile karakterizedir ve felsefi, dini köklerinden kolayca ayrılamaz. OE'nin bu tür bağlantıları yoktur.

OE'NİN TEMEL ÖĞELERİNİ ÖĞRETMEK

Otojenik eğitim bireylere veya gruplara öğretilebilir. Bireysel eğitim pahalıdır ancak öğrenme hızındaki bireysel farklılıklara ve kişisel tercihlere göre uyumu kolaylaştırır. Grup eğitiminin maliyeti kesin olarak daha düşüktür, bu da ele alınması gereken önemli bir noktadır. Gruplar danışanların karşılıklı birbirlerini desteklemelerinin sağlanmasına yönelik potansiyel bir avantaj sağlar bu da motivasyon üzerinde olumlu bir etki yaratır. Bizim kişisel tercihimiz OE'yi altı-on kişilik gruplar halinde eğitmek ve bu grupları oluştururken de aşağı yukarı homojen ihtiyaçları ve öğrenme hızları olan bireyleri aynı gruba seçmektir.

Bütün öğrenme süreci gerçekçi beklentilerden olumlu yönde etkilenir. OE'nin başlangıcında, öğrenmenin herkes için aynı olmayacağı konusunda öğrenciler uyarılmalıdır. Bazı kişiler bir haftada gözle görülür değişiklik gösterirken, bazı kişiler iki-üç haftada ve az gözlemlenebilir bir değişim yaşarlar. Danışanlara her zaman, OE uygulayıcılarının büyük çoğunluğunun ilk denemelerinde bir şeyler hissetseler bile bunun çok az olduğunu hatta hevesli ve yönergeleri her gün iki kez tamamen itaatkar bir biçimde uygulayan öğrencilerde bile bunun geçerli olduğunu söyleriz. Genellikle grup deneyiminde bir ya da iki kişi neredeyse hemen kuvvetli algılar hissederler. Genellikle bu deneyimle ilgili çok heyecanlı olsalar da, bir kişinin aşırı keyfinin, kolaylıkla diğerlerinde başarısızlık duygusu yaratabileceğinin farkında olunmalıdır. Vurguyu, formülleri öğrenmede ve düzenli uygulama yerleştirmede tutmak için dikkati bu tür "ani başarı"lardan başka yöne çekmeye çalışırız.

Fiziksel Ortam ve Postür

Otojenik eğitim(OE) için ideal fiziksel ortam, rahatsız edilmekten mümkün olduğunca uzak, 20-24 derecelerde, esneme yapılabilecek bir koltuğun veya egzersiz minderinin olduğu (bir de yastıklar) ve ayarlanabilen ışıklara sahip (en iyisi hafifçe karartılmış) bir odadır. Rahatsız edilmenin mimimum olduğu, öğrencilerin içsel algılarına konsantre oldukları bir ortam eğitim başarısını kolaylaştırır. Benzer şekilde konuşmalar otojenin temel prensipleriyle çatışır. Eğer öğrenci egzersiz esnasında konuşur veya kaset çalarsa, gerçekten otojenik olarak egzersiz yapmayı öğrenemez.

Oturumda eğitim için çok rahat bir oturma—veya, hatta daha iyisi uzanma—pozisyonu gereklidir. Beden pozisyonunun kendisi kas gerginliğine yol açabileceği ve bu da egzersizlerin ilerlemesini engelleyeceği için tüm bedenin pozisyonu rahat olmalıdır. Sırtüstü yatar biçimde boynun iyi desteklendiği bir pozisyonda egzersiz yapmak avantajlıdır. Kollar bedenin iki tarafında düz, dirsekler hafifçe kıvrık, ellerin içleri yere değer pozisyonda yatılmalıdır. Ayak uçları hafifçe dışa doğru bakmalıdır. Eğer uzanmak mümkün değilse (örneğin, öğrenci klinisyenin odasında çalışmak isterse) yüksek arkalıklı ve kolçaklı bir iskemle en iyisidir, böylece baş ve kollar desteklenir. Eğer oturuluyorsa dirsekler yaklaşık dik açıyla kıvrılmalıdır. Ayaklar yer basar, birbirlerine yakın durmalı, dizler hafifçe dışa doğru açılmalıdır.

Bu pozisyonların birinde, öğrenci şimdi ilk egzersizle başlayabilir. Konsantre olmayı kolaylaştırmak için gözler kapalı olmalıdır. Öğrenci mümkün olduğunca formüldeki algıyı imgelemeye çalışmalıdır. Bu esnada hareket etmemeli, konuşmamalı ya da başka bir şeyle ilgilenmemelidir. Kişi aklına gelen düşüncelerle, imgelerle ve anılarla savaşmamalıdır çünkü bu girişim gerginliğe yol açacaktır. Formül kökenli algıların dışındaki düşünce ve imgeleri yok saymalıdır. Danışanla-

ra, düşünceleri akarken onları izlemelerinin tıpkı bir yolun kenarında durup trafiği izlemek gibi olduğunu anlatırız. "Pek çok otobüs gelip geçebilir ama hiçbirine binmek zorunda değilsiniz. Eğer bir fikre kapılıp gittiğinizi fark ederseniz, bir sonraki köşede durun ve inin."

İlk Egzersiz: Ağırlık Deneyimi (Masküler Relaksasyon)

İlk OE egzersizi kas sistemine yöneliktir çünkü kas aktivitesi bilişsel efordan etkilenir ve insanlar da kas aktivitelerine aşinadır. Buna ek olarak hipnoz ve relaksasyon deneyimleri, kas gevşetilmesinin hemen başarılabildiğini göstermişlerdir. Kas gevşemesi kollar ve bacaklarda ağırlıklar olarak yaşanır. Dışsal bir uyarana kasıtlı konsantrasyon kas gerilimi ile ilişkilendirilir (bakmak, konuşmak, uzanmak kas hareketi ile olur). İleriye yönelik bir ek beklenti genellikle gerilimle sonuçlanır çünkü kaslar hareketin beklentisiyle gerilmiştir. Hatta kesin düşünme bile kas aktivitesi ile ilişkilendirilebilir, pek çok kişi düşünürken alınlarını kırıştırır. Her hareket niyeti—veya hatta canlı imgeleme—beden uzuvlarının gerilmesiyle sonuçlanır.

Bütün bedeni eğitimin objesi olarak kullanmak tavsiye edilmez çünkü gereken odaklanmayı başarmak zor olur. Eğitime dominant kolla başlanmalıdır. Eğer bu kol yeterli bir zaman eğitildiyse, kas gevşemesi esnasındaki ağırlık hissi diğer kola, bacaklara ve tüm vücut sistemlerine yayılır çünkü bedenin tüm uzuv ile organları aynı sinir sistemi tarafından gevşetilir. Bu mantığa dayanarak, ilk egzersiz diğer üç uzantıya yaygınlaşana kadar dominant kolda uygulanır. Diğer formüle geçmeden, ilk formül "gevşemenin tam akışı" diğer uzantılara da yaygınlaşacak şekilde, kolda başarılmalıdır.

Altı formül de benzer biçimde yapılandırıldığından, birinde uzmanlaşmak diğerlerini öğrenmeyi kolaylaştırır. Ağırlık hissi için aşamalar aşağıdaki gibidir:

1. "Sağ (sol) kolum çok ağır." (Bu, altı kez tekrar edilir)
2. "Çok sessizim." (Bu sadece bir kez söylenir)
3. Yukarıdaki bir ve ikinci aşamaları altı seri alternatifli biçimde tekrar edin.
4. Aşağıda açıklanan "geri alma" aşamalarını tamamlayın.

Normal bireylerin çoğunda, özellikle diresek kolun alt kısmında, fark edilebilir bir ağırlık hissi gelişir.

Ağırlık formülünün altı tekrarından sonra, yönergeler "geri alınır". Geri almak, öğrenciyi gevşemiş ve düşük kas beden kuvvetine geçmiş halinden kademeli olarak uyanık hale döndürecek bir sistematik aktivite setidir. Bu işlem, sürecin yansıtıcı doğasını hafifletmek için tutarlı bir şekilde yapılmalıdır. Aşağıdaki aşamalarla yapılır;

1- Kol, bir kaç kez enerjik bir şekilde bükülür ve esnetilir.
2- Kişi kısa bir süre derin nefes alır.
3- Gözler açılır.

Öğrenciler, bu üç aşamayı telkin etmek ve başlatmak için kolay bir sözel işaret kullanarak uygulamanın bu bölümünü kolaylaştırabilirler. Geri almanın kısa bir kendini telkin versiyonu aşağıdaki gibidir:

1. "Bir. Kolumu bük"
2. "İki. Derin nefes al"
3. "Üç. Gözlerimi aç"

Geri alma yanıtı sağlandıktan sonra cümlelerin yerine sadece "Bir. İki. Üç" şeklinde saymak yeterlidir.

Öğrencinin egzersizin zamanına dikkat etmesi ve kendini fazla zorlamaması önemlidir. Eğitim günde iki oturum olarak iki tekrardan oluşmalıdır. Öğrencilerin her eğitim oturumunda aşağı yukarı bir dakika boyunca ağırlık formülünü uygulamalarını destekliyoruz. Bu iki-üç dakika süren genel gevşe-

meden ve bir-iki dakikalık sessizlik aralarından önce gelir. Pek çok öğrenci özellikle egzersizleri çok iyi veya doğru yapmaya odaklanırlar. Eğer bireyin adımları bu aşırı odakla sonuçlanıyorsa, yarı bilinçli gerginlikler ortaya çıkabilir ve öğrenciler gittikçe aşırı uzattıkları egzersizlerde ağırlık hissinin artmaktansa azaldığını fark ederler.

Bu aşırı egzersiz yapma, kendini çok zorlama eğiliminin sonuçları etkilemesi oldukça yaygındır ve OE'den olumlu yanıt alınmasını etkiler. Mükemmeliyetçiliği azaltmak ve danışanların OE'nin yolundan çekilmelerini sağlamak için ilk seansta onlara şunları söylüyoruz: "Ekstra egzersiz yapmanın sadece bir nedeni vardır: Çünkü bunu yapmaktan gerçekten keyif alırsınız. Eğer egzersiz yapmak kendinizi çok iyi hissetmenize neden oluyor ve bu hissi sürdürmek için biraz daha devam etmek istiyorsanız bunda bir sorun yok. Eğer egzersizi sadece doğru yapmak için tekrar yapmak istiyorsanız o zaman bu düşünceye direnin, çizelgenizdeki tekrarları yapın, daha fazlasını değil."

Eğitimin ilk haftası içinde eğitilmiş koldaki ağırlık hissi daha belirgin hale gelir ve sıklaşır. Aynı zamanda aynı duygu diğer uzuvlarda da hissedilmeye başlanır, genellikle de aynı anda diğer kolda. Ağırlık deneyimi iki kolda da oldukça belirgin hale geldiğinde formül "Kollarım ağır" a değiştirilebilir. Formüldeki bu değişiklik gerçekleştirildiğinde geri alma prosedürü de hafifçe değiştirilir. Aşamalar aşağıdaki gibidir;

1. "İki eli de yumruk yap"
2. "Kolları birkaç kez bük"
3. "Derin soluk al"
4. "Gözleri aç ve otur"

Bu aşamalar bir kez öğrenildikten sonra öğrenci birden dörde kadar sayarak ve her rakamı özel bir yönergeyle ilişkilendirerek geri alma yapar. Çoğu öğrenci, kolları gibi bacak-

larında da ağırlık hisseder fakat bacaklar otonomik duruma daha direkt yanıt veriyor göründüğünden ve kolların geri alma prosedüründen etkilendiklerinden bacaklar için ayrıca bir geri alma prosedürüne gerek yoktur. Normal olarak egzersiz bu noktaya kadar ilerlediğinde içsel konsantrasyonun sadece kısa bir anıyla kollar ve bacaklar oldukça ağır algılanırlar. O zaman ikinci egzersize geçmenin vakti gelmiştir.

İkinci Egzersiz: Sıcaklık Deneyimi (Vasküler Genişleme)

Masküler egzersizler naif bireyin doğal bulduğu bir şeydir çünkü masküler aktivite gönüllü bir aksiyondur. Kan damarlarının bilinçli çabayla daraltılabildiği veya genişletilebildiğinin söylenmesi ise daha yeni bir olgudur ve bazı öğrenciler bunu kendilerinin de yapabileceğine inanmakta zorlanırlar. Bütün duygusal aktivitenin kan akışı ile ilişkili olma eğilimine dikkatleri çekmeye çalışırız. Genellikle bilinçli olarak yapmasalar da, insanlar utandırıcı veya korkutucu düşünceler gibi tamamen içsel olaylarda tepkilerinin bir parçası olarak kızarırlar veya solgunlaşırlar. İkinci OE egzersizi, sıcaklık hissini hedefler ve tüm peripheral kardiyovasküler sistemi etkiler. Arterlerdeki, kılcal damarlardaki, derinin damarlarındaki, organlardaki ve kas sistemindeki kan akışını etkiler. Kanın damarlardaki dolaşımı daralma ve genişlemeyle düzenlenir, bu da sinir tepkilerine cevaptır.

İlk egzersizdeki ağırlaşma deneyimi iyice öğretildiğinde ve çabuk, güvenilir biçimde sonuçlanabildiğinde, eğitim oturumları ikinci formülün eklenmesiyle genişletilebilir. Eklenen ikinci formülle öğrenci aşağıdaki gibi düşünür:

1. "Kollarım (bacaklarım) çok ağır" (Bu toplamda altı kez tekrarlanır)
2. "Çok sessizim" (Bu noktada bu sadece bir kez söylenir)

3. "Sağ (sol) kolum çok sıcak" (Bu altı kez tekrar edilir)
4. "Çok sessizim" (Bir kez daha söylenir)

Sıcaklık telkini ile çoğu kişi içsel, akıcı bir sıcaklık hissi fark eder. Bu his tipik olarak ilk önce dirsek ve alt kol alanında oluşur. Oldukça sık olarak ağırlık hissinde uzmanlaşan öğrenciler, spontan olarak, onlara direktif verilmeden sıcaklık algıları bildirirler. Sıcaklık deneyiminin geri alınışına yönelik belirli yönergeler gerekli değildir. Kan damarları elastiktir ve düzenlenmeyi sağlayan şekilde yönetilirler. Ağırlık geri alınışından sonra artan beden kuvvetiyle beraber olağan durumlarına geri dönerler.

İlk ve ikinci egzersizler her biri en az bir hafta olmak üzere, sıcaklık önce eğitimli kolda sonra dört uzuvda da kolayca ve hızlıca yaşanabilene kadar aynı şekilde devam eder. Daha sonra ağırlık ve sıcaklık hisleri tüm bedene yayılır. Kan damarı genişlemesi ve ilişkili relaksasyonun özellikle yatıştırıcı ve uyku getirici etkisi vardır. Kan damarı genişlemesini hedefleyen eğitim egzersizleri bu egzersizler tüm organizmayı etkilediğinden tamamen zararsız olmayabilir. Bu nedenle bu sıcaklık egzersizi, sadece vasküler riskleri olmayan sağlıklı insanlarda uygulanmalıdır.

Otojenik eğitime eklenen her yeni aşamada (örneğin sıcaklık deneyimi ağırlık hissine eklendiğinde) öğrenci her zaman öncelikle nasıl yapılacağını önceden öğrenmiş olduğu, bildiği egzersize konsantre olmalı sonra yeni egzersiz sadece kısa periyodlarla eklenmelidir (tipik olarak aşağı yukarı bir dakika). Yeni egzersizler, tüm egzersizin kısa tutulması ve böylece öğrencileri "mükemmel başarı" girişimlerinden korumak için sadece kısaca eklenir. Bir dakikalık segment seçimi isteğe bağlıdır ancak bizim önerimiz budur; çünkü belirlenmiş bir zaman birimidir ve bütün eğitim aşamaları birbirlerine eklendiğinde akılcı bir egzersiz uzunluğu on-onbeş dakika olmaktadır. Ağırlık ve sıcaklık hızlı ve güvenilir olarak başarıldığında üçüncü egzersiz eklenebilir.

Üçüncü Egzersiz: Kalbin Düzenlenmesi

Kalp aktivitesinin farkındalığı insanlar arasında önemli düzeyde çeşitlilik gösterir. Bazıları neredeyse her zaman kalp atışlarını ve nabızlarını kolayca fark edebilirler. Çoğunluk olan diğerleri ise bunları heycanlandıklarında, zorlandıklarında ve ateşleri çıktığında fark ederler. Bedenlerinin herhangi bir belirli noktasından kalp aktivitelerini algılamayan öğrenciler nabızlarını oryantasyon için kullanabilirler. İleri eğitimle bu öğrenciler de kalplerinin aktivitelerini hisseder hale gelirler. Eğer bu yardım yeterli gelmezse, öğrenci kalp aktivitesinden farklı yollarla haberdar hale gelebilir. Sırtüstü düz bir şekilde yatılır ki dirsek yerden destek alsın ve kalple aynı hizada olsun, sonra sol el OE poziyonundayken sağ el kalp bölgesine konur. Şimdi öğrenci ağırlığın, sıcaklığın ve sessizliğin olağan aşamalarını yapar, bu esnada da sağ elinin değdiği göğüs bölgesine konsantre olur. Elinin ağırlığının göğüste yarattığı basınç genellikle öğrencinin kalp aksiyonunu hissetmesi için yeterli olur. Birkaç egzersizden sonra artık öğrenci kalp aktivitesini farketmiştir ve tüm egzersizi tekrarlanması ile de bu deneyim daha aşikar hale gelir.

Kalp formülü "Kalbim sessiz ve kuvvetli atıyor". Bu formül altı kere tekrar edilir ve arkasından bir kez "Çok sessizim" denir. Çok az kişi kolayca uyarılır ancak bu yanıt kalplerinin kuvvetli attığı hissini canlandırır. Bu tür durumlarda formül "Kalbim sessiz ve düzenli atıyor" a değiştirilmelidir. Bu formülü kullanamayan kimseye rastlamadık, ancak bazı insanların (bu kişilere "kardiyak fobikler" denilmektedir ve bazıları panik bozukluğa sahiptir) kardiyak algılara çok hassas olduklarını ve bu formülü öğrenirken anksiyetelerinde artma hissedebileceklerini unutmayınız. Deneyimlerimizegöre, bu anksiyete kısa bir egzersizle hemen sakinleşmektedir veya alternatif olarak algılara sürekli maruz kalma uygulanabilir. (Bu bölümün sonlarında bu tür zorlukları nasıl ele alacağınıza

ilişkin maruz kalmanın panik bozukluktaki uygulanması tedavisini bulacaksınız).

Kalp algıları öğrenildiğinde (veya "keşfedildiklerinde") artık elin kalp bölgesine konulmasına gerek yoktur. Egzersize olağan şekliyle devam edilebilir. Egzersizin amacının kalp atışını yavaşlatmak olmadığı (çünkü bu öz-düzenlemeyi önler), düzenli ve kuvvetli atışlar yaratmak olduğu iyice vurgulanmalıdır. Öğrencilere kalp atışlarının yavaşlayabileceğini ancak niyetimizin bu olmadığını söyleriz. Amacımız, düşüncelerin veya beklentilerin karışmadığı bir şekilde kalbin sabit ve düzenli hızını sağlamaktır.

Dördüncü Egzersiz: Nefes Düzenlenmesi

Nefes almak yarı otonom yarı bilinçli yapılan bir aktivitedir. Otojenik eğitimde masküler, vasküler ve kalp relaksasyonu nefes almanın ritmi ile entegre hale gelir. Bu ağırlık ve sıcaklığın eğitimli koldan diğer uzuvlara otomatik olarak yaygınlaşmasına benzer. Öğrenci basitçe bu düzenlenmenin kendi kendine oluşmasına izin vermelidir. Kalp formülünde, öğrenci nefesini etkileyecek her türlü kasıtlı değişim veya etkiden kaçınmalıdır çünkü bu kasıtlı değişim, gerilim ve gönüllü aktivite ile refleks tipte bir mekanizmayla ilişkilidir. Dördüncü formülün ifade tarzı bu kavramın altını çizmektedir.

Daha önceki gibi, öğrenci dördüncü formüle geçmeden daha önce öğrenmiş olduğu tüm formülleri uygulayabilmelidir. Dördüncü formül şöyledir: "Beni soluyor" (Bu altı kez tekrar edilir). Yine daha önceki gibi bir kez "Çok sessizim" tekrarı yapılır.

Her zaman bu formülün pasif doğasını vurgularız. Bu, pek çok öğrenci için, nefeslerinde, yogadaki sistematik nefes egzersizinde olduğu gibi iradi bir değişiklik yapmak çok çekici olduğundan özellikle önemlidir. Nefesin kendiliğinden ve herhangi bir aktif ayarlama olmaksızın kendi kendini düzen-

leyici bir sistem dahilinde olması gerektiğinden, OE'de kasıtlı değişimler önlenmelidir. Kasıtlı değişimlere yönelik yıldırıcı olmak için "Beni soluyor"un "Yapmanız gereken hiçbir şey yok. Sadece sessizce gözlemleyin, nefes kendiliğinden gerçekleşecektir" anlamına geldiğine dikkat çekeriz.

Beşinci Egzersiz: Viseral Organların Düzenlenmesi ("Güneş Işınları)

Viseral organların öz-düzenlenmesi için öğrenci, iç organlardaki en önemli sinir merkezi olan solar pleksusa (karın boşluğu sinir ağı) odaklanır. Bu sinir merkezi ile ilişkilendirilen imge, buranın güneş olup sıcak ışınlarını diğer vücut bölgelerine yaymasıdır. Burası yaklaşık olarak karnınızın ortası olduğunu düşündüğünüz yerdedir.

Daha önceki dört formülü çalıştıktan sonra, öğrenci şimdi solar pleksus bögesine konsantre olur ve beşinci formülü ekler: "Güneş ışınları sessiz ve sıcak akıyor." Daha önceki gibi, formül altı kez tekrar edilir ve arkasından bir kez "Çok sessizim" tekrarı yapılır. Bu egzersizi normal bireylerin öğrenmesi yaklaşık bir hafta almaktadır. Kişi nefesini verirken nefesin vücuttan dışarı aktığı imgesi de bu egzersizde yardımcı olabilir.

Altıncı Egzersiz: Başın Düzenlenmesi

Altıncı egzersizin temelini soğuk kumaşın alında yarattığı iyi bilinen rahatlatıcı etki oluşturur. Altıncı egzersizi öğrenmek için, öğrencinin, ilk beş egzersizi yukarıda anlatıldığı gibi dikkatli ve gelişen biçimde uyguluyor olması gerekir, bundan sonra (başlangıçta sadece birkaç saniye olmak üzere) bu fomülle devam edilir: "Alnım serin" (altı kez tekrar edilir). Sıcaklığın damarların genişlemesi ile ilişkili olması gibi, alındaki tazelik hissi de lokalize bir damar daralmasına yol açmakta ve serinletici etkiyi yaratmaktadır. Çok basit bir feno-

menin bu olağandışı algıyı pekiştirmeye yol açıyor olması muhtemeldir. Bütün duvarlar tamamen hava geçirmez olmadığı için, odada her zaman hafif bir hava akımı vardır. Altıncı formülün sağladığı artan farkındalıkla, alındaki serinlik hissedilebilir ve serin bir esinti olarak tanımlanabilir.

Vücuttaki tüm kan damarları birbirleriyle bağlantılı olduğu için, lokalize damar daralması diğer kan damarlarına da yayılabilir. Bu etki, soğuk suyla dolu bir kaba parmak sokularak gösterilebilir. Yanıt olarak muhtemelen bütün el (hatta bazı zamanlarda diğer el de) soğukluğu hissedecek ve rengi solacaktır. Otojenik eğitim sırasında, alındaki serinlik telkini vücuttaki kan akışının değişimi ile sonuçlanır. Alman fizikçi Mensen, öğrencilerin üçte biri, asla bu formüle kuvvetli bir tepki oluşturamaz dese de, diğer egzersizler gibi bu egzersiz de bir haftada öğrenilebilir.

Egzersizlerin Özeti

Otojenik eğitimi en basit haliyle tamamen anlattık. Altı egzersizin tüm sekansları şimdi özetlenebilir. Bu özet için "Çok sessizim" cümlesini kısalttık. Pek çok öğrenci bu kısaltmayı tercih eder ve uygulama esnasında "sessizlik" kelimesini düşünürler. Bütün sekans aşağıdaki gibidir;

1. "Kollarım ve bacaklarım ağır" altı kez, "sessizlik" bir kez.
2. "Kollarım ve bacaklarım sıcak" altı kez, "sessizlik" bir kez.
3. "Kalbim sessiz ve kuvvetli atıyor" altı kez, "sessizlik" bir kez.
4. "Beni soluyor" altı kez, "sessizlik" bir kez.
5. "Güneş ışınları sessiz ve sıcak yayılıyor" altı kez, "sessizlik" bir kez.
6. "Alnım serin" altı kez, "sessizlik" bir kez.
7. Geri alış: Yumruk yap, kollarını bük, derin nefes al, gözlerini aç.

Eğitimden yaklaşık sekiz hafta sonra, öğrencilerin çoğu bütün algılar setini başarmış olurlar ve vurgu artık açıklanan algıların güvenilir ve çabuk uygulanmasının kolaylaştırılmasına kayar. Dört-altı ay boyunca daha günlük eğitime devam etmek daha ayırt edilebilen daha güçlü algılara yol açar ve eğitimin diğer ortamlara yaygınlaştırılması hedeflenebilir. Her oturumdan sonra geri alış prosedürünün uygulanması önemlidir (OE esnasında öğrencinin uykuya daldığı durumlar dışında). Öğrenci, aktif gerginlikten derin gevşemeye ve gevşemeden aktivasyona geçişini sağlayacak her an hazır bir mekanizma kazanır.

SORUN ÇÖZME VE ETKİNLİĞİ MAKSİMİZE ETME

Otojenik eğitim gibi standardize edilmiş bir tedaviyi uygulama girişiminde olan her terapist kısa zaman içinde klinik gerçeklik ile tam standardizasyonun sıklıkla bağdaşmadığını keşfeder: Öğrenci motivasyonunu kaybeder, beklenmedik ve kafa karıştırıcı eğitim yaşantıları, OE uygulaması veya öğrenilmesine müdahalede bulunan tıbbi veya psikolojik problemler veya düzenli egzersizi engelleyen diğer durumlar. Eğitimi devam ettirip keyifli biçimde sonlandırmak genel klinik becerilerin iyi düzeyde olmasını gerektirir. Bu genel klinik becerilerin beklenmedik engelleri olan bir danışana yardımda nasıl uygulamaya konulacağını en iyi şekilde bir örnek vakayla gösterebiliriz.

VAKA BİR

37 yaşındaki bir hemşire, Wolfgang'ın bir OE çalışma grubuna katıldı. Bu çalışma grubunda her hafta bir saat eğitim yapılıyordu, günde iki kez ev uygulaması gerekiyordu ve se-

kiz hafta devam edecekti. Kronik hastalarla çalışabilmek için uygulayıcı olmak istiyordu. Ağırlık, sıcaklık ve nefes alma egzersizlerini çabucak öğrendi ve çok keyif aldı ancak kalp egzersizinde büyük zorluk yaşıyordu. Başlangıçta elini kalbinin üzerine koymasını ve böylece kalp atışlarını daha direkt olarak hissetmesini söyledim. Hemşirelik geçmişi nedeniyle anatomi ya da fizyoloji açıklamak gereksizdi.

Elini kalbinin üzerine koymasıyla birlikte egzersize ilgisini kaybetti ve uzak kaldı. Sonunda kalp aktivitesini doğrudan hissetmenin onu endişelendirdiğini itiraf etti. Endişeleniyordu çünkü kalp aktivitesinin farkındalığını kalp ritminin bozulmasıyla ilişkilendiriyordu. Bu noktada kalp egzersizini dışarıda bırakarak diğer OE egzersizlerini öğrenmesi ve uzmanlaşması için eğitime devam ettim. Sona doğru bir kez daha nabız hissini yerini saptaması için cesaret verdim ama bu algıyı vücudunun başka bir yerinden yakalamasını istedim çünkü kalp bölgesine direkt dikkat onda anksiyete uyandırmaya devam ediyordu. Sonunda kalp atışını kulak memesinden yakalamayı öğrendi ve dikkatini verme konusunda rahatladı. Kalp ritmininin bozulması anksiyetesini artık yaşamıyordu.

Bu vaka az karşılaşılır bir durumu örneklemektedir. Ancak tecrübeli OE öğretmenleri tarafından iyi bilinen bazı sorunlar, ya OE'nin belirli bir egzersizine ya da genel relaksasyon uygulamasına özgüdür. Konuya ilişkin geniş çapta bir tartışma bu bölümün hedefi dahilinde olmasa da tipik problemlerden aşağıda kısaca bahsedilmiştir. Daha eksiksiz bir tedavi ve diğer sorunlar için Linden'in el kitabına bakınız.

Kendini Çok Zorlamak

Öğrencilerin çoğu gevşemenin oluşmasına izin vermektense gevşemeyi gerçekleştirmeye çalışırlar. Otojenik eğitimde başarının karşısına sıklıkla çıkan bu engelin aşırı vurgulanma-

ması zordur. Bu kadar sık karşılaşılan bir zorluk olduğundan ve OE kavramının merkezinde yer aldığından ilk oturum boyunca buna işaret ederiz.

Formül birin açıklandığı bölümde eğitimin başlangıcındaki sorunlarla nasıl baş edeceğiniz yer almaktadır. Kendini fazla zorlama konusunun OE eğitimcilerinin eğitim boyunca uyanık olmaları gereken bir sorun olduğunu tekrar önemle vurgularız.

Relaksasyonun Neden Olduğu Anksiyete ve Panik

Nadiren de olsa bazı danışanların gevşeme stratejileri uygularlarken, ani olarak yüksek anksiyete veya panik yaşadıkları büyük bir ilgiyle gözlenmiştir. Gevşeme biyogeribildirimi oturumlarında kaydedilen fizyolojik değerler, neredeyse bir anda oluşan, radikal artış gösteren uyanmalar bildirir. Bunlar şiddetli olduğunda relaksasyonun neden olduğu panik ve anksiyete olarak ifade edilirler. Gerçek panik ataklar kişi gevşemişken göreceli olarak nadiren meydana gelseler de, danışanların gevşerken rahatsız edici düşünceler, yeni veya tuhaf beden algıları nedeniyle anksiyete duygularının uyanması tamamen görülmedik bir durum değildir. Bu paradoksal tepki, gevşemenin anksiyete uyandırması olarak tanımlanır. Bu konudaki araştırmaların çoğu progresif kas relaksasyonu ve biogeribildirim gibi tekniklere dayanır. Otojenik eğitimde relaksasyon kaynaklı paniğe dair bildiğimiz hiçbir yayın yoktur.

Ancak elimizde OE uygulaması sırasında bildirilmiş pek çok farklı beklenmedik algıya yönelik kapsamlı bir liste var. Bu liste "otonomik akımlar"ın bütün tanımlamalarını verir. OE eğitimcisi çeşitli otonomik akımlara aşina olmalıdır: Kas spazmları, seğirmeler, huzursuzluk, miyoklinik kasılma ve danışanın geçmişinde yer alan keyifsiz somatik deneyimlerle ilişkili tekrarlayan bilişler. Çoğu durumda, otonomik akımlar endişeden çok kafa karışıklığı yaratan minör oluşumlardır.

Aşağıdaki vaka örneği, ilgili kişisel deneyimlerin nasıl oluştuğunu ve eğitim esnasında nasıl ele alınabileceğini göstermektedir.

İKİNCİ VAKA

Altmış yedi yaşında, emekli bir kadın yaygın anksiyetesini gidermek amacıyla otojenik eğitime katılmıştı. Beş hafta boyunca uygulama yapmasına rağmen bazı zorluklar yaşıyordu. Sıcaklık formülü ayaklarını da içine alacak şekilde genişletildi çünkü ne zaman "ellerim sıcak" formülünü kullansa soğuk ayakları nedeniyle (çözülmesini çok istediği kronik bir sorundu) dikkati dağılıyordu.

Ayaklarını ısıttığında burnunun arkasında bir yerde bir klik sesi duyduğunu ve hissettiğini bildirmişti. Ses kesin olarak sinüslerden geliyordu. Periyodik olarak vertigodan şikayetçiydi ve sinüslerindeki bu durumun iç kulağını etkileyip etkilemediğini merak ediyordu. Bunu "orada her şey birbiriyle bağlantılı" diye ifade ediyordu. Sonra gülerek şöyle diyordu "Ama bunun ısınan ayaklarımla ne ilgisi olduğu hakkında bir fikrim yok". Otonomik akımlar kavramının kısa bir açıklamasını yapmak ve bunların sık meydana geldiklerini ve zararsız olduklarını anlatmak danışanın bu tuhaf algıları kabul etmesi ve endişelenmemesi için yeterli oldu.

Daha fazla bilgi ve anksiyete ile paniği klinik avantaj olarak kullanmanın yolları için, bu bölümün devamında yer alan panik bozukluğun tedavisinde interoseptif maruz bırakmaya bakınız.

İlerlemeyi İzlemek ve İtaati Maksimize Etmek

İtaat ve ilerlemeyi izleme karmaşık biçimde birbirleriyle ilişkilidirler ve bu nedenle burada ikisi birlikte ele alınmıştır.

Günde iki kere uygulama ve haftalar süren eğitime rağmen ilerleme kaydedememiş bir öğrenci, devam etmek için gereken motivasyonu çabucak kaybedebilir. Bazı açılardan bu bölüme "Motivasyonu Maksimize Etmek" diye de bir başlık atılabilirdi çünkü motivasyon, itaatin ve ilerlemenin temel taşıdır. Aslında pasifçe boyun eğmeyi içerdiğinden itaat terimini çok sevmiyoruz ancak daha iyi bir terimin yokluğunda bu terimi ara sıra kullanıyoruz. Daha önce öz-düzenlemeye olan vurgumuzdaki gibi, öğrencilerin sadece yönergelerimizi takip etmeleri yerine kendileri için bir şey başarmak amacıyla çalıştıklarını düşünmelerini daha çok tercih ediyoruz.

İlerleme hemen gözlenebilir bir düzeye gelmediğinden, başlangıç motivasyonu yüksek bir öğrencinin başarı ihtimali daha yüksektir. Terapistin güven vermesi ve eğitimin başlangıcından itibaren OE'nin etkili olduğu inancına sıkıca bağlı olması çok önemlidir. Terapistin başarı beklentisinin olumlu ancak mantıklı bir resmini çizmesi önerilir: "X sayıda kişi/grup eğittim ve hatırı sayılır düzeyde fayda sağlamayan hiç kimse ile karşılaşmadım. X yıldan sonra bile hâlâ OE'yi uyguluyorum. Yaklaşık iki hafta içinde eğitimin ilk etkilerini görmeyi bekleyebilirsiniz. Bu etkiler egzersizlere devam etikçe daha güçlü ve tetiklenmesi daha kolay hale gelecektir."

İtaat üzerine deneysel bulgulara ve OE deneyimlerimize dayanarak ilerlemeyi izlemek ve itaati geliştirmek için bazı somut adımlar öneriyoruz.

Bir Eğitim Günlüğü Tutmak

Öğrenciler günlük egzersizlerini ve belirli başarı/başarısızlık deneyimlerini kaydettikleri bir eğitim günlüğü tutmalıdırlar. Öğrencilerin, gerçekleştireceklerini düşündükleri tahminlerini maksimize etmek için algıladıklarının yoğunluklarını oranlamalarını öneriyoruz. Öğrenciler her egzersizden sonra algılarını oranladıklarında bu algıların gittikçe güçlendiğini göre-

cekler, gelişimi bekliyor hale gelecekler ve yazılı olduğu için bu süreç son derece açık olacaktır. Her terapi oturumunun başlangıcında bakılacak günlük, geçen haftanın eğitim egzersizlerinin bir özetini vereceği için elbette çok yararlı olacaktır.

Düzenli Ev Egzersizlerini Planlamak

Öğrencilerden ilk eğitim oturumunda, evde yapacakları egzersizin zamanlarını düşünmelerini istiyoruz. Kendilerine çizelge oluşturmalarının zorluklarıyla uğraşmayı, eğitime başladıktan sonra hiç zaman bulamadıkları için evde uygulama yapmadıklarını öğrenmeye tercih ederiz. Öğrencilerle en baştan plan yapıldığı ve mantıklı bir çizelge oluşturulduğunda, kendi OE çalışmalarını oluşturmaları için serbest bırakmamızdan daha iyi sonuçlar alıyoruz.

OE öğrencileri iki ay boyunca (belki daha fazla) günde iki kez uygulama kuralını aşırı kompulsif bulabilirler. OE, hayatlarındaki zaman alıcı tüm diğer yönlerle kombine edildiğinde uygulama yapmamak daha cazip gelebilir. Bizim önerimiz eğer haftada bir veya iki egzersiz atlandıysa anlayışlı olmaktır. Ancak öğrenciler üzerinde anlaşılmış çizelgelerine sadık kalmaya teşvik edilmelidirler. Eğer öğrenciler OE öğrenmelerinin nedenini ilk etapta net bir şekilde anladılarsa ve öğrenirken tekrarın önemini kavradılarsa sık egzersiz yapma ihtimalleri artar.

Eğitimi Bırakmanın Nedenlerini Sorgulamak

Otojenik eğitim çok popüler olsa da hastalar çeşitli nedenlerle eğitimi bırakırlar. Taşınıyorlardır, pek fazla zamanları yoktur, eğitimin etkileri çok yavaştır ... gibi pek çok neden vardır. En deneyimli terapist bile yüzde 20-25'lik bir oranda eğitimin bırakılması veya tamamlanmaması durumuyla karşılaşır, ancak bu oran diğer relaksasyonla ilişkili davranışçı teknik-

lerden kayda değer bir farklılık göstermemektedir. Eğer bırakma oranları fark edilir düzeyde bundan fazlaysa terapist hastaları motive edebilme konusunda kendi yeteneğini sorgulamalıdır. Bazen suçlu, eğitimcinin şevkinin yetersizliği, zayıf iletişim becerileri veya oturum planlamasının zayıflığıdır. Çok nadir de olsa bazı grupların tanımlanabilir bir neden olmaksızın hiçbir zaman birlik ve bağlılık geliştiremediklerini de gördük.

İtaati maksimize etmenin yararlı bir yolu başarının altını çizmektir. Eski bir deyiş, hiçbir şey başarının kendisi kadar başarılı değildir, der. Terapist, tüm başarı hikayelerini vurgulamayı bir alışkanlık haline getirerek bu prensibi kullanabilir. Öğrenciler OE egzersizlerine dair çeşitli etkiler bildirebilirler: Akut stres durumları (bir sınav öncesi veya bir üstle yüzleşme gibi), yoğun bir iş günü sonunda gevşeme veya uykuya dalabilme yeteneğinin geliştirilmesi, gerilim tipi baş ağrılarının giderilmesi... vs. Eğitimci, öğrencilerini sadece olumlu sonuçlar nedeniyle değil, oturumlara düzenli olarak gelmeleri ve ev uygulamalarını düzenli olarak yapmaları konularında da sıkça övmelidir.

OTOJENİK EĞİTİMİN ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TEDAVİSİNDE KULLANIMI

İmgeleme ve fizyoloji arasındaki ilişkinin deneysel desteğinden yola çıkarak, otojenik eğitimin, anksiyete bozuklukları tedavi paketine eklenmesini önerecek çeşitli güçleri vardır. Herbert Benson'un açıkladığı gibi sadece genel relaksasyon (gevşeme) yanıtına neden olan pek çok teknikten biri değildir, çeşitli bozukluklar için ayrımlaşmış tedavi etkileri de bulunmaktadır. Peki, otojenik eğitimin etkinliğine dair kanıtlar nasıldır?

Otojenik Eğitimin Anksiyete Düzeylerini Gidermede Kullanılmasına İlişkin Kanıt

1994'te Wolfgang Linden'e ait, çeşitli bozukluklar için OE'nin klinik faydalarına yönelik geniş çaplı bir inceleme yayınlandı. Teknik, öyküsel ve meta-analitik incelemelerle kombine edilmişti ve sadece, İngilizce ve Almanca basılmış olan kontrollü klinik çalışmalara odaklanmıştı. Bu inceleme daha önce Kenneth Lichstein ile Howard Pikoff'un OE'nin geniş yelpazedeki fizyolojik ve psikolojik sorunların tedavisinde yararlı olduğuna ilişkin bulgularıyla uyumludur. Meta-analiz sonucunda OE'nin en etkin olduğu alanın doğum rahatsızlıklarını gidermek olduğu görülmüş, buradan hareketle infertilite, anjin, egzema ve başağrısında gelişmeler yaşanması sağlanmıştır. OE miyokardial damar tıkanıklığı rehabilitasyonunda da yararlılık göstermiştir. Çıkartılabilecek tek hassas sonuç OE'nin bedenin strese karşı genel incinebilirliğini gideriyor olduğudur.

OE'nin stresle ilgili bozukluklarda ve stres ile anksiyetede (bu ikisi birbirleriyle ilişkili olsalar da özdeş değillerdir) yararlı bir klinik araç olduğuna dair iyi düzeyde kanıt bulunmaktadır. Bu bölümde özellikle anksiyete bozuklukları üzerinde duracağız. Bu başlık için daha fazla araştırma diliyor olsak da, OE'nin anksiyete tedavisindeki yararlılığına ilişkin limitli ancak tutarlı kanıt bulunmaktadır. OE paniğin ve sınav anksiyetesi gibi daha sınırlı anksiyete reaksiyonlarının kontrollü testlerine konu olmuştur. Buna ek olarak OE'nin hem bireysel hem de grup formları araştırılmış, biogeribildirim ve masküler relaksasyon gibi diğer biodavranışçı tekniklerle karşılaştırılmıştır. Ayrıca OE'nin, klinik olmayan popülasyondaki anksiyeteyle ilişkili yapıların ölçümüne yönelik çalışmalar da vardır. Bu, oldukça parçalanmış araştırma yapısının sonuçları OE'nin anksiyete giderimine neden olduğu ancak diğer gevşeme modellerine göre açık farklı bir avantaj göstermediği yönündedir.

Belirli Anksiyete Bozukluklarını Tedavi Etmek

Otojenik eğitimin (OE) nasıl çalıştığını, öğrencilerin nasıl eğitildiğini ve araştırma sonuçlarının OE'nin etkinliğine ilişkin görüşlerini paylaştıktan sonra, şimdi OE'nin belirli anksiyete bozukluklarının tedavilerinde nasıl kullanıldığını anlatacağız.

Bir noktanın özellikle altını çizmek gerekir: Konu anksiyete bozuklukları olduğunda, OE'yi üniter, tek başına uygulanacak bir tedavi tekniği olarak görmüyoruz. Anksiyete bozukluklarından şikayetçi olanların karşılaştıkları sorunlar bir tek teknik için çok fazla karmaşıktırlar. Bunun yerine OE'yi tedavi paketinin temel bir bileşeni olarak sunuyoruz. OE öğrenmenin pek çok yönü, diğer anksiyete yönetim stratejileri ile ilgili olduğundan, OE'yi genellikle bazı sorunlarda başlangıç noktası olarak kullanırız: Bedensel algıların yorumlanması, tehlike değerlendirme, genel stresin giderilmesi, endişeli bilişlerin yönetimi... vs.

Her anksiyete bozukluğunun kendi etiyolojisi olsa da, çeşitli bozuklukların ortak yanlarını düşünmek yararlıdır. Her anksiyete bozukluğunda, bir düzeyde artmış canlanma, bir derece bu canlanma ile ilişkili bilişsel kargaşa ve davranışsal öğe vardır. Otojenik eğitimin primer olarak bu canlanmayı giderdiği araştırmaların bize verdiği veriler içindedir. Daha kısıtlı bir açıdan baktığımızda OE'yi belirli bilişsel paternleri düzeltmede (özellikle korkunun ve kaçınmanın istenmeyen paternleri değiştirilemediğinde) yararlı buluyoruz. Bildiğimiz kadarıyla bu ikinci uygulama araştırılmamıştır ancak OE'yi bilişsel tekniklerle kombine ederek düşüncenin uyumsuz paternlerini değiştirmede klinik olarak iyi sonuçlar aldık. Bilişsel terapinin mantığı OE'den farklı bir oluşuma dayansa da, pratik uygulamada iki yaklaşımın oldukça uyumlu olduğunu bulduk.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Yaygın anksiyete bozukluğu, sıkıntı veren artmış sempatik canlanmanın kronik düzey-

leri ve küçük ya da büyük, geniş yelpazede pek çok şeye yaygınlaşmış endişe eğilimi ile tanımlanır. Yaygın anksiyete bozukluğundan şikayetçi kişi, genellikle hayatı anksiyete uyandırıcı durumların sonsuz bir zinciri olarak görür ve sıklıkla rahatlayamadığından veya çevreye karşı sürekli verdiği olumsuz yanıtları değiştiremediğinden yakınır. Bilişsel yoldan giden terapi sıklıkla endişe ile direkt yüzleşir ve terapinin bu açısına OE'den ancak küçük bir katkı beklenebilir. Ama OE kronik canlanmayı gidermede oldukça yararlıdır. Buna ek olarak OE'de uzmanlaşma daha kontrollü olma duygusunu geliştirir ve kişiyi boğan anksiyete veren durumlar zincirini kırmada etkili olur.

Danışanlarla anksiyeteyi konuşurken iki probleme odaklanırız. İlki, her zaman bir parça anksiyete vardır ve yaygın anksiyete bozukluğunda anksiyetenin düzeyi sıkıntı verecek şekilde artmıştır. İkinci olarak, yaygın anksiyete bozukluğu danışanlarının çoğu için yeni olan bir kavramdan bahsederiz: Anksiyete düzeylerinin normal olarak dalgalandığı düşüncesi. Bu çok önemli bir kavramdır ve o anda yapılan şemaları kullanarak anksiyete düzeylerinin zaman içinde dalgalandığının altını çizeriz. Anksiyete dalgalanmalarını şöyle bir şeyde izleyebiliriz:

> Anksiyete düzeyiniz yüzleşmeniz gereken tüm problemleri düşünerek yatağınızdan kalkarken yüksek olabilir. Sonra, siz banyoda ve mutfakta meşgulken bir süre azalma gösterebilir. Beklenmedik bir telefon görüşmesi ile anksiyete tekrar yükselir ve evden çıkana kadar zamanla yarışmanız esnasında o düzeyde kalır. İşe gitmenizle hayat daha rutin bir hal alır, biraz gevşersiniz. Günün yapılması gereken işleri size bakarken veya planlarınız aniden değiştirildiğinde bir anksiyete patlaması yaşarsınız. Bu inişli çıkışlı gidişat tipiktir ve öğrenilmesi gereken iki ayrı beceri olduğunu gösterir. Daha açık olanı sizi üzen, sinirlendiren şeylere çok güçlü tepkiler vermemeyi öğrenmektir. Diğeri de onun kadar önemlidir: Sizi üzen/sinirlendiren olay geçer geçmez kendinize gelmeyi öğrenmektir.

Bu tür bir açıklama OE girişini oluşturur. Yaygın anksiyete bozukluğu bulunan danışan ile çalışmamızda anksiyete canlanmasını gidermeye çalıştığımızı ve kişiyi akut anksiyeteden kendine getirecek bir yöntem öğretmeye çalıştığımızı vurgularız. Bizim bakış açımızdan bu yaklaşım gerçekçi ve terapötik beklentileri oluşturur: Danışana anksiyeteyi gidermenin bizim hedefimiz olmadığını bunun yerine anksiyete meydana geldiğinde kendini nasıl toparlayacağını öğrettiğimizi anlatırız.

Deneyimlerimize göre yaygın anksiyete bozukluğundan mustarip danışanlar, yüksek düzeydeki anksiyetelerini alıştıkları bir düzene sokarlar. Kendilerini anksiyeteli yapan şeylerle daha rahatlatıcı olanları ayrımlaştırırlar. Bu, bilişsel çalışmaya bazen de maruz kalmaya kapı açar. Danışanlar sürekli anksiyeteden iyi ve kötü geçen günlerinin olduğunu belirtmeye geçtikleri bir ilerleme gösterirler. Belirli olay ve endişelerine daha çeşitlenmiş bir yapıda yanıt vermeye başlarlar. Başka bir deyişle, kronikliğin olduğu paternin yapısı bozulur ve oturumlarda OE kullanarak anksiyete düzeylerinin düşmesine yardımcı oluruz. (Özellikle anksiyete uyandırıcı durumlar yüzeye çıktıkça).

Güçlü mükemmelliyetçilik eğilimine sahip bir danışanın örnek vakası, bazı danışanların psikolojik terapilerin mükkemmeliyetçi yaklaşımlarından ziyade "göreceli gelişme" yaklaşımından faydalandıklarını gösterir.

ÜÇÜNCÜ VAKA

Stres yönetimi ve yaygın anksiyete bozukluğu tedavisindeki elli yaşında bir teknisyen, OE'ye yaygın anksiyete bozukluğuna sahip hastaların tipik tutumu ile tepki verdi. Eğitim sırasında pek çok detaylı soru sordu ve doğru uygulama yapmaya büyük özen gösterdi. İlk hafta boyunca, uygulama otu-

rumlarını spontan olarak dokuz dakikadan yirmiye, sonra otuza çıkardı ve iki yerine günde en az üç kere egzersiz yapmayı denedi. Tüm bu çabalar hayalkırıklığı ile sonuçlandı.

Bu danışanda eğitim, serbest bırakma ve sık ancak mükemmel olmayan uygulamalar şeklinde gerçekleştirildi. "Çok sakinim" telkinini, trafikte giderken ve işyerinde kullanmaya başlamış, iyi sonuçlar elde etmişti.

Bu danışan için OE sadece tedavi programının küçük bir parçasını oluşturuyordu. Anksiyetenin canlanmasını gidermeye en az iki yolla yardımcı oluyordu. İlk olarak her zamankinden daha sık olarak gevşeyebiliyordu. İkinci olarak ise, çeşitli durum ve endişelere karşı tepkisinin gücünü azaltmada bir araç sağlamış oluyordu

Anksiyetenin uyanışını engellemesinden daha da önemlisi, bu danışan için OE, oturumların dışındaki uyaranlara karşı kullanabildiği, hayata genel anksiyöz bakışını etkileyen kullanışlı bir setti. Bu yaklaşım, değerlendirme ve tedavi tekniklerini kombine eden ve OE'yi, danışanın genel tepki paternlerini uyandıran, sorgulayan ve değiştiren bir mikrokosmos olarak görerek içine dahil eden bir yaklaşımdı. OE'nin öğretilmesiyle, danışanda, mükemmel standartlar oluşturmak ve ondan sonra da stres altında onlara ulaşma eğilimi açığa çıktı. Bu tepkiler üzerinde konuşmak "Bu benim son şansım" ve "Bu sefer kurtulmalıyım" gibi düşünceleri meydana çıkardı. Daha varoluşçu tat taşıyan diğer bilişler ise daha sonra açığa çıktı. Otojenik eğitimi takiben yapılan bilişsel çalışma, danışanın stresini gidermede hem uzun dönemli hem de hayati önem taşıyordu.

Tedavi sonucu klinik olarak iyi olmasına rağmen, bu danışan için hayal kırıklığı yarattı: Rahatlama belirgindi ama tam değildi. İlginç şekilde danışan nadiren endişe döngülerine yakalansa da, tedavi sona erdikten uzun süre sonra OE uygulamaya devam etti. OE'yi problemlerinin mükemmel olmayan çözümüne mükemmel olmayan bir uygulama olarak tanımladı (bu tanımlamayı bir dereceye kadar tatmin olmuş biçimde yapıyordu).

Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının çoğu anksiyeteyi ya da bu tür bir uyanışın tüm formlarını özellikle hoşnutsuzlukla karşılarlar. Küçük bir kısmı bize açıkça bir kere gevşeyip hep öyle kalmak istediklerini söyler. Bu kadar açık ifade edildiğinde kulağa aptalca gelebilir ama bizim tahminimiz danışanların çok büyük çoğunluğunun böyle hissettikleri ama bunu hiç kelimelere dökmedikleri yönündedir. Terapist bu gerçekçi olmayan hedefi veya arzuyu (açıkça ifade edilmiş olsun veya olmasın) değiştirmede hatırı sayılır düzeyde bir zorluk yaşar. Anksiyete nedeniyle çok uzun bir süre rahatsızlık hissetmek herhangi bir duygusal uyarılmayı korkutucu hale getiriyor görünmektedir. Bu uyarılmanın farklı düzeylerde dalgalanmasının bir ihtiyaç olduğunu vurgulamak için geri alış prosedürünü uygularız. Geri alış düşüncesini tanıtırken belli bir düzeyde canlılığın gerekli olduğunu, gün boyunca yumuşak bir bulaşık bezi gibi olamayacağımızı, hayat gerekliliklerini yerine getirmek için belli bir keskinliğe ihtiyaç duyduğumuzu anlatırız.

Fobiler: Son yıllarda fobi etiyolojisine ilişkin geniş çapta teoriler ve araştırmalar gündeme geldi. Eski psikanalitik modeller çabucak Joseph Wolpe ve Stanley J. (Jack) Rachman'ninkiler gibi koşullanma modelleri ile yer değiştiler. Bu teorilerin özellikle etkin davranışçı müdahalelerin geliştirilmesinde yararlı oldukları ispatlandı. Özel olarak, çok sayıda kanıt, korkulan uyarana maruz kalmanın güçlü bir terapi yöntemi olduğunu gösterdi. Bazıları maruz kalma tedavisinin mekanizmasını, alışılmış kaçınma veya kaçma davranışı olmadan korkulan uyarana maruz kalmanın sönme sürecini başlattığı şeklinde açıklamaktadır. Diğerleri fobilerin tedavisinde ve gelişmelerinde bilişlerin rolünü vurgulamaktadır.

Maruz kalma nasıl çalışıyor olursa olsun, kesinlikle işe yaramaktadır ve özgül fobilerin tedavisinde maruz kalmayı asla otojenik eğitim ile değiştirmeyiz. Bunun yerine otojenik eği-

timi maruz kalmayla beraber kullanırız. Maruz kalma tedavisi imgeleme yolu ile veya doğal ortamda (in-vivo) uygulanabilir. Taşkın yöntemlerle (maruz kalmaya en çok korkulan uyaranla başlamak) veya uyaranları, kademeli olarak en anksiyete uyandırıcı olana doğru artırarak (bu sistematik duyarsızlaştırmada olduğu gibi kademeli maruz kalmadır) yapılabilir. Genellikle in-vivo maruz kalma tercih edilse de pratik değildir. En çok korkulan uyaranla başlamak kademeli yöntemden daha hızlı sonuç verir ancak danışana aşırı gelebilir ve korkuyu/kaçınmayı pekiştirerek geri tepebilir. Maruz kalma anksiyete uyandırıcıdır. Maruz kalmanın olacağını bilmek bile çoğu fobiği endişelendirir ve geleceğe yönelik anksiyete de, elbette bozukluğun sürmesine neden olan hastanın kaçınma davranışının kalbinde bulunur. Bazen maruz kalmayı sürdürürken hastanın ilk anksiyete düzeylerini azaltmak için ilaç kullanılır. Ancak klinisyenler olarak bizler ilaç kullanmamayı tercih ediyoruz. Buradaki korkumuz hastaların terapötik kazanımlarını (anksiyetenin azalması gibi) kendi başa çıkma çabalarına değil ilaca bağlamalarıdır. Maruz kalma ile anksiyete düzeyi indirgendiğinde OE'ye başlıyoruz. Bunu ilaçlardan daha üstün buluyoruz çünkü bu yaklaşım öz-etkinliği azaltmaktansa geliştirmektedir. OE'nin fobilerdeki en yararlı rolü vivo veya imgeleme yoluyla maruz kalmaya hazırlanış sürecindedir.

Otojenik eğitim, bunlara ek olarak, oturumlar dışında da kullanılabilir. Fobik danışanlardan korktukları şeylerle karşılaşmalarının (korktukları şey örümcek de olsa, kalabalık bir otobüs veya asansör, köpek, balon veya cola kamyonu da olsa) en kötü yanının karşılaşma sonrası sakinleşememeleri olduğunu defalarca duyduk. Fobik uyarana ani maruz kalma kişinin bütün gününü mahvedebilir ve genellikle eder. Kaçınmanın bir kısmı genellikle maruz kalmadan sonra kendine gelme zorluğuyla direkt ilişkilidir ve bu problemin çözümü için danışanların otojenik eğitime katılmalarını destekleriz.

Fobik danışanlar maruz kalma seansları sırasında OE kullanımında ustalaştıkları teknikleri duygusal uyanışları azaltmada kullanabilir ve korkulan uyaranla ani, beklenmedik yüzleşmeden sonra tekrar soğukkanlılık ve huzur kazanabilirler.

Tahmin edebileceğiniz gibi, fobik kişi korktuğu uyaranı düşündüğünde ve doğal, aşırı bir duygu yaşamadığında anksiyete genellikle çabucak söner. Bu özellikle baş etme ve hakimiyet bilişleri ile desteklendiğinde olur. Daha önce belirtildiği gibi, OE, benlik etkinliği bilişlerini ve duygularını güçlendirir ve böylece, sürece fizyolojik olmayan bir bileşen katılıyor görünmektedir. Her zaman OE'den sağlanacak asıl faydanın (ve diğer relaksasyon tekniklerinin de) koruyuculuk olduğunun ve uzun dönemli uygulamaların öneminin altını çizmek gerekir.

Panik Bozukluğu: Panik bozukluğu, en iyi yanıtı oldukça kompleks bir tedavi paketine verir görünmektedir (sekizinci bölüme bakınız). Bu paket, anksiyete ve fizyolojik tepkiler konularında bilgilendirmeyi, relaksasyon eğitimini, bilişsel tekrar yapılanmayı ve iki tür maruz kalmayı (invivo ve introseptif) içerir. Terapinin relaksasyon ve yapılandırılmış nefes alma öğeleri, yukarıda bahsetmiş olduğumuz OE'nin fobilerde kullanılması ile aynı mantıkta çalışır: Genel otonomik uyanış giderilir ve fiziksel algılardaki hakimiyet geliştirilir. Danışana, paniğin stres düzeyi yüksekken gerçekleşme olasılığının daha yüksek olduğu ve genel gerilimi gidermenin panik atakların yaşanma ihtimalini düşürdüğü öğretilir.

Interoseptif maruz kalma panik ataklarla ilişkili beden algılarının uyarımını içerir. Bu iki amaçlı bir yaklaşımdır, bilişsel tekrar yapılanma ve davranışçı duyarsızlaşma aynı anda uygulanır. Bazı danışanlar için interoseptif maruz kalma diğer danışanlara göre daha zordur. Aşağıdaki örnek bir danışanın bu yaklaşımla tedavisinin başında yaşadığı zorluklarla alakalıdır.

DÖRDÜNCÜ VAKA

28 yaşında bir erkek işçi, olağandışı biçimlerde kendini gösteren panik bozukluktan yakınıyordu. Atakları boynunun arkasında başlayıp kafa derisine çıkan bir sıcak basma hissiyle oluşuyordu. Sonunda yüzüne ve her yerine bu sıcak basması yayılıyordu ve pek çok panik ataklı gibi, kardiyak ve solunum sistemleriyle ilgili ağır algılar yaşıyordu. Bu algıları, çok ısınmış olmasına ve kıyafetleri ve mücevheri tarafından kısıtlanmasına bağladığından soyunmak için büyük bir istek duyuyordu. Genellikle ilk olarak şapkasını, saatini ve yüzüğünü çıkarıyor, arkasından ayakkabıları ve çorapları geliyordu. Özellikle ağır ataklar esnasında iç çamaşırına kadar soyunuyordu hatta evdeyse gülerek onu da çıkardığını itiraf ediyordu.

Bu danışan için, ensesinde başlayan sıcaklık hissi iki keyifsiz olayın sinyaliydi: (1) panik atağın akut rahatsızlığını yaşamak üzereydi (2) soyunarak veya acilen soyunacağı bir yer arayarak kendini utandırma riski vardı. Bu iki olayda en çok korktuğu şey panik ataklar değil soyunmaktı.

Dikkatli bir davranışçı değerlendirme ve anksiyete ile panik etiyolojisi bilişsel teorisi hakkında eğitildikten sonra, hastaya OE öğretildi. Ağırlık formülünü problemsiz öğrendi ancak uygulamaya yeni başlamış pek çok kişi gibi egzersiz sırasında biraz telaşlı ve gergindi. İkinci OE oturumu esnasında sıcaklık formülü tanıtıldı. Danışan görünür biçimde sertleşti ve "bundan gerçektan hoşlanmadım. Bunun iyi bir fikir olduğunu düşünmüyorum" dedi.

İnteroseptif maruz kalma bir daha anlatıldı ve bunu kavram olarak mantıklı bulsa da, sıcaklık duygusunu uyarmaya hâlâ kuvvetli bir direnci vardı. Ağırlık formülünü bir hafta daha çalıştı ve bir sonraki oturumda ağırlık formülü çalışırken ellerinde biraz sıcaklık hissettiğini belirtti. "Ayağını kapı arasına sokmak" yaklaşımı ile terapist sonunda danışanı sıcaklık formülünü denemesi için ikna edebilmişti.

Sıcaklık formülünün üçüncü tekrarında danışan saatini çıkardı. Bir-iki dakika sonra terapist farkedemeden kendini yüzüğünü çıkarmaya çalışırken buldu ve kahkaha atmaya başladı. Bu kahkaha bir dönüm noktasıydı. Bunun üzerine terapist onu "Ensem ısınıyor ve hafifçe karıncalanıyor" ifadesi ile interoseptif maruz kalmaya ikna etmişti. Bu formülle panikle ilişkilendirdiği sıcaklık basması hissini yaşadı ancak ağır kardiyak veya solunum algıları yoktu.

Bundan sonraki birkaç seansta çeşitli maruz kalma ve tepki önleme prosedürleri kullanıldı ve danışan korkularının ne kadar kolay uyarıldığını görünce çok şaşırdı. Hayatını kazandığı kamyonunda ve işyerindeki dinlenme odasında OE uygulayarak limitlerini sorgulamaya başladı.

Bu danışanla OE çalışmaları hiçbir zaman üçüncü formülün (kalp atışı) ötesine geçememişti. Anksiyetesinin özellikle OE ile mi giderildiği kesin olmasa da sadece birkaç haftada panik sıklığı haftada üç-beşten ayda bir-ikiye düşmüştü. Paniklere ilişkin endişesi ise çok daha dramatik biçimde azalmıştı. Yoğun anksiyetesi ve kendine yönelik eleştirel tutumu keyfe ve önyargısızlığa dönüşmüştü. İyileşmesinde önemli rol oynayan OE ile kendini kontrol etme becerisini artırdığı oldukça kesindir.

Bilgimiz dahilinde bu konuda hiçbir çalışma olmasa da, fiziksel algılardaki vurguları nedeniyle OE'yi panik bozukluğun tedavisinde özellikle yararlı bir öğe olarak görüyoruz. Panik uyandıran algıları ensede, kafa derisinde veya üst kollarda sıcak basması, karıncalanma olan pek çok hasta gördük. Bu sıcak basması ve karıncalanma hislerini kasıtlı biçimde uyandırmayı öğrendiklerinde, bu algılara katastrofik tepkileri çabucak azaldı. Daha önce belirtildiği gibi OE bazen garip olan çeşitli algılara yol açar. Panik bozukluğun tedavisi, interoseptif mauz kalma için algıların kasıtlı uyandırışını içerdiğinden OE oturumları sırasında oluşan algıları (otojenik

akımlar) maruz kalma olarak kullanırız. Bu deneyimler tuhaf fiziksel algılara verilen bilişsel ve duygusal tepkilerin araştırılmasında mükemmel sıçrama tahtalarıdır.

I I I

Bu bölümün amacı OE'nin anksiyete bozuklukları tedavisinde nasıl başarıyla uygulanabileceğini göstermekti. Kısıtlı araştırma literatürüne rağmen OE'nin kullanılabileceği pek çok klinik durum vardır. Bu uygulamalar tedavi edilen anksiyete bozukluğuna göre çeşitlilik göstermelidir. Genellikle tedaviye OE ile başlasak da, terapiyi bitirmeden önce mutlaka OE'yi başka bir teknikle kombine ederiz. Danışana ve rahatsızlığa bağlı olarak OE farklı roller oynuyor görünmektedir:

• Bir relaksasyon prosedürü olarak amaç yaygın bir gevşeme tepkisi ve kendini kontrol duygusu yaratmak olduğunda OE başka bir relaksasyon sağlayan teknikle değiştirilebilir. Örneğin, araştırmalar masküler relaksasyonun OE kadar güçlü olduğunu ortaya koymuştur. Ancak, eğer şans verilirse bazı danışanlar OE'nin mantığını ve yöntemini daha ilgi çekici bulurlar. Bir yönteme olan güven artışının ve sonuç olarak bunun yarattığı hevesin başarılı tedavinin hızını artırdığını bulduk.

• İnteroseptif maruzun ve fiziksel semptomların duyarsızlaştırılmasında bir araç olarak OE, panik yaşayanın deneyiminin ve fiziksel algıların etiketlenmesinin öneminin altını çizerek tedavinin kavramsal çatısına uyar. OE'nin anksiyeteyi veya panik atakları ortaya çıkarmada diğer tekniklerden daha olumlu sonuçlar yarattığına ilişkin bilgi olmasa da otojenik akıma ilişkin literatür OE'nin özellikle interoseptif maruzda yararlı olabileceğini öne sürmektedir. Bildiğimiz kadarıyla, bu, OE'nin belirli alanlarda kullanımına ilişkin ilk basılmış tanımlamadır.

• Sonuç olarak, anksiyeteyi azaltacak hakimiyet duygusunun artırılması gibi OE'nin fizyolojik olmayan yararlarının altını çizdik, anksiyetenin normal dalgalanmasını öğretmede OE mantığını kullandık ve anksiyete uyandırıcı durumlarda güven duygusunu artırdık.

NOTLAR

S. 154, *OE Johann Schult tarafından 1930'ların başında geliştirilmiştir:* (1932). *Das autogene Training (konzentrative Selhstentspannung) [Autogenic training: Concentrative self-relaxation].* Leipzig: Thieme.

S. 154, *Bugün, sıklıkla bir stresle başa çıkma tekniği*: Lehrer, P. M., & Woolfolk, R. L. (1993). (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

S. 154, *otonomik öz-düzenlemenin psikofizyoloji bazlı formu olarak sınıflandırılmaktadır*: Pikoff, H. (1984). A critical review of autogenic training in America. *Clinical Psychology Review*, 4, 619-639.

S. 154, *1990'da Wolgang Linden'in geniş kapsamlı bir kaynak kitabı*: Linden, W. (1990). *Autogenic training: A clinical guide.* New York: Guilford Press.

S. 155, *Wolfgang Luthe ve Kenneth Lichstein ile Wolfgang Linden'in araştırmalarına*: Luthe, W. (1970). *Autogenic therapy. Vol. IV: Research and theory.* New York: Grune & Stratton; Lichstein, K L. (1988). Clinical relaxation strategies. New York: Wiley; Linden, W. (1994). Autogenic training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, 227-264.

S. 156, *1920'lerde Walter Cannon'un öne sürdüğü*: Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, fear, and rage* (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

S. 168, *Alman fizikçi Mensen*: Mensen, H. (1975). *ABC des Autogenen Trainings*. München: Goldmann-Verlag.

S. 170, *Linden'in el kitabına bakınız*: Linden, W. (1990). *Autogenic training: A clinical guide*. New York: Guilford Press.

S. 175, *Herbert Benson'un açıkladığı gibi*: Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Morrow.

S 176, *1994'te Wolfgang Linden'e ait, çeşitli bozukluklar için OE'nin klinik faydalarına yönelik geniş çaplı bir inceleme yayınlandı*: Linden, W. (1994). Autogenic training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19,227-264.

S. 176, *Kenneth Lichstein ile Howard Pikoff'un*: Lichstein, K L. (1988). Clinical relaxation strategies. New York: Wiley; Pikoff, H. (1984). A critical review of autogenic training in America. *Clinical Psychology Review*, 4, 619-639.

S. 181, *Joseph Wolpe ve Stanley J. (Jack) Rachman'ninkiler gibi*: Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press; Rachman, S., & Levitt, K. (1985). Panics and their consequences. *Behavior Research and Therapy*, 23, 585-600.

6. BÖLÜM

PSİKODİNAMİK TERAPİLER

Richard Almond

Psikodinamik veya psikanalitik, psikoterapi Freud'un hastalarından problemlerini ilk kez yüksek sesle anlatmalarını istediğinden beri gelişmektedir. Psikanalizin iki değerli cephesi vardır;

1- Kişilik fonksiyonunu ve anksiyete gibi belirli semptomları anlamak için bir model sunar.
2- Uzun dönemli semptom paternlerine ve sıklıkla anksiyeteye eşlik eden yaşam sorunlarına yardımcı olabilecek tedaviler sunar.

Psikanalist veya psikanaliz yönelimli psikoterapistler dinamik bir yaklaşım kullanırlar: Dinamik yaklaşım, davranışı ve bilinçli deneyimi düşünceler, duygular, tutumlar ve güdülerle ilişkili daha kompleks bir yapının parçası olarak görür. Psikodinamik yaklaşım insan davranışına yönelik biyolojik teorilerle çatışmaz. Aslında, tüm mental aktivitenin biyolojik bir düzeyi olduğunu varsayar ancak yine de psikolojik deneyim ve biyolojik taban arasındaki bağlantılarla ilgili bilgimiz sınırlıdır. Psikolojik yaklaşımlarla, öncelikle hastalarımızı dikkatlice dinleyerek ve sorularımızla yaptığımız yorumlara verdikleri tepkileri dikkatlice gözlemleyerek, psikodinamikler—

düşünceler, duygular ve motivasyonların nedensel patikaları—hakkında pek çok bilgiye ulaşabiliriz.

Bu yaklaşımı psikanalitik teori ile kombine etmek klinisyene hipotez oluşturmada zengin bir kaynak sunar. Bu bölümde ben size,

1- Psikanalitik teori düşüncesine göre anksiyeteyi anlatacağım.
2- Bir anksiyete sınıflandırması sunacağım.
3- Bu anlayışın değerlendirme ve tedavide nasıl kullanılabileceği konusunda fikirler vereceğim.

Psikanalitik yaklaşım *DSM-IV*'ün kapsamından ayrılır. Günümüzde uygun olan hastaların deneyim ve davranışının fenomenolojik görünüşüdür: Profesyonellerin direkt olarak ne gördüğü ve danışanın ne bildirdiği. Bu tanısal yaklaşım genellikle ilaçla tedavi eden terapistlerce ve diğer bölümlerde anlatılmış olan bilişsel-davranışçı terapilerde kullanılır. Bu bölüm psikodinamik yaklaşım ve anksiyete tedavisine odaklanmıştır. İdeal olan klinisyenin hastayı tedavi ederken bu farklı bilgileri sentezlemesidir.

BUZDAĞININ TEPESİ OLARAK ANKSİYETE

Bir psikanaliste göre bilinçli deneyim—örneğin anksiyete veya panik semptomu—mental aktivite buzdağının tepesidir. Her bireyin geniş boyutlu bir bilinçaltı hayatı vardır. Bu "dinamik bilinçaltı" kendi düşünme biçimine sahiptir ve bu, bilincin rasyonel düşünmesinden farklıdır. Pek çok insan davranışının irrasyonel yönlerinde ve semptom modellerinde bu bilinçaltı aktiviteye dair kanıtlar görürüz.

Bilinçaltı mental aktivitenin rolünün farkında olmak psikoterapi yaklaşımını da ya da daha semptom-odaklı bir yakla-

şım da kullanıyor olsa klinyene yardım eder. Psikodinamik teoriler, bazen psikanalitik de denir veya "derinlik" psikolojileri mental fonksiyonun büyük bölümünü kaplayan bilinçaltı (erişilmez) veya bilinç eşiği (bilinçte değil ancak ulaşılabilir) üzerinde çalışırlar. Bu teoriler bir semptom olarak anksiyetenin de dahil olduğu, mantıksız veya anlamsız gelen insan davranışlarının çoğunu anlamamıza yardımcı olurlar.

Akıla dair bu bakış açısındaki temel düşünce insanların deneyimlerinde öğrenmeleridir. Bu öğrenmenin en şekil verici kısmı yaşamın erken yıllarında, çocukluğun temel ilişkilerinde oluşur. Ancak biliyoruz ki çocuklar ergenliklerine değin somut düşünme kapasitesi geliştirmezler. Bununla beraber hevesli teorisyenlerdir, keyifsiz duygular ve diğer tehlikelerden nasıl kaçınacaklarını ve keyifli olanın elde edilmesinin en iyi yolunu kurgularlar. Çocukların dünyalarına ilişkin yorumları, eğer onların kendilerine özgü bakış açılarını ve kullandıkları düşünme patikalarını onaylarsak anlam kazanır. Freud'un "Küçük Hans"ı bu tür düşünceyi örnekler.

KÜÇÜK HANS

Hans, meslektaşları tarafından konsültasyon için Freud'a getirilen 4,5 yaşında bir oğlan çocuğudur. Hans iki ebeveynini de sevmektedir. Ama yaşıtı pek çok oğlan çocuğu gibi annesinin kendisine kalması yönünde bir arzu beslemektedir. Bu, babasına bir şey olacağına dair fantazilere yol açmaktadır.

Hans sokakta bir atın düşüp öldüğünü görünce bu durum babasının ölmesi arzusunun gerçeğe dönüşebileceği ihtimalini göstermiştir. Ama bu olay aynı zamanda korkutucudur çünkü çelişkili duygular beslediği babasını aynı zamanda sevmekte ve ondan korkmaktadır. Bu arzusu yüzünden suçluluk duymakta ve cezalandırılmaktan korkmaktadır. Bu duygulardan dolayı da anksiyeteli hale gelmiştir. Daha sonra kendini bu düşüncelerden korumak için atlara dair fobi geliş-

tirmiştir. Ama bu mental manevra, düşünceleri aklında olmaya devam ettiğinden ve atlardan kaçınmak onu gerçekten koruyamadığından, babasını aynı anda hem sevip hem de ondan kurtulma arzusu çatışmasını tamamen çözmemiştir. Fobik kaçınma arttıkça kendini savunma girişimi de artmış ve sokağa çıkmaktan tamamen korkar hale gelmiştir.

Hans'ın babası Freud'un koçluğunda Hans'ın kendisine karşı duyguduğu korku ve arzularını yorumladığında fobik fikirler son bulmuştur. Arzular ve korkular baba tarafından bilinç düzeyine çıkarılıp sözle ifade edilmiştir. Bu da Hans'ın suçluluk duygusunu ve korkusunu dindirmiştir. Artık semptoma ihtiyaç yoktur.

Hans gibi bütün çocuklar dünyaya dair özellikle en yakın ilişkilerini ilgilendiren teoriler veya "fanteziler" geliştirirler. Bu teoriler hangi düşüncelerin, duyguların ve aksiyonların haz, hangilerinin tehlike getireceğine ilişkin kararları da içerir. Büyürken bu düşüncelerin bir kısmı düzelirken çoğu bilinçaltında çocukluk formunda kalır. Bu bilinçaltı düşünceler uzun zaman önceki düşüncelere dayanır ve kişinin güncel hayat olaylarına tepkilerinin bir parçası haline gelir.

ROGER

Roger beni görmeye gelmişti çünkü başarılı profesyonel kariyerine rağmen tatmin olmuş hissetmiyordu. Beş erkek çocuğun en büyüğüydü. İş dışında tekrar tekrar alenen göze çarpan etkili büyük organizasyonları içeren projeler geliştiriyordu. Genellikle bu projeler büyük zaman ve enerji harcadıktan sonra başarısızlıkla sonuçlanmıştı. Yine de Roger çabucak başka bir projeyi başlatıyordu.

Terapi oturumlarımızda Roger'ın her yeni kardeşinin gelişi ile daha ağırlaşan ve artan biçimde reddedilmiş ve yerin-

den olmuş hissettiği ortaya çıktı. Çocuk olarak bu hiddet duygusundan ve depresyondan korunmak için annesi ile özdeşleşmişti. Tıpkı annesinin sihirli biçimde içinden çocuklar çıkardığı gibi o da hayranlık verici projeler üretebilirdi. Ancak aynı zamanda geçmiş hayal kırıklıklarının üstesinden gelecek kadar başarısızlıklarını içselleştirmişti. Bir yetişkin olarak bu senaryoyu tekrar tekrar oynamıştı. Zamanına ve ailesiyle geçireceği sürece mal olmasına karşı asla bu bilinçaltı ihtiyacı yatıştıracak kadar başarılı olamamıştı.

ANKSİYETENİN DİNAMİK KÖKENLERİ

Anksiyete, bilinçaltı fantezi ve savunmanın çevresinde gelişen mental süreçlerde önemli ve kompleks bir rol oynar. Orijinal kaynağının anlamına ve yoğunluğuna göre anksiyeteyi iki ayrı forma ayırıyoruz.

Birinci tipte, sinyal anksiyete, ego belli durumları tehlikeli (potansiyel olarak duygusal yönden çok kuvvetli) olarak tanımlamayı öğrenmiştir ve kişiyi tehlikeye karşı uyarmak için küçük miktarlarda anksiyete üretir. Başka bir tip olan travmatik anksiyetede ego tehlike tarafından ezilir ve kontrolü kaybeder. Burada tehlikeden kastımız güçlü seksüel veya saldırgan dürtü gibi içsel veya dışsal bir olaydır.

Örneğin Roger'ın erkek kardeşlerine karşı öldürücü dürtüleri vardı. Rekabetçi ortamlar bu duyguların tekrarına ve öfkesi üzerindeki kontrolünü yitirme tehlikesine yol açtı. Bunun üzerine egosu anksiyete sinyali üretiyor ve bu duygu tehlikesine karşı Roger bir savunma olarak bir başka proje üstleniyordu. Eğer kardeşlerinden biri çocuklukta gerçekten ölseydi o zaman Roger muhtemelen travmatik anksiyete yaşayacaktı.

Sinyal Anksiyete

Anksiyete, mental hayatta geniş çapta ve normal bir olgu olarak yer alır. Çocukluğun şekil veren yıllarında önemli tehlikeler belirli bir formla—sinyal anksiyete—ilişkili hale gelir. Bu, beklenen bir korkudur, geçmişteki bir tehlike durumu ile ilişkilendirilen bazı özellikleri taşıyan bir durum söz konusu olduğunda tetiklenir. Kendini koruyucu bir tepkiyi tetikler, bu tepki savunma mekanizmasıdır.

Bir annenin çocuğunun öfkesine karşı her zaman soğuk ve reddedici olduğunu varsayın. Bu çocuk öfke duyguları ortaya çıkma tehdidi baş gösterdiğinde anksiyete sinyalini yaygınlaştırma yeteneği geliştirebilir. Yetişkin olduğunda bu işlem büyük oranda bilinçaltı ve otomatik hale gelir. Öfkeyi fark etmeden önce anksiyeteyi hisseder. Bu anksiyete sinyali bir savunma tepkisini uyarır. Örneğin özellikle çok kibar veya şikayetçi olma (reaksiyon oluşumu) veya öfkeyi kendine çevirme (mazoşizm). Anksiyete tek başına bir semptom olarak görünse de, aynı zamanda diğer düşünceleri, semptomları ve davranışları tetikleyebilir.

Aşağıdaki vaka çalışması sinyal anksiyeteye yanıt olarak ortaya çıkan tepki oluşumunu örnekler.

PAUL

Paul mutlu ancak iki ebeveynin de güçlü duygusal ifadelerden kaçındıkları bir aileden geliyordu. Terapiye gelme nedeni ilerleme vadeden ama yüksek düzeyde rekabetçi olmasını gerektiren iş durumuna ilişkin anksiyete hissetmesiydi. Paul işini iyi yaparak ilerleme kaydediyor ve diğerlerine yardımcı oluyordu. İş durumu değiştiğinde kendi çıkarına davranmak konusunda paralize olmuştu. Saldırgan davranmak, içselleştirdiği ebeveyni tarafından onaylanmama ve reddedilme fantezilerini canlandırmıştı. Bilinçaltında yaşadığı sinyal anksi-

yete kendini rekabetçi olmadığına inandırmak için özverili olmaya yönlendiriyordu.

Başka bir vakada olduğu gibi sinyal anksiyete daha masif yollarla hayatın majör alanlarındaki gelişmeyi baskılayabilir.

MARY

Mary, işten eve gelmesinden itibaren çok içki içen, gergin bir baba ile hayal kırıklığı yaşadığı anlarda çocukları tokatlayan paranoid bir annenin çocuğuydu. Kendini korumak için oldukça itaatkar bir tutum geliştirmişti. Yetişkin olduğunda evden taşınmış, bir kariyer ve arkadaşlıklar geliştirmişti. Ancak otonominin arttığı her adımında başa çıkamaz hale geldiği anksiyete yaşamaya başlamıştı. "Gerçek bir birey" olmadığını hissediyordu.

Buradaki zorluk Mary'nin, normal deneyimlerde varolan ailesine karşı yoğun sevgi ve öfke duygularını sınayamamış olmasıydı. Mary'e göre bu duyguları göstermek, ailesinde yaşanmış olduğu gibi, sonucu şiddete veya redde varacak tehlikeli provokasyonlardı. Sonuç olarak yetişkin gelişimine uygun şekilde davranmaya başladığında—kariyerini geliştirmek için harekete geçtiğinde veya flört ederken—anksiyeteli hale geliyordu.

Terapimizde Mary yavaş yavaş hakkını savunacak hatta öfkelenecek kadar bana güvenmeye başladı. Bunu yaptıkça gittikçe hayatında daha güçlü ve daha az anksiyeteli hale gelecek kadar güvenli hissetmeye başladı.

Mary'nin anksiyetesi onu tehlikeli duygulardan ve bastırılmış düşüncelerden uzak tutan bir sinyal olarak işlev görüyordu. Anksiyetesinin yaygınlığı ve anksiyetenin pek çok potansiyel tetiği, Mary'nin duygularını gerçekçi olarak değerlendi-

rip idare edeceği ego kapasitesi geliştirmemiş olmasıyla ilişkiliydi. Hâlâ bilinçsiz olarak, çocukluk korkuları olan terkedilmenin ve zarar görmenin gerçekleşmesinden korkuyordu.

Sinyal anksiyete sürekli olarak insan psikolojik hayatını etkiler. Ancak Mary gibi bazı bireylerde savunma mekanizmaları tarafından zapt edilemez. Böyle insanlarda uyaran minimal olsa da anksiyete kontrolden çıkabilir. Sonuç panik atak, ağır somatik semptomlar, odaksız ve yaygın anksiyete, fobiler, hipokondriyal endişeler hatta saldırgan veya kendine zarar veren davranış olabilir.

Travmatik Anksiyete

Travmatik anksiyete durumunda, minimal bir uyaran uygunsuz bir tepki olabilir. Bu durumda, anksiyete erken dönem duygusal ezikliğin sonucudur. Aklı ezilmekten koruyan sinyal anksiyeteden farklı olarak, travmatik anksiyete tepkileri geçmişte yaşanmış bir ezikliğin tekrarlarıdır.

Posttravmatik stres sendromu yetişkin deneyiminden kaynaklanabilen bu tür bir fenomendir. Çocuklar kendilerini psikolojik olarak korumak için daha az yetenek geliştirdiklerinden, travma ve travmatik anksiyeteye karşı yetişkinlerden daha hassastırlar. Mary travmatik anksiyetesi olan Lucy ile karşılaştırılabilir.

LUCY

Lucy ergenken, çok sevdiği 15 yaşındaki kardeşi intihar etmişti. Lucy küçükken ablası onunla özellikle ilgileniyordu, onunla oynuyor, ona dikkat gösteriyordu. İntihar gerçekleştiğinde tüm aile o kadar üzgündü ki Lucy'nin kayba ilişkin özel duygularına dikkat etmediler. Lucy bu durumla bir süre, ablası gibi iyi bir öğrenci olarak başa çıktı. Duygusal anlamda olgunlaşamamasına rağmen lisede ve üniversitede başarı-

lıydı, evlendi, iyi bir işi oldu. Çocuk sahibi olmaktan kaçındı.

Otuzlarının sonlarında nöbetler geçirmeye başladı. Bu nöbetlerde hiçbir provokasyon olmamasına rağmen ajite hale geliyor ve tek çözümün kendini öldürmek olduğunu düşünüyordu. Terapide bu patern çabucak terapiste döndü: Her ayrılık o kadar yoğun anksiyeteye neden oluyordu ki Lucy intiharı düşünüyordu. Keşfettiğimiz şey kaybın, suçluluğun ve hiddetin inkarının ablasının davranışının bir benzerinin tekrarını oluşturduğu oldu. Bu duyguları ablası öldüğünde tolere edemediğinden bastırmıştı. Sadece anksiyete ve ablasını taklit etme dürtüsü semptomatik olarak açıkça görülebiliyordu.

Lucy, Mary'e göre çok daha az bilinçli anksiyete yaşamıştı. Gerçekten korktuğu bir olay başına gelmişti. Bu olaya ilişkin sarsıcı anı ve olayın duygu bazında anlamı yıllarca savuşturulmuştu. Bunlar bilinç düzeyine gelmeye başladıkça Lucy travmayı obje kendisiymişçesine, muhtemelen ablasına kavuşmanın sembolik yolu olarak ve suçluluk duyarak öfkesini kendini kaybetme şeklinde yaşamaya başladı. Bu travmatik yaşantıyı tekrarlama eğilimi travma zamanında egonun ezilmiş olmasından kaynaklanıyor görünüyordu. Gerçekte olay tamamen sürecini doldurmamıştı—henüz anı haline gelmemişti. Bir kez anımsanabildiğinde (uygun duygularla), kişi savunmalar geliştirmeye başlayabilir. Bu da anksiyetenin travmatikten sinyale geçmesi anlamına gelir.

ANKSİYETENİN GELİŞİM AŞAMALARI

Anksiyeteyi kavramlaştırmanın bir başka yolu anksiyetenin şiddetinin hiyerarşisini göz önüne almaktır. Anksiyete bebeklikten itibaren varolduğundan yetişkindeki etkisi çocukluktaki stres, yoksunluk, travma ve çatışmaya bağlı olabilir.

Freud, çocukların anksiyetelerinin içsel anlamlarıyla ilişkili olan bir dizi tehlikeli durum yaşadıklarına dikkat çeker. Bunlar, objenin kaybı korkusundan başlar (anne tarafından terk edilmek), objenin sevgisini kaybetme korkusuyla devam eder (anne veya baba tarafından duygusal red), daha sonra bedensel hasar korkusu gelir (genellikle bir ebevyn-rakibi tarafından) ve son olarak süperego tarafından onaylanmamak korkusu yer alır (vicdan azabı). Gerçek klinik uygulamada, aynı kişide bu farklı düzey anksiyetelerin bir karışımı görülür.

Normal gelişim gösteren çocuk genellikle ebeveyninin yardımıyla bu anksiyete formlarının her biri ile mücadele etmelidir. Herbiri için sinyal anksiyetenin bir bileşen olduğu uygun savunmalar geliştirilir. En sağlıklı insanda bile hayat olayları sıklıkla anksiyete veya anksiyeteye sekonder olan semptomlar üretir. Eğer hayat olayı ezici düzeyde değilse, kişi duruma etkin adaptasyon için savunmalarını kullanır. Bu uyum çabaları başarısız olduğunda bireyler tedavi için başvururlar.

Freud'un düzeyleri terapide hastalarla detaylı çalışmak için yararlıdır. Ama amaçlarımız düşünüldüğünde anksiyetenin daha geniş niteliklerini kullanmamız daha yararlıdır; parçalanma anksiyetesi, ayrılık anksiyetesi, çatışmasal anksiyete. Bunlar subjektif deneyime daha yakındırlar. Yine de daha geçmişten gelen, anksiyetenin olgun formlarına doğru daha primitif formlarda bir sekans yansıtırlar.

Parçalanma Anksiyetesi

Anksiyetenin bu formu Freud'un listesinde yoktur ama belki de en ilksel, rahatsız edici tür olarak eklenmelidir. Büyük ölçüde şizofreniklerde ve diğer psikotik bireylerde görülür. Çoğunlukla ilaçla tedavi edilmeyen akut psikozun ilk yaşantısıdır. Yaşantının farklı yüzlerinde—içsel durum, algıları sezme, düşünceler, dışsal olaylar, diğer insanların etkileri—bilindik ilişki hislerini kaybederler. Daha teorik ifade ettiğimiz-

de—egonun sentetik işlevi—bir andan diğer ana, günlük yaşantının değişik öğelerini doğru yerlere yerleştirme kapasitesi kaybolur.

Buradaki tehlike çok büyüktür: İçsel kontrollere güven yok olur, bedensel tamlığa veya insanlarla araya konulan psikolojik sınırlara ilişkin kuvvetli algı kaybolur, diğerleriyle temastan emin değildir. Şizofreninin pek çok kendine özgü semptomu—katatonik hareketsizlik, paranoid delüzyonlar, halüsinasyonlar—bozulan yaşantıyı organize etme girişiminin primitif yollarıdır.

Ayrılık Anksiyetesi

Teması kaybetme korkusu çok farklı kişilik yapısı düzeyleri olan bireylerde bir sorun olabilir. Sevdiklerimizden ayrıldığımızda hepimiz biraz anksiyete hissederiz. Eğer ayrılık otonomiye doğru özel bir adımsa bu duygu şiddetlenir. Okula başlamak veya üniversite için evden ayrılmak buna örneklerdir. Bu tür adımlar bir takım koşullar altında anksiyetenin alışılmadık düzeylerini üretebilirler. Eğer bir ebeveyn, genellikle de anne, çocuğun daha otonom hale gelmesi konusunda anksiyeteliyse, çocuğun normal psikolojik gelişimini sekteye uğratacak bir duygusal mesaj verebilir.

FRANK

Dokuz yaşındaki Frank, çok yakından bağlı olduğu annesinden ayrılması konusunda yardımcı olması için duygusal sorunları olan çocuklara yönelik bir kampa gönderilmişti. Frank hemen eve kartpostallar göndermeye başlamıştı. Bu kartpostallarda danışmanlarından yediği dayakları ve sürekli ne kadar mutsuz olduğunu anlatıyordu. Aslında kamptaki görevlilerin orta düzeydeki destekleri ile iyi vakit geçirmekteydi.

Annesi ona hergün bir sürü mektup yazıyor ve Frank'ın ilan ettiği keder ve acısını paylaşan bir ifade kullanıyor, "yakında bütün bunlar geçecek ve sen kötü danışmanlardan uzağa, evine geleceksin" diyordu. Mektupların alıcısı olarak yazdığı hitap "opsi-popsi bupsi-vupsim benim"di.

Elbette anneye ait mesaj bu kadar bariz olmak zorunda değildir. Bir ebeveyn ayrılık anında çocuğa, bir gözlemci tarafından farkedilemeyecek, rahatsız edici bir duygu sinyali gönderebilir. Eğer düzenli biçimde tekrar edilirse, çocuk ayrılık anksiyetesini bu rahatsız edici ebeyn mesajını alabilmek için bir işaret olarak görmeye başlar.

Ayrılık, bu durumun tersi olduğunda, yani ebeveynlerin mesafeli, şefkatsiz veya sadist oldukları durumlarda da bir sorun olabilir. Bu durumda hasta, bir çocuk olarak olgunlaşma yolunda attığı adımlarda, özellikle de ebeveynin fiziksel varlığının terki sözkonusu olduğunda, anne-baba desteği hissetmez (Mary buna bir örnektir). Yetişkinlikte bu içsel yaşantılar kuvvetli biçimde ortaya çıkarak sadece majör hayat değişikliklerine yol açmaz, aynı zamanda yakın ilişkilerde bağımlı olma eğilimi yaratır. Borderline hastaları ile narsistik hastaların içsel ilişkisel deneyimleri çok sorunlu olduğundan, bu hastalar bu tür zorlukları sıklıkla yaşarlar.

Borderline hastaları sıklıkla başkaları ile temas duygusuna ilişkin akut anksiyete yaşarlar. Öfkeyi majör savunma olarak kullanma eğilimleri diğerlerinden yabancılaşma duygusunu getirir (genellikle de doğrudur). Yine de, yakınlaştıklarında kendi duygularını tolere etmenin zorluğu nedeniyle öfkelerini diğer kişiye yönlendirirler. Bu kişi tehlikeli bir tehdit haline gelir ve kaçmak mecburidir. Döngü bir kez daha başlar. Her adımda bir anksiyete sinyali—borderline hastalarında bu sinyal kolaylıkla panik düzeyine erişebilir—kişiyi bir sonraki basamağa taşır.

Ayrılık anksiyetesinin görünüşü ve kontrolü narsistik kişilikte oldukça farklıdır.

MORT

Mort büyük bir ailenin ilk çocuğuydu. Annesi, daha çok küçük kardeşlerinin ve eşinin ihtiyaçları ile meşguldü. Baba çocuklarını seven bir işadamıydı ama çocukların yetiştirilmesinin büyük kısmını anneye ve hizmetçilere bırakmıştı.

Mort, annesinin ilgisini konsantre dozlarla, örneğin hastayken, çekti. Ancak diğer zamanlarda ilişkilerinin kontrolünün kendinde olmadığını hissediyor ve bu kadar sık baştan atılma hissinin getirdiği öfkeyi içinde bastırıyordu. Ortaya çıkan sonuç annelik eden bir kadına yoğun ihtiyaç duyması ve çok bağımlı hissettiği için de bu ihtiyacın dikkat çekici bir düşmanlıkla beraber varolmasıydı.

Bir eşten veya kız arkadaştan bir günden fazla bir süre ayrı kalmak Mort'un güçsüz ve muhtaç hissetmesine neden oluyordu. Bekarlık onda fonksiyonellik konusunda korku duymasına yol açan bir umutsuzluk yaratıyor ama paradoksal biçimde yeni kadınlarla tanışması konusunda da yetersizlik hissettiriyordu. Bir kadınla beraberken ilişkinin kontrolünün kendisinde olmasını istiyordu.

Bu patern narsistik sorunları olan birinde ayrılık anksiyetesinin nasıl göründüğünü temsil etmektedir. Mort için ayrılık annesinin sevgisini kaybetmek anlamına geliyordu ve benlik saygısı bir kadınla olmadığında buna yanıt olarak alt üst oluyordu. İyi hissetmek için bir kadına ihtiyacı vardı ama kontrolün onda olmayacağı korkusu gerçekten reddedilmeye veya reddilme korkusuna yol açıyordu. Anksiyetenin ve depresyonun bir kombinasyonunu hissediyordu.

Mort gibi narsistik rahatsızlığı olan hastaların akut anksiyete dönemlerinde terapötik ilişki ve tamamlayıcı olarak mi-

nör yatıştırıcılar genellikle yeterli gelir. Borderline hastalarından farklı olarak bu kişiler sıklıkla terapötik ilişkiyi çok yararlı bulur. Psikoterapinin eleştirel olmayan niteliği benlik saygılarını yenilemelerine ve narsistik bir yaradan sonra başkalarına güvenmelerine yardım eder. Genellikle acil terapötik hedef, hastanın kendine yönelik duygularının neden istikrarlı olamadığına ilişkin kaynağı saptamak için hastayla beraber çalışmaktır.

Alkoliklerin yetişkin çocuklarında da ciddi ayrılık problemleri görülebilir. Bu bireyler gereklilik nedeniyle genellikle ailede vaktinden önce olgunlaşmışlar ve katı kontrolcü kişilik stilleri geliştirmişlerdir. Rutini değiştirmek ise anksiyeteyi provoke edebilir.

Bir alkoliğin yetişkin çocuğunda görülen ayrılık anksiyetesi, soğuk, istismarcı bir annenin çocuğu olan Mary vakasında örneklendirilmiştir (yukarı bakınız). Mary yakınlık için daha sevecen ama alkolik babasına yönelmişti. Babası işten sonra içmeye başlıyor ve bunun sonucu olarak ya sıklıkla uykulu oluyor ya da içi geçiyordu. Uyanık ve ilgili olduğunda bile dikkatini toplayabildiği süre kısaydı ve lise mezuniyeti gibi Mary'nin hayatındaki önemli olay ve durumları unutma eğilimdeydi.

Bu tahmin edilemezlik, Mary'nin benim oturumlar arasında ya da daha uzun aralarda ilgimi sürdüreceğime güvenmesi konusunda zorluk çekmesi şeklinde yansıdı. Bazen o kadar anksiyeteli hale geliyordu ki depersonalizasyon yaşıyor ve hayatında yapmaya başladığı değişiklikler için hangi adımları attıysa onları durduruyordu.

Yaşadıkları çatışmalar karşı cins ebeveyne yönelik arzular içeren sağlıklı hastalar da göreceli olarak ayrılık anksiyetesi yaşarlar.

GEORGE

George annesi tarafından özel bir çocuk muamelesi görmüştü ancak babası ile ağabeyinin arasındaki yakın ilişkisin dışında bırakıldığını hissediyordu. Onlara hayrandı ama onlarla çok fazla beraber olmak, özellikle annesinin ona hissettirdiği özel statüye kıyasla, aşağılık duygusu hissetmesine neden oluyordu. Yuva, kamp, liseye başlamak, koleje gitmek gibi geçişler onun için korku, üzüntü ve özlem dolu zamanlardı.

George genç bir yetişkinken annesini kaybetti ve uyarıcı ilaçları istismar etmeye ve diğer kendine zarar veren davranışlarda bulunmaya başladı. Tedaviye başladığında bu davranışları kontrol edebiliyordu ve kız arkadaşı veya terapistten ayrıldığında anksiyeteli olduğunu fark edebilmeye başlamıştı.

Bu vakada anneye ait duygusal ayartıcılık hastanın normal gelişim geçişlerini yaşamasını zorlaştırmıştı. Bu geçişler bir düzeye kadar terk ve hem ebeveyn hem de geçmiş için matem içeriyordu. Daha sonra George erkeklerle ilişkilerinde yetersiz hissetmesiyle ilişkili olarak normalin çok üzerinde bir anksiyete yaşadı. Annesine olan duygusal itimadı, babasıyla yakınlık ve rekabetinde güvenli hissetmesine müdahale etti.

Anksiyete sıklıkla bir tehlike sinyali olarak suçluluk duygusundan da kaynaklanabilir. Bu durumda tehlike başka birine, sevilen birine yöneliktir.

LYDIA

Lydia ergenlik döneminde babası ile yakın bir ilişki içindeydi ancak bu dönemde babası öldü. Talepkar, bencil annesiyle gergin bir ilişkisi vardı. Üniversite ve profesyonel eğitimi için hevesle evden ayrılmıştı. Lydia bir erkekle uzun dönemli ilişki geliştirme konusunda zorlanıyordu. Terapiye gelme

nedeni kronik anksiyete olduğu kadar kişisel hayatına yönelik hissettiği hayal kırıklığıydı.

Anksiyetesi yatıştıktan sonra iki ebeveynini de sembolik yollarla geride bırakıp kendi hayatında ilerlemesine ilişkin duyduğu suçluluktan bahsetti. Onu anksiyeteli hale getirenin bu "survivor suçluluk" olduğunu fark ettiğinde sömürücü işinden ayrıldı, uygun bir adamla tanışıp evlendi ve çocuk sahibi olmayı planladı.

Nevrotik (Çatışmasal) Anksiyete

Hem George hem de Lydia, ikisinde de kayıp travması ek bir etiyolojik rol oynuyor olsa da, ayrılık anksiyetesini nevrotik düzeyde yaşıyorlardı. Nevrotikle kastımız kişilik gelişiminin göreceli olarak tamamlanmış olmasıdır: Burada kompleks ve esnek başa çıkma becerileri (savunmalar, ego becerileri) ve güçlü ama aşırı derecede olmayan cezanlandırıcı bilinç (süperego) vardır. Anksiyetenin bilinçaltı kaynakları anne babanın misillemesi ve onaylamaması korkularını içerir.

Bu iki hasta da profesyonel hayatta işlevlerini iyi şekilde yerine getiriyorladı ve stabil sosyal ilişkileri vardı. Her ikisinde de yakın olmanın sonuçlarına dair bilinçaltı komplekslerden doğan mahremiyet sorunları vardı. Uygun bir partnerle güçlü bir birebir ilişki oluşturduklarında sinyal anksiyete ortaya çıkıyordu. Bilinçsiz olarak ikisi de karşı cinsiyetteki ebeveynlerinin sevgisini kaybedeceklerinden ve hemcins ebeveynlerinin öfke ve saldırısından korkuyorlardı (ödipal çatışma). Nevrotik anksiyete belirli bir travma geçmişi bulunmayan bir kişide de görülebilir.

BUD

Bud stabil bir evde üç kardeşin en büyüğü olarak büyümüştü. Güçlü bir işadamı olan babası Bud'a karşı ilgili olmakla

beraber son derece rekabetçiydi. Anne, kariyer olanaklarından vazgeçmiş olmaktan ötürü hayal kırıklığı ve öfke duyuyordu, kocası ve çocuklarına gıpta ediyor ve başarısı konusunda Bud'a karışık mesajlar veriyordu. Bud okulda başarılıydı, evlendi ve çocukları oldu. Kariyerindeki pek çok gelişme hamlesine yoğun anksiyete eşlik etti.

Tedavi, başkalarında tehdit ve kıskançlık duyguları oluşturacağını hayal etmesine neden olan başarı anksiyetesinin nasıl oluştuğunu ortaya koydu. Bud, bilinçsiz olarak anksiyetesini önlemek için başarılı girişimlerini sınırlıyor veya bozuyordu. Depresyon için tedaviye gelmişti ama tedavi başarı korkusunun altında yatanları ortaya çıkardı.

Eğer işlev görmekte belirli bir bozulma varsa (George ve Lydia vakalarında özel hayatlarında veya Bud'ın iş hayatı ve duygu durumunda olduğu gibi) nevrotik anksiyetenin tedavisinin en uygun şekli uzun dönemli psikoterapi veya psikanalizdir. Bu tür tedaviler zaman ve maddi açılardan talepkar olmakla beraber süreklilik gösteren bir değişim için en iyi olasılıkları sunarlar. Eğer böyle bir tedavi kişinin sağlık sigortası kapsamında değilse, psikoterapinin faydalarını ve eğer mümkünse kişinin bu servisinin ödemesini kendinin sağlaması seçeneğini farketmesini sağlamak önemlidir. Pek çok terapist, bütçesi dar hastaların psikoterapiden faydalanmaları için ücretlerinde bir ayarlama yapar. Bazen kişisel terapiyi devam ettirmeye olan isteksizlik, değişime veya etiketlenmeye duyulan korkudan kaynaklanır. Bu korkular ve tutumlara ilişkin açık konuşmak en iyi yaklaşımdır. Düşük ücretli psikoterapi ve psikanaliz klinikleri pek çok bölgede bulunmaktadır.

Diğer taraftan, normalde işlevsel olan bireyde kısa dönemli görünen bir anksiyete epizotu yaşadığı durumlarda kısa dönemli terapi yeterli olabilir. Minör trankilizanlar anksiyeteyle mücadele etmenin yanısıra kişiye içsel durumları

üzerinde yenilenmiş kontrol hissi vermesi için de önerilebilir. Ama sıklıkla sadece terapötik ilişki yeterli olur.

Kişinin yaşadığı problemi tetikleyen hayat olay(lar)ını saptamak ve anksiyetesinin altında yatan anlamların ve duyguların sekansını tespit etmesinde yardımcı olmak tedavinin majör hedeflerindendir. Açıkça görülen nedenler bir yakının ölümü, boşanma ve işini kaybetmektir. İçsel anlamları nedeniyle, terfiler, anne-babanın boşanması, çocukların evden ayrılması, taşınma ve diğer başka hayat olayları da anksiyete yaratabilir.

CLAIRE

Orta yaşlarında olan Claire'in kocası uzun dönemli bir mücadeleden sonra kanserden ölmüştü. Uygun biçimde yas tuttuktan sonra hastalık nedeniyle bıraktığı müzik kariyerine geri döndü. Ancak yıllar sonra flört ettiği bir adam Claire'e evlenme teklif edince akut olarak anksiyeteli hale geldi. Haftada bir süren terapilerde yapılan araştırma iki önemli konuyu ortaya çıkardı.

Birincisi flört ettiği adamın yaşça daha büyük olması nedeniyle aktive olan, çocuklukta uğradığı ve yıllarca gömülü kalan tacizdi. Ayrıca şimdi bekar biri olarak keyfini çıkarttığı, evliliğinde zorlayıcı savaşlar vererek kazandığı otonomisini kaybetme korkusuyla mücadele ediyordu. Akut anksiyete çabuk geçti ama Claire bu konulara ilişkin duyguları üzerinde çalışmak için bir yıldan fazla terapiye devam etti. O dönemde tekrar evlenmemeye karar verdi. Sıkı çalışarak kariyerini ileri taşıdı ve arkadaş çevresini geliştirdi.

TEDAVİ

Psikodinamik düşüncenin anksiyeteyi değerlendirmeye katkısı hastanın hayat durumu ve psikolojisindeki altta yatan ne-

denleri araştırmaktır. "Anksiyeteliyim" veya "...'ndan korkuyorum" söylemleri bize çok az bilgi verir. Eğer anksiyetenin sadece semptomatik tedavisiyle ilgilenirsek altta yatan nedenleri kaçırabiliriz ve hastada bu nedenler varlığını sürdürmeye devam eder. Bu durumda da hastada ya anksiyete yenilenir ya da başka sorunlar ortaya çıkar.

Bu bölümdeki vaka örneklerinin çoğunda anksiyete (akut veya kronik, orta düzeyde veya ağır) ya yeterli ilgiyi görmemiş ya da çözümlenmemiş güçlü duyguların ve anlamların belirtisi olarak ortaya çıkmıştır. Hastayla yapılan ilk görüşmeler bu altta yatan sorunların doğasına ilişkin işaretler verebilir. Hastanın anksiyete düzeyi genellikle terapiste bu sorunlarla ilgili bulgu sağlar. Bu da terapötik amaca hizmet eder: Sadece kısa süreli bir terapi mi uygulanacak yoksa uzun dönemli mi? Hangi konularda destek sağlanacak, hangi konulara dokunulmayacak? İlaç tedavisi yapılmalı mı?

Gerçekçi olarak bakarsak, önemli psikolojik sorunlar, hatta tanısal sorular birkaç oturum içerisinde kararlaştırılamayabilir. Eğer tıbbi sigorta kapsamı içinde daha geniş çaplı tanısal psikoterapi yoksa daha semptom-odaklı bir yaklaşım kullanmak gerekebilir. İlgili, anlayışlı bir profesyonelle birkaç ziyaretlik süreçte sadece konuşmak en yoğun anksiyeteyi bile azaltır. Ancak daha önce söylediğimiz gibi akut anksiyete genellikle daha büyük sorunlar buzdağının tepesidir.

Hastanın, akut epizotunun allta yatan nedenlerine bakmak konusundaki motivasyonu devam ederken bağımsız olarak psikoterapi arama ihtimali konuşulmalıdır. Terapistin hastanın devam eden tedavisini bırakmaması konusunda taraf olması gerekebilir. Daha geniş çapta değerlendirmeyle devam edilirse, hastanın temel çatışma alanlarıyla ilgili daha çok bilgi sahibi olunur ve hasta sorunun temel nedenleri üzerinde önemli terapötik çaba harcayabilir.

Psikodinamik Psikoterapiler

Bir süredir psikanaliz ve psikodinamik terapilerin olumsuz yanlarını ortaya çıkarmak moda oldu. Bu saldırılar genellikle, psikanaliz ve psikoterapinin bugün uygulandığı şekliyle yararlarının sorgulanmasına veya Frued'un öncülük ettiği teorik yapı üzerine kurulan terapilerin değerine değil, psikanalitik teorinin eski yönlerine odaklanır.

Psikanalitik terapilere ilişkin araştırmalara göre, bu terapiler ideal koşullarda uygulanmasa bile vakaların büyük çoğunda etkindirler. Psikanalitik bakış açısı aklın karmaşıklığı üstünde durur. Bütün belirli semptomların arkasında çatışmalar, savunmalar, arzular, bilinçaltı fanteziler ve inançlar ağı ile gelişimsel paternler ve karakter paternleri olduğunu varsayar. Bu bakış açısı hastanın otonomisine de maksimum saygıyı vurgular. Altta yatan faktörlerin araştırılması hastanın kararıyla ilerler. Hasta tedaviye hemfikir olduktan sonra, süreç terapistin önerileri ve tedavinin koşullarına göre gelişir. Psikanalitik terapistler tedavide kendi hedeflerinin yükünü minimize ederler. Semptomların verdikleri rahatsızlığı gördüklerinde yoğunluğu gidermek için hastaya ilaç verme yoluna gidebilirler ancak semptomları direkt olarak değiştirecek girişimlerde bulunmazlar. Bu ancak altta yatan kişilik faktörleri değiştiğinde, semptoma artık ihtiyaç kalmadığında oluşur.

Psikanaliz genellikle 40-45 dakika süren ve haftada üç ila beş arası oturumun yapıldığı bir süreçtir. Daha sosyal geleneksel bir doktor-hasta diyaloğu tarzının oluşma eğilimini engellemek için hastalar kanepeye uzanır. Hastadan "serbest çağrışım" yapması, aklına ne gelirse söylemesi istenir. Psikanalist hastanın gizlenmiş, saklanmış korkularını, savunma süreçlerini, ilişkilendirme paternlerini anlamasına yardımcı olacak şekilde kademeli olarak hastanın mental süreçlerine ilişkin düşüncelerini açıklar. Bunların çoğu analistle girilen ilişkide ortaya çıkar (transferans). Görüşmelerin sıklığı sayesin-

de paternler hem analist hem de hasta için görünür hale gelir. Bu, analistin hastanın davranışlarından bazı anlamlar çıkarmasını ve bunları hastaya yorumlayabilmesini sağlar. Yine, görüşmelerin sıklığı hastanın bu yorumları kavramasını ve onları kullanmasını kolaylaştırır.

Psikanalizde değişim işlemi komplikedir ve hâlâ bu konuda çalışmalar sürmektedir. Bir açıdan, her bir bireyin psikanaliz çalışması, bir çeşit kişisel araştırma çalışmasıdır. Ancak hasta-analist takımının vardığı bilgiler sadece entellektüel düzeyde anlayışa yönelik değildir, kişiliğin derin ve dayanıklı değişimini de olanaklı kılar.

Bugün psikanaliz veya psikodinamik psikoterapi konularında eğitim almış, bu hizmeti sunabilecek veya bu becerilerini geliştirmek isteyen terapistlere danışmanlık yapabilecek çok sayıda terapist vardır. Bu terapistlere, en yakın psikanaliz enstitüsü (genellikle büyük metropolitan merkezlerde bulunurlar) veya New York City'deki Amerikan Psikanaliz Derneği'ni arayarak ulaşabilirsiniz. Psikanaliz eğitimi, çok uzun taaahütlü kişisel psikanalizi, teori, teknik ve gelişime ait seminerlerin yıllarca takibini ve psikanalitik vakaların yüzlerce saat süpervizyonunu içerir. Bu nedenle eğitimli bir psikanaliz tarafından tedavi görmek veya süpervizyon almak, o kişinin geniş çaptaki bilgisini ve klinik tecrübesini danışma odasına getirir.

Psikanaliz yönelimli psikoterapi, psikanalizle aynı prensipleri kullanır, ancak genellikle görüşmeler haftada bir veya iki kez olur ve hasta terapistle yüz yüzedir. Psikoterapist psikanaliste oranla daha aktif olma eğilimdedir ve odak, çatışmanın bir veya iki özel alanında tutulabilir. Teorik ve klinik derslerin beraber verildiği pek çok psikoterapi eğitim programı vardır.

Her iki teknikte de tedavinin süresi genellikle aylar ya da yıllarla ölçülür. Eğer bu tür tedavilerin hedefinin, hayat boyu süren düşünce, duygu ve aksiyon paternleri olduğunu düşü-

nürsek bu süre anlaşılabilir. Diğer pek çok terapilerin aksine psikanaliz ve psikanalitik psikoterapi sadece semptomatik rahatlama ve kişilik değişimi yaratmak amacını taşır.

Direnç

Anksiyetenin altında yatan çatışma sorunları, tehlike ile ilişkilendirildiğinden kolaylıkla ortaya çıkmayabilirler. Kendini bilmeye yönelik bu "direnç", kendini engelleyici görünebilir ancak tehlikenin erken dönem kökleri anımsanırsa anlam kazanacaktır. "Bu konuda düşünmek istemiyorum", hissedilen bir tehdide karşı (özellikle de çocukluktaki tehditlere karşı) anlaşılabilir bir tepkidir. Sonuç, tehlikeli düşüncenin bilinçaltına bastırılmasıdır. Bu düşüncenin tekrar su yüzüne çıkma ihtimali, yetişkinlikte bile tehlikenin orijinal anksiyete sinyalini uyandırır ve bu da dirence yol açar. Hasta bilinçli düşüncesinin altındaki sorunlarla çalıştığı için, psikoterapi, direnci saptayıp, hastanın direnci anlamasına yardımcı olarak anksiyete düzeylerinde majör düşüşler meydana getirebilir.

Terapide, sıklıkla, hastanın çatışmaları önlemek için savunma çabası gösterdiğini görürüz. Bu direnç üzerinde çalışarak üstü kapatılmış sorunlarda hareketlenme yaratılır ve içruhsal tehlikeler dolaylı olarak sınanır ve azaltılır. Hastaların tedaviden kaçınmalarına, görüşme saatlerini unutmalarına, geç gelmelerine veya önemsiz görünen konularda konuşmalarına neden olan paradoksal davranışın nedeni savunma aktivitesidir. Bu davranışları hastanın tedavite katılımlarındaki bir eksiklik olarak görmek zorunda değiliz. Bunlar, potansiyel olarak korkutu sorunlar üzerinde konuşmanın anksiyete uyandırmasına ilişkin bir göstergedirler. Yapılan davranışın arkasında yatana ilişkin anksiyeteden kaynaklanan kaçınmayı, yumuşak bir tavırla hastaya göstermek faydalı olabilir.

İlaç Tedavisi

Akut olarak çözülen anksiyetenin tedavisi şimdilerde temel olarak antipsikotik ilaçlara dayanmaktadır. Hastanın çevresinin, hastaneye yatırmak, günlük tedavi altına almak veya aşamalı bir süreçle yeniden yapılandırılması bir kontrol duygusu sağlanması açısından önemli olabilir. Bu hastaların altta yatan psikotik bozukluklarına sekonder olarak pek çok psikolojik sorunları da olduğundan tedavide psikoterapinin de yeri vardır.

Psikoterapötik iletişimde, günlük aktivitenin planlanmasına ilişkin kontrol ve açıklamalar, ilişkiler, limitler ve duygular hakkındaki danışmanlık gibi gerçek sorunlar vurgulanmalıdır. Terapist aktiftir ve bilinçaltı düşüncelerin—hepsi yüzeye çok yakın ve korkutucudurlar—ortaya çıkmalarını kolaylaştıracak çabayı göstermez.

Borderlineda anksiyetenin tedavisi özellikle önemlidir ancak yoğunluğu nedeniyle de zordur. Hem minör trankilizanlar hem de antipsikotikler kullanılabilir. Terapistle kişisel ilişkiyi düzenlemek zorlayıcı olabilir (çok azı da, çok fazlası da problem yaratır). İlgili ama aşırı tepkili olmayan bir tavır sürdürmek önemlidir ve bu en yoğun duyguları, terapist tarafından uyandırılan hastalarla kolay bir iş değildir.

YVETTE

Borderline düzeyinde olan Yvette, terapisti ne zaman tatile gitse büyük zorluk yaşıyordu. Terapist geri döndüğünde, anksiyetesi rahatlamaya değil hiddete dönüşüyordu çünkü yakınlık öldürme duygusu doğuruyordu. Bir tatil sonrası Yvette aniden terapiyi bıraktı. Birkaç gün sonra ise geri döndü ancak bu sefer inatçı bir anoreksiya geliştirmişti. Anoreksiya hiddetin güvenli biçimde kendine dönmesine hizmet ediyordu ve endişe verici, hayatını tehdit eden bir semptom yaratarak da dolaylı olarak terapiste yönelikti.

Terapist veya başka biri tarafından yazılan anti-anksiyete ilaçlarının, fizyolojik olduğu kadar psikolojik etkileri de vardır. Bunların en bilineni, hastaların belli bir oranının (genellike yüzde otuz) inaktive bir madde tarafından tedaviye olumlu yanıt vermelerine neden olan, plasebo etkisidir. Bu yanıt, ebeveynsel figürlerin içsel durumları iyileştirme kapasitesine olan inançtan geliyor görünmektedir (bu kapasite sıklıkla annesi tarafında öpüldüğünde ağrısı geçen küçük çocuklarda gerçekten vardır).

Ancak ilaç tedavisinin, terapistin farkındalığını gerektiren başka anlamları da vardır. Bağımlılık korkusu veya gücenme söz konusu olabilir. Hasta, ilacı yazan doktor veya o doktora yönlendirme yapmış olan, terapist tarafından kontrolün kendisinden aldığını hissedebilir. Bu da paradoksal olarak anksiyetede artışa neden olur.

Mort (daha önce bahsedilmiş olan narsistik hasta) anksiyetesi ve uyuma zorluğu için trankilizan istemişti. Mort'a ilaç verildi. Ama bağımlılık özleminden korktuğu için ilacı küçük parçalar halinde alıyordu. Bunu belirttiğinde "bağımlı olma korkusunu" direkt olarak açıklayabildi.

Terapist, Mort'a terapötik düzeyde ilaç almaktan kendini mahrum ederek bir kontrol hissi kazandığını gösterdiğinde bağımlılık korkusu hakkında konuşabildi ve ilacı önerilen dozda kullanmaya başladı.

Terapist ilaç yazsa da yazmasa da bu tür anlamlar çıkarma ihtimallerinin farkında olmak önemlidir. Örneğin doktor olmayan bir terapist tarafından ilaç tedavisi önerilmesinin hasta tarafından yorumu şunların göstergeleri olabilir: "Söylediğinizden daha hastayım" veya "terapist güvende hissetmiyor" veya "beni başından atmak istiyor". Hastaya ilaç kullanımı

önerisiyle ilgili ne hissettiğini sormak genellikle yukarıdaki cümlelerin direkt veya endirekt dile getirilmesini sağlar. Bu da terapiste öneriyi açıklaması ve bunun anlamının, hastanın reddi veya değerini küçümsediği olmadığını iletme şansı verir.

TRACY

Tracy küçük dozlarda süren ilaç tedavisi başladığında konsantrasyon ile ilgili sorunlar yaşamaya da başladı. Hassasiyet isteyen bir işi olduğu için ilaç tedavisine son verildi. Psikoterapi gördüğü birkaç aydan sonra Tracy'nin otorite figürlerine karşı çatışma içinde olduğu ortaya çıktı. Bunu, otoriteye açıkça karşı koyarak değil, otorite figürünün çabalarına zarar vererek yapıyordu. Bu konu konuşulduktan sonra tekrar ilaç tedavisi önerildi ve bu sefer ilaç daha yüksek dozlarda kullanılıyor olmasına rağmen önceki "yan etkiler" görülmedi.

I I I

Anksiyete, insan varoluşunun bir parçasıdır. Bu bilgiyi şüphesiz hale getiren, anksiyetenin evrim boyunca insanı tehlikeden koruyan bir etki göstermiş olmasıdır. Çocukluğun uzun süren bağımlı yılları nedeniyle, anksiyete, ilişkilerin statü ve anlamları ile benlik algısı gelişimiyle yakından ilişkilidir.

Psikodinamik açıdan anksiyetenin ele alınış şekillerinden biri, onun psyche'de (tin) içsel dengenin bozulmasına erken bir uyarı veren radar olarak görev yapmasıdır. Uyarı uygunsa, psyche (tin) de göreceli olarak kuvvetliyse, anksiyete strestle baş etmede kişiliğin yeni yönlerine dair yardımcı bir uyarandır. Ancak eğer, travma mevcutsa, baş etme becerilerinde zayıflama varsa veya genel olarak kişililiğin işlevselliğinde bir bozulma varsa anksiyete kontrolden çıkabilir.

İşte profesyonellerin resmin içine girdikleri nokta budur. Akut panik, orta derecede belirsiz anksiyete veya fobik kaçınma yaşayanlar neden anksiyeteli olduklarına dair bir fikir taşımazlar dolayısıyla anksiyeteyi gidermekte güçsüzdürler. Anksiyetenin niteliğini değerlendirme kapasitesi, güncel yaşamdaki ve geçmişteki nedenleri araştırmak ve kişiye kendi hakkında konuşabileceği güvenli bir ortam temin etmek dinamik eğilimli terapistin sunabilecekleridir.

OKUMA ÖNERİLERİ

Freud, S. (1955). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 5-149). London: Hogarth Press. (Original work published 1909)

Freud, S. (1959). Inhibitions, symptoms, and anxiety. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 77-175). London: Hogarth Press. (Original work published 1926)

Lofgren, L. (1964). Excitation, anxiety, and affect: some tentative reformulations. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 280-285.

Roose, S. P., & Glick, R. A. (1995). *Anxiety as symptom and signal*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Wallerstein, R. (1986). *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford Press.

Zerbe, K. J. (1990). Psychoanalytic theory in the psychotherapy of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 171-183.

7. BÖLÜM

TIBBİ TEDAVİNİN ROLÜ

Matig R. Mavissakalian ve Martin T. Ryan

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde tıbbi tedavi etkindir. İster tek başına bir yaklaşım olarak kullanılsın ister diğer terapi yöntemleri ile beraber, yaygın klinik uygulama ve araştırmalar bu etkinliği kanıtlamışlardır. Anksiyete bozukluklarının farmakoterapisinde bazı özel nitelikler vardır ki bu nitelikler onu uygulamadaki baskın terapötik yaklaşım olmasa bile önemli ve heyecan verici bir yaklaşım haline getirir.

DSM-IV'ün dördüncü basımında gruplandığı şekliyle anksiyete bozuklukları; panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunu içerir. Bir açıdan bakıldığında anksiyete bozukluğuna ait bu alt sınıfları fenomenolojik ve klinik farklılıkları açısından farklı sendromlar olarak düşünmek yeterince anlamlıdır. Diğer bir açıdan ise, bu bozukluklar aynı temel işlemin farklı ciddiyet ve karmaşıklıktaki düzeylerini temsil ediyor olabilirler. Bu ikinci bakış açısı panik atak, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler ve obsesif-kompulsif bozukluğun semptomlarının hatırı sayılır ölçüde birbirine karıştığı gözlemleri ile desteklenmektedir. Örneğin panik ataklar neredeyse her zaman aşırı anksiyete, endişe ve korku beklentisi ile eşzamanlı oluşur ki bu yaygın anksiyete bozukluğunu niteler. Agorafobi, fobiler ve post travmatik stres bozukluğunda kaçınma bi-

rincildir. Obsesif-kompulsif bozukluk obsesif düşünme ve kompulsiyonların yanı sıra sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğunu, paniği ve fobik kaçınmayı da içerir.

Anksiyete bozukluklarında ilaç kullanımına yönelik araştırmalar, anksiyete bozukluklarının alt tiplerinin farklı olmaktan çok benzerlik gösterdiklerine ilişkin bilgiye katkı sağlamaktadır. Bir alt tip anksiyete bozukluğunun ilaç araştırmasının sonuçları diğer alt tiplere de yaygınlaştırılmaktadır. Hakkında çok az farmakolojik araştırma yapılmış olan ve davranışçı yaklaşımların yeterli olduğu inanılan özgül fobi istisnadır. Anksiyete bozuklukları arasındaki sınırları aşan yaygın ilaç etkinliği nedeniyle bu bölüm "bu ilaç bu alt tip içindir" yaklaşımından kaçınmaktadır. Bunun yerine ilaçların belirli sınıflandırılmalarının (örneğin antidepresanlar, anksiyolitikler) anksiyetenin tedavisinde nasıl yararlı olduğu daha yardımcı bir bakış açısıdır. Aksi belirtilmediği sürece, okuyucu bahsi geçen ilaç sınıfının anksiyetenin tüm alt sınıfları için etkin olduğunu varsayabilir.

Bu bölüm sonunda, anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikolojik ve farmakolojik yöntemlerin beraber veya arka arkaya kullanılmasına ilişkin entegre bir model oluşturma çabası gösterdik.

PRİMER ANKSİYOLİTLER

"Benzodiazepinler" başlığı altındaki ilaç grubu primer anksiyolitik (anti-anksiyete) ajanlardır. Benzodiazepinler, minör trankilizanlar veya sedatif-hipnotikler olarak da geçmektedir. Ancak bu isimler yanlış yönlendiricidirler. Bir ilaca minör trankilizan demek sözde majör trankilizanlar olan psikotik ilaçlarla devam eden bir süreci ima edebilir ki durum bu değildir. Benzodiazepinler farklı nörotransmitter sistemler üzerinden farklı beyin bölgeleri üzerinde çalışır ve antipsikotik-

lerden farklı semptomları giderirler. Benzer şekilde benzodiazepinlere sedatif-hipnotik demek de yanlıştır. Benzodiazepinler yüksek dozlarda uykuya sebebiyet verseler de, anksiyetenin etkin idaresinde gün içindeki sedasyonu ve uyuşukluğu önlemek gerekir. Yine bazı benzodiazepinler kas gevşetici olarak veya nöbetlerin tedavinde yaygın olarak kullanılmaktadırlar.

Benzodiazepinler obsesif-kompulsif bozukluk dışındaki bütün anksiyete bozuklukları için etkili bir tedavidir. Obsesif-kompulsif bozuklukta ise benzodiazepinlerin yararlı olduklarına veya aksine kanıt sunan araştırmalar yoktur. Bireysel benzodiazepinlerin anksiyete bozukluklarında eşit derecede etkin oldukları görülmektedir. Bireysel benzodiazepinlerin arasındaki farklar her ajana ait aksiyonun başlangıcında ve devamındadır.

Tablo 7.1 primer anksiyolotik ajanları, yaygın doz aralıklarını ve etki sürelerini göstermektdir. Kısa etkili ajanlar çabuk emilir, alımları itibariyle otuz dakika içinde anti-anksiyete etkilerini gösterirler ve tipik olarak kan doruk düzeylerine bir ila üç saat arasında ulaşırlar. Lorazepam (Ativan) ve oksazepam (Serax) bunlara örnektir. Etkilerinin çabuk başlaması ve göreceli olarak hızlı metabolize olmaları bu ajanları anksiyetenin epizodik ani ortaya çıkış tedavilerine uygun hale getirmektedir. Ancak daha uzun süreli ve dirençli anksiyetenin giderilmesinde zayıf tercihlerdir. Uzun süre etkili ajanlar daha yavaş, aşamalı etki gösterirler ve daha yavaş metabolize olurlar. Hastanın yaşına ve genel sağlığına göre bu özellikleri nedeniyle günde bir veya iki kez alınırlar. Dozun ayarlanmasının kolaylığı ve düzenli etkileri, klonazepam (Klonopin) ve klordiazepoksit (Librium) gibi uzun dönem etkili ajanları, anksiyetesi haftalar veya aylara yayılmış hastaların anksiyetelerini gidermede iyi bir tercih haline getirir. Alprazolam (Xanax) ve diazepam (Valium) gibi orta dönemli ajanların etkilerinin başlaması ve devamı diğer iki grubun arasındadır.

Tablo 7.1
Benzodiazepin Anksiyolitik İlaçlar

Jenerik Adı	Ticari Adı	Yaygın Günlük Doz	Etki Süresi
Alprazolam	Xanax	1.0 - 6.0 mg	Orta
Klordiazepoksit	Librium	15 - 100 mg	Uzun Dönem
Klonazepam	Klonopin	0.5 - 4.0 mg	Uzun Dönem
Klorazepat	Tranxene	5-30 mg	Uzun Dönem
Diazepam	Valium, Valrelease	4-40 mg	Orta
Flurazepam	Dalmane *	15-30 mg	Uzun Dönem
Halazepam	Paxipam	20-60 mg	Orta
Lorazepam	Ativan	0.5-4 mg	Kısa
Oksazepam	Serax	10-60 mg	Kısa
Prazepam	Centrax	5-60 mg	Uzun Dönem
Kuazepam	Doral, Dormalin	7.5-15 mg	Uzun Dönem
Temazepam	Restoril*	15-30 mg	Kısa
Triazolam	Halcion*	0.25-1 mg	Kısa

* Temel olarak hipnotik amaçlı kullanılır

Benzodiazepinlerin pek çok özelliği, onları anksiyetenin kontrolünde güvenilir tercihler yapar. Barbituratlar gibi (eskiden anksiyetenin tedavisinde kullanılırlardı) daha eski ajanlarla kıyaslandığında benzodiazepinler, anksiyetenin giderilmesi ile sedasyon arasında çok daha geniş doz aralığına sahiptirler. Bu, hem hasta hem de ilacı yazan doktor için, bilişsel bozulma veya sedasyona yol açmadan anksiyetenin efektif biçimde giderilmesinde ne kadar miktarda ilacın gerektiği kararını kolaylaştırır. Benzer biçimde benzodiazepinler göreceli olarak yüksek bir terapötik indekse sahiptirler: İlacın tipik öldürücü dozuna karşı etkin dozun oranının ölçümü. Terapötik indeks arttıkça, hata sonucu alınan yüksek doz vakalarının riskleri ihtimali azalır.

Belki de en önemlisi, benzodiazepinlerin anksiyeteyi kontrolde işe yaramasıdır. Cevap oranları yapılan araştırmalara ve bozukluğa göre çeşitlilik gösterse de genel olarak tedavi görmüş olan hastaların yüzde 70-90'ı önemli bir gelişme göstermiştir. Üstelik benzodiazepinlerin yararlı etkisi ilk doz itibariyle hissedilmektedir. Bu, uyum gösterme anlamında tüm terapötik içerik adına önemlidir çünkü hastalar desteklenmiş hissederler ve tedavilerine duydukları güven artar. Böylece de tedaviye itaatkar kalırlar.

Hastaların yaygın bir endişesi ve klinisyenin her zaman aklında tutması gereken bir konu ilaç tedavisinin potansiyel olarak bağlılık ve bağımlılık yaratabileceğidir. U.S Drug Enforcement Agency'e göre bütün benzodiazepinler IV. sınıf ilaçlar olarak tanımlanmışlardır. Barbituratlar gibi daha yüksek tarifelendirilmiş ilaçlara göre daha az istismar edildikleri bilinir. Ayrıca daha sınırlı bağımlılık olasılıkları vardır. Bu geçerli bir endişe olmasına rağmen, bu popülasyona uygun biçimde ilaç uygulandığında bağımlılık riski minimumdur. Ancak terapötik dozlarda altı ay içinde fizyolojik bağımlılık gelişebilir, kısa dönem etkili benzodiazepinlerde bu süre daha kısadır. Yani açık uçlu bir ilaç tedavisi planı tedbirsizliktir.

Tablo 7.2
Anksiyete Bozukluğu Tedavisinde Kullanılan İlaçların Bağımlılık Potansiyelleri

İlaç Grubu	*Fizyolojik Bağımlılık Riski*
Benzodiazepinler	azdan ortaya
Beta-Blokerler	yok
Buspirone	yok
Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI'ler)	yok
Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI'lar)	yok
Trisiklik Antidepresanlar	yok

Tablo 7.2 anksiyete bozuklukları tedavisinde kullanılan ilaç sınıflarının bağımlılık potansiyellerini karşılaştırmaktadır. Hastaların ilaç ya da alkol istismarı geçmişleri olup olmadığını gözden geçirmek, yan etki ve sempomlar bildiren hastaları yakın takibe almak, süpervize edilmemiş doz artışlarını izlemek, semptomlara yönelik dikkatli doz titrasyonları ve tedavinin sonunda ilacın yavaş yavaş bırakılacağı bir plan hastayı bağımlılığa karşı koruyacak yardımcı tekniklerdir. Araştırmalar, eğer işleme yeterli zaman verilirse bütün hastaların benzodiazepinleri azaltarak başarıyla bıraktıklarını göstermektedir. Burada hastanın ilacı azaltarak bırakmasındaki başarı ya da başarısızlık temel olarak zamanla ilgilidir ve eğer ihtiyaç duyulursa geri çekilme sürecinde hastaya yardımcı olmak için bilişsel ve farmakolojik tedaviler uygulanabilir.

Benzodiazepinler dikkatli ve akılcı biçimde reçetelendirildiklerinde hastalar nadiren yan etki yaşarlar. En yaygın yan etki uykulu hal, sersemlik hissidir ve hastaların yaklaşık yüzde onunda görülür. Bu nedenle hastalar, sedasyon veya herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadıklarını değerlendirene dek, ilk bir kaç doz süresince araba ve diğer makineleri kullanmamaları konusunda uyarılmalıdırlar. Hastaların yüzde bir-iki-

sinde baş dönmesi, koordinasyon bozukluğu, mide rahatsızlığı ve alejik deri tepkileri oluşur. Hastalar, herhangi bir ilacı almadan önce, reçetelerini yazan doktora kullandıkları ilaçları ve fiziksel hastalıklarını söylemelidirler ki potansiyel yan etkilerden kaçınılsın.

Beta-Blokerlar

Beta-blokerlar anksiyete bozukluklarının çeşitlerinde 1960'lardan beri kullanılıyor olsalar da kontrollü çalışmalarda yaygın anksiyete bozukluğu, panik, agorafobi, sosyal fobi ve obsesif-kompulsif bozukluklardaki etkisi açıkça ispatlanmamıştır. Beta-blokerların sosyal fobinin tedavisinde yararlı olacağı erken dönem vaadine rağmen bu bilgi de kontrollü çalışmalarda kanıtlanmamıştır.

Bu sınıftaki ilaçlar için yararlı bir niş, topluluk önünde konuşmanın da dahil olduğu, performans anksiyetesidir. En net destekleyen kanıt performansları esnasında müzisyenlerin tedavileri olmuştur. Bu ajanların farmakolojik etkileri arasında kalp çarpıntısının, titremenin ve terlemenin yatıştırılması olduğundan bu sonuç beklenmedik değildir. Tablo 7.3 hipertan-

Tablo 7.3
Beta-Bloker İlaçlar

Jenerik Adı	*Ticari Adı*	*Genellikle Kullanılan Günlük Doz*
Atenolol	Tenormin	25-50 mg 1-2 dozda
Metoprolol	Lopressor	50 mg dünde 2 kez
Nadolol	Corgard	40 mg günde 2 kez
Pindolol	Visken	5 mg günde 2 kez
Propranolol	İnderal	40-80 mg günde 4 kez
	İnderal-LA	80 mg günde 2 kez
Timolol	Blocadren	10 mg günde 2 kez

siyon tedavisi için yaygın dozaj aralıklarını listelemekte ve karşılaştırma sunmaktadır.

Buspiron

Buspiron (Buspar) benzodiazepinlerde ayrı düşünülmesi gereken bir anksiyolitik ilaçtır. Merkezi sinir sistemindeki çalışma şekli benzodiazepinlerden farklıdır. Bu gerçek, etkinlik, etkinliğinin başlaması ve bağımlılık potansiyeli olarak da buspironun benzodiazepinlerden ayrılması şeklinde yansır. Benzodiazepinlerin etkisi ilaca başlandığı gün hissedilirken, buspirona verilen tam bir klink yanıt ancak genellikle bir-üç hafta arasında alınır. Ayrıca buspironun yaygın anksiyete bozukluğu dışındaki anksiyete bozukluklarında etkinliği açıkça ispatlanmamıştır.

Buspironun avantajları, bağlılık ve bağımlılık riski yüksek bireylerde kullanımında bile istismar potansiyelinin olmasına yönelik bulgu olmaması ve sedatif etkisinin olmamasıdır. Kandaki yarılanma ömrü kısa olduğundan günlük dozajın iki veya üçe bölünmesi gerekir. Tipik günlük doz 15 ila 60 mg arasında değişir. İlacın en yaygın yan etkileri bulantı, baş ağrısı ve baş dönmesidir. Aşırı dozdan ölüm rapor edilmemiştir.

ANTİDEPRESANLAR

Pek çok hastada anksiyetenin semptomları, depresyonun semptomları ile birbirine karışsa da antidepresan ilaçların anksiyeteyi tedavilerindeki etkilerinin antidepresan özelliklerinden bağımsız olduğunu anlamak önemlidir. Başka bir deyişle, panik bozukluk gibi bir anksiyete bozukluğu olan bir hasta, bir antidepresanla tedavi edildiğinde, panik semptomlarının giderilmesi ilacın antidepresan etkilerinden bağımsızdır. Benzodiazepinler ve bilişsel-davranışçı terapi gibi anti-

depresanlar da anksiyete bozuklukları majöritesi için etkili tedavidir. Bir antidepresandan tek başına yararlanma, bir anksiyolitikten tek başına yararlanma veya ikisinin bir kombinasyonunu yapma tercihi değişik sebeplere bağlıdır.

Örneğin biz kendi anksiyete bozuklukları kliniğimizde antidepresanları temel uzun dönem farmakolojik tedavi olarak seçiyor, acil rahatlamanın gerektiği akut krizlerde benzodiazepinlerden yararlanıyoruz. Bu ilaçların kombine uygulanışı ile davranışçı tekniklerden bu bölümün sonunda bahsedeceğiz.

Bir antidepresan ile bir primer anksiyolitiği seçmek, aynı zamanda pek çok klinik faktörün dikkate alınmasını gerektirir. Tablo 7.4 bu iki tip ilacın karşılaştırmasını yapmaktadır. Örneğin ağır panik ataklardan şikayetçi olan bir hasta düşünün. Geçmişin eksiksiz alımı ve tam bir medikal kontrolden sonra klinisyen hangi tedaviyi reçetelendireceğine dair karar vermek durumundadır. Tablo 7.4'te görebileceğimiz gibi pa-

Tablo 7.4
Ansiyolitik ve Antidepresan İlaçların Karşılaştırılması

Durum	*Antidepresanlar*	*Anksiyolitikler*
Panik atakların azaltılması/ eliminasyonu	Etkin	Etkin
Paniksiz anksiyetenin azaltılması/eliminasyonu	Etkin	Etkin
Fobik kaçınmanın azaltılması/eliminasyonu	Etkin	Etkin
Semptomatik rahatlamanın başlama hızı	Haftalar	Saatler
Depresif semptomların giderilmesi	Etkin	Sürekli Etkin Değil
Sedasyon ve bilişsel bozulma ihtimali	Düşük-Yok	Yüksek Dozlarda Yaygın

nik için hem antidepresan hem de anksiyolitik ilaçlar etkindir. Fark, antidepresanlar ile benzodiazepinler arasındaki etkileme hızıdır, iki şekilde kullanılabilir. Birincisi, antidepresanların sunduğu, genellikle 4-8 haftada gerçekleşen, semptom giderici süreç başlayana kadar bir benzodiazepin reçete ederek, yukarda bahsedildiği üzere anksiyetenin semptomlarının hızla giderilmesini sağlamaktır. Diğeri, tedaviye antidepresanlarla başlamaktır. Bu durumda sıklıkla anksiyeteyi taklit eden yan etkiler oluşur. Bu yan etkiler, tedavinin ilk birkaç haftasında benzodiazepin kullanımıyla giderilebilir. Anksiyete bozukluğu kliniğimizde primer olarak uzun dönemli antidepresan ilaçları kullanıyoruz. Bu ilaçların iyi tolere edilme ve bağımlılık potansiyeli olmama gerçeklerine minnettarız.

Antidepresan Çalışma Mekanizması

Anksiyete bozuklukları tedavisinde kullanılan ilaçların farmakodinamiklerinin tam bir tartışmasını yapmak burada uygun olmamakla beraber bu ilaçların çalıştıkları mekanizmaların temel kavramlarına aşina olmak önemlidir. benzodiazepin anksiyolitleri primer etkilerini gamma-aminobutrik asit (GABA) nörotransmitterler üzerinden merkezi sinir sistemine uygulamaktadırlar. Antidepresan ilaçlar ise öncelikle noradrenerjik ve serotonerjik nörotransmitter sistemler üzerinden etki göstermektedirler. Bir nörotransmitteri bir bozukluktan sorumlu tutmak çok basite indirgemektir. Bahsedilmiş olan üç nörotransmitter de—GABA, norepinefrin, serotonin ve belki başka nörotransmitterler de—anksiyete yanıtının oluşmasında majör roller oynarlar.

Son zamanlarda, serotonin sistem, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukta primer anahtar olarak tanımlanmaktadır. Antidepresanların anti-obsesyonel özelliklerinin büyük çoğunlukla serotonin vasıtasıyla gerçekleştiğine dair güçlü kanıtlar vardır. Bu, klomipramin (Anafranil) ve selektif serotonin

gerialım inhibitörlerinin obsesif-kompulsif bozukluğu etkin tedavi etmeleri deneyimleri ile de klinik olarak ispatlanmıştır.

Panik bozukluğun tedavisinde de benzer bir trend görülmektedir, özellikle agorafobinin eşlik ettiği panikte yine klinik çalışmalar klomipraminin ve fluvoksamin (Luvox) gibi selektif serotonin gerialım inhibitörlerinin etkinliklerini göstermiştir. Ancak bu hâlâ bir şekilde tartışmalıdır çünkü desipraminin (Norpramin) obsesif-kompulsif bozuklukta plaseboya eşitliği sözkonusuyken bazı çalışmalar desipraminin yararlı antipanik etilerini ortaya koymuşlardır. Bir çalışma, selektif noradrenerjik olan maprotilini, selektif serotonerjik fluvoksamin ile karşılaştırmış ikincisi etkinken birincisinin olmadığını bulmuş ve serotonerjik aksiyonlu ajanların panik bozukluğu tedavisinde bir tercih olarak düşünülmesi gerektiğini önermiştir.

Önemli bir sonuç şudur; majör depresyonun tedavisinde çeşitli antidepresanların neredeyse aynı etkinliği göstermelerinden farklı olarak, bu ajanlar anksiyete bozuklukları tedavisi etkinliğinde eşit değillerdir. Genellikle serotonin sistem üzerinden çalışan antidepresanların anksiyete bozuklukları tedavisinde en etkili olanlar oldukları kanıtlanmıştır. Bu, en çok obsesif-kompulsif bozukluk vakasında nettir.

Antidepresan Seçiminde Pratik Düşünceler

İlk bölümde özetlenen büyük prensiplerin ötesinde, anksiyete bozukluğu tedavisi için bir en iyi antidepresan yoktur. Akılcı bir reçete yazmak pek çok şeyi düşünmeyi gerektirir. Bir önceki bölümde belirtildiği gibi, kuvvetli serotonerjik etkileri olan antidepresanlar obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu tedavilerinde en etkili olanlardır. Kesin olarak, hastanın belirli bir ilaca daha önce verdiği yanıt o ilacı umut veren bir tedavi seçeneği yapar. Hatta hastanın birinci dereceden akrabasının geçmişte aynı bozukluk için aldığı ilaca verdiği olumlu yanıt, hastanın o ilaca yanıt verme ihtimalini artırır.

Tablo 7.5
İlaçların Yan Etkilerinin Karşılaştırılması

Yan Etki	*Trisiklik*	*MAOI'lar*	*SSRI'lar*	*Benzodiazepinler*
Antikolinerjik (ağız kuruluğu, kabızlık)	++/+++	0	0	0
Bulantı	0	0	++	0
Diyare	0	0	++	0
Seksüel Disfonksiyon	+	++	++	0
Sedasyon	+/++	0	0	+/++
Kilo Alımı	++	++	0	0
Baş Ağrısı	0	0	+	0
Insomnia	0	+/++	0/+	0

0: Çok nadir
+: Nadir
++: Yaygın
+++: Çok yaygın

Hastanın, bir ilacın yaygın yan etkilerine olan toleransı terapi seçiminde düşünülmesi gereken başka bir önemli noktadır. Tablo 7.5'in gösterdiği gibi, anksiyete bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların ortaya çıkarabilecekleri yan etkiler arasında önemli farklılıklar vardır. Yan etkileri iki geniş kategoride incelemek yararlı olur: Akut tedaviyi başlatmak ve sürdürmek anlamında problem yaratanlar ve uzun dönemde daha fazla sorun yaratanlar. İkincisi için, seksüel yan etkiler (libidonun azalması, orgazm olamama, erektil disfonksiyon ve impotans...gibi) ve kilo alımı örnek oluşturabilir.

Tedavinin ilk döneminde oluşan yan etkiler dışında, ilginç bir not anksiyete bozukluğu hastalarının plasebo ilaç aldıklarında bile geniş bir insidansta yan etki bildirmeleridir. Bununla beraber tedaviye itaatkarlığın ve yan etkilerin toleransını maksimize etmek için belli tedbirler alınabilir. Anksiyete bozukluğu olan hastalar sıklıkla, belki diğer tıbbi durumları olan hastalardan daha fazla, farmakoterapi hakkında çok anksiyete

göstermektedirler. Doktorun ve tedaviye dahil olan diğer klinisyenlerin, antidepresanların ve majör anksiyolitiklerin etkinlikleri ve göreceli emniyetli oluşlarına dair hastaya güven vermeleri, hastanın duyduğu huzuru ve itaatkarlığı artırır.

Endişe verici yan etkiler istisnaidir, bu ajanlarla tedavide rasyonel reçetelendirme prensipleri takip edildiğinde endişe verici yan etkiler norm içinde değillerdir. Aşağıdakiler sözkonusu olduğunda, hastaların anksiyete bozukluğu için ilacı yazan doktora bildirimde bulunmaları gerektiği söylenmelidir; alerjik reaksiyonlar (deri döküntüsü gibi), rahatsızlık veren yan etkiler, başka sağlık sorunları için ilave ilaç kullanımı, sağlık durumunda bir değişiklik. Sıklıkla dozajın ya da ilacın değiştirilmesi, tedaviye ara verilmeden sorun yaratan yan etkilerin ortadan kalkmasını sağlar.

Trisiklik Antidepresanlar

Trisiklik antidepresanlar bu adı almışlardır çünkü moleküler yapıları üç halkalıdır. Bunlar, klasik ve geleneksel antidepresanlardır. Bu bölümün daha öncesinde belirtildiği gibi anksiyete bozukluklarındaki etkinlikleri, antidepresan etkilerinden farklıdır. Genellikle trisiklik antidepresanlarla gruplanan 2 ilaç aslında tetrasiliktir. Bunlar amoksapin (Asendin) ve maprotilindir (Ludiomil). Bu tartışmanın amacından yola çıkarak onları da trisiklik olarak düşünüyoruz. Tablo 7.6 bu gruptaki yaygın ilaçları ve karşılaştırmalı olarak tipik günlük dozları göstermektedir.

Trisiklikler anksiyete bozukluğu tedavilerinde en kapsamlı çalışılmış gruptur. Çoğu genel özelliği paylaşsalar da bazı önemli farklılıklar da vardır. Bütün trisiklikler serotoninin ve norepinefrinin geri alımında kısa dönem etkilidir. Diğer reseptör etkileri ilacın alınmaya başlanmasından haftalar sonra ortaya çıkar ve anti-anksiyete ve anti-panik klinik etkilerle ilişkili görünmektedir. Klomipramin (Anafranil) trisiklikler

Tablo 7.6
Trisiklik Antidepresanlar

Jenerik Adı	*Ticari Adı*	*Tipik Günlük Doz*
Amitriptilin	Elavil, Endep	100-200 mg
Amoksapin*	Asendin	100-200 mg
Klomipramin	Anafranil	100-200 mg
Desipramin	Norpramin, Pertofrane	100-200 mg
Doksepin	Adapin, Sinequan	100-200 mg
İmipramin	Tofranil	100-200 mg
Maprotilin*	Ludiomil	100-150 mg
Nortriptilin	Pamelor, Aventyl	50-100 mg
Protriptilin	Vivactil	15-40 mg
Trimipramin	Surmontil	100-200 mg

* Tetrasilik

içerisinde en güçlü serotonerjik ajandır ve obsesif-kompulsif bozukluk tedavisinde en etkili trisikliktir. İmipramin (Tofranil), diğer trisikliklerin de etkin oldukları gösterilmişse de, panik bozukluğun tedavisinde en çok çalışılmış trisikliktir. Amitriptilin (Elavil) eskiden "anksiyete nevrozu" denen durumda uzun dönemli bir kullanım geçmişine sahiptir, ama daha az yan etkiye sahip daha etkili trisikliklerin geliştirilmesiyle artık yaygın değildir.

Trisiklikler diğer antidepresanlardan daha uzun süredir kullanıldıkları için kullanımlarına dair daha fazla bilgi ile daha iyi tanımlanmış klinik prensipleri vardır ve doz ayarlama stratejileri ve plazma düzeyi cevapları bu ilaçlarla uzun dönemli ve geniş çapta deneyimlerin sonucudur. Daha güncel olarak, anksiyete bozuklukları kliniğimizde bir çalışma gerçekleştirdik. Çalışma plasebo kontrollüydü ve agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğun tedavisinde imipraminin (Tofranil) doz ayarlamasına bakıldı. Bu çalışma panik için imipra-

minin sadece optimal dozunu ve plazma düzeyini aydınlatmadı, aynı zamanda ilaç tedavisinde, ilacın yan etkilerini minimize ederken klinik cevabı maksimize eden bir "terapötik pencere"nin olduğunun altını çizdi.

Trisiklik antidepresanlarla tedavinin başka avantajları da vardır. Hemen hepsi jenerik formlarında bulunabilirler yani üretilen maliyeti en düşük ilaçlar arasındadırlar. Hastanın tedaviye olan bağlılığını artıran şekilde genellikle günde bir kerede alınırlar. Bazı trisiklikler için terapötik serum düzeyleri belirlenmiştir bu da doz titrasyonunun ve izlemenin daha doğru yapılmasına izin verir. Trisikliklerın bir potansiyel dezavantajları özellikle alkolle birlikte alındıklarında aşırı dozun ölümcül olabilmesidir. Eğer bir hasta kasıtlı olarak aşırı doz alma riskinde hissediliyorsa, bir kerede bir haftalıktan fazla ilaç verilmemelidir. Potansiyel yan etkileri minimize etmek için, trisikliklerle tedavi düşük dozlarda başlanmalı ve aşamalı olarak haftalar içinde doz yükseltilmelidir.

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

Monoamin oksidaz inhibitörleri monoamin oksidaz enziminin çalışmasını bloke eder. Bu enzim, karaciğer, bağırsak ve merkezi sinir sistemi dahil vücudun çeşitli organ sistemlerinde bulunan hücre içlerindeki aminleri katabolize eder. Monoamin oksidaz inhibitörlerinin (MAOI'lar) anti-depresan ve anti-anksiyete etkilerinin serotonin ve norepinefrin metabolizmalarını yavaşlatarak (ki böylece bu iki nörotransmitterin beyindeki sinir uçlarında daha az bulunmalarına neden olur) gerçekleştiğine inanılmaktadır. Tablo 7.7 Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılan MAOI'ları ve tipik dozlarını listelemektedir.

MAOI'ların depresyonda ve kronik anksiyete bozukluklarının çoğunda etkin olduğu kanıtlanmıştır. Sosyal fobinin tedavisinde en geniş çaplı araştırma yapılmış antidepresanlar MAOI'lardır. Sosyal fobi tedavisinde diğer antidepresanlarla

Tablo 7.7
Monoamin Oksidaz inhibitörleri

Jenerik Adı	*Ticari Adı*	*Tipik Günlük Doz*
İsokarboksazid	Marplan	10-30 mg
Fenelzin	Nardil	45-90 mg
Selejilin*	Eldepryl, Deprenyl	10 mg
Tranilsipramin	Parnate	10-30 mg

* Genellikle Parkinsonizmin tedavisinde kullanılsa da depresyon tedavisinde de olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir.

yapılan çalışma bilgileri, göreceli olarak yetersiz olduğundan MAOI'ların özellikle de fenelzinin (Nardil) kanıtlanmış etkinlikleri, yaygın sosyal fobi başta olmak üzere sosyal fobilerde, kliniğimizde bu grup ilacı klinik seçimimiz haline getirmektedir. Bir araştırma göstermiştir ki MAOI'lar obsesif-kompulsif bozuklukta da etkin olabilmektedir. Tranilsipramin (Parnate) MAOI'lar içinde en enerji veren ve hareketlendiren olduğundan, bu gerçek, ilaç yazılıp tedavi başlatılmadan ele alınmalıdır çünkü başlangıçta anksiyeteli, hipervigilant ve iyi uyku uyayamayan bir hastada semptomlar daha kötü hale gelebilir.

MAOI'ların bağırsaktaki ve karaciğerdeki enzimler üzerindeki etkisi nedeniyle, bu ilaçları kullanan hastaların yiyeceklerindeki tyramin (bazı yiyeceklerde bulunan bir eksojen amin) miktarının kısıtlanması gerekir. Eğer MAOI kullanan hasta yeterli bir oranda tyramin açısından zengin yiyecekler yerse başağrısı, boyun tutulması, bulantı ve potansiyel olarak hayatı tehdit edici hipertansiyon yaşayabilir. Diyetleri hakkında eğitim MAOI ile tedavi görülmesi düşünülen hasta için zorunludur.

Potansiyel ilaç-ilaç (ilaçlar arasındaki) etkileşimi MAOI'larda diğer antidepresanlardan çok daha fazladır. Hastalar bu konuda uyarılmalıdırlar.

Tablo 7.8
MAOI'lar Kullanılırken Kaçınılması Gereken Zengin Tyramin İçeren Gıdalar

Yüksek Düzeyde Tyramin İçerenler	*Orta Düzeyde Tyramin İçerenler (Günde 1-2 porsiyon yenebilir)*
Alkol (özellikle bira ve chianti şarabı)	Yoğurt
Fava Fasülyesi	Domates
Eski kaşar	Ispanak
Tavuk veya sığır ciğeri	Yeşil muz
Füme veya salamura etler	Soya sosu
Mayalanmış sosisler	Ekşi krema
Ambalajlı çorbalar	Avokado
Mayalı vitamin tamamlayıcılar	Patlıcan
Yaz sosisi	Erik
Portakal	Kuru üzüm
Havyar	Çikolata
Konserve incir	
Lahana turşusu	

Son beş yılda geri dönüşümlü MAOI'lar (moklobemid, brofaromin) ilgi çekici ve heyecan verici bulunmakta ve bunlara yönelik dikkate değer araştırmalar yapılmaktadır. Erken dönem denemelerin başarılı sonuçlarına rağmen geri dönüşümlü MAOI'lar şu anda Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik uygulama için mevcut değildirler.

Trisiklik terapilerde olduğu gibi, MAOI'lara da küçük dozlarda başlanır ve haftalar süren bir dozaj yükseltme sürecinden sonra terapötik dozlara ulaşılır. Yine trisiklik antidepresanlardaki gibi, MAOI'larda da anksiyete ve paniğin klinik semptomlarının giderilmesi dört ila altı hafta sonra başlar.

Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri

Selektif serotonin gerialım inhibitörleri, ya da SSRI'lar, anksiyete bozuklukları tedavisinde etkili üçüncü grup antidepre-

sanlardır. İsimlerinin de ifade ettiği gibi bu ilaçların nörotransmitter sistemler üzerinde daha dar ve daha belirli biyokimyasal etkileri vardır. Etkinlikleri hakkındaki araştırmalar, anksiyete bozukluklarında serotonerjik nörotransmitter sistemlerin rolünü güçlü biçimde kanıtlar. Trisikliklere ve MAOI'lara göre bu antidepresanlar yenidir ve anksiyete bozukluklarını tedavideki etkinliklerine yönelik daha az araştırma vardır.

SSRI'ların bir majör dezavantajı, doz ayarlamasının tamamen bireysel yanıta bağlı olmasıdır çünkü doz-yanıtı ve plazma-konsantrasyonu prensipleri, MAOI'lar ve trisiklikler için olduğu gibi tam olarak belirlenmemiştir. Bugüne dek belirli sayıda SSRI'ın obsesif-kompulsif bozuklukta etkin olduğu ispatlanmıştır. İki ajan, fluvoksamin (Luvox) ve fluoksetin (Prozac) FDA tarafından obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisi için spesifik endikasyon onayı almışlardır. Tablo 7.9 Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılan altı SSRI'ı listelemektedir.

SSRI'ların geleneksel antidepresanlara oranla avantajları vardır. En temel olanı yan etki profillerinin daha tolere edilir olmasıdır. Ancak bazı anksiyete bozukluğu hastalarının yan etkilere karşı kendilerine has hassasiyetleri göz önüne alındığında, hangi SSRI'ya başlarsanız başlayın depresyon tedavisi için kullanılan dozun altında bir dozla başlamanızı ve dozu yavaşça titre etmenizi öneriyoruz. Örneğin fluoksetin (Prozac) 5 mg başlatılıp doz yavaşça yükseltilebilir. SSRI'lar aşırı dozda göreceli olarak güvenlidirler ve herhangi bir diyet yasaklamaları yoktur. Altı ilaçtan üçü, trisiklik antidepresanlarda olabildiği gibi, günde bir kez alınacak şekilde ayarlanabilir.

TEDAVİ AŞAMALARI

Anksiyete bozukluğu tedavisinde etkin olan ilaçlarla ilgili genel bakışımızı tamamladıktan sonra artık tedavinin gidişatı

Tablo 7.9
Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI'lar)

Jenerik Adı	Ticari Adı	Tipik Günlük Doz
Fluoksetin	Prozac	20-40 mg
Fluvoksamin	Luvox	100-300 mg
Nefazodon	Serzone	300-600 mg (bölünmüş dozlarla)
Paroksetin	Paxil	20-30 mg
Sertralin	Zoloft	50-200 mg
Venlafaksin	Effexor	75-300 mg (bölünmüş dozlarla)

esnasındaki tipik bir ilaç stratejisine geçebiliriz. Aşağıda yer alan tedavi aşamaları bölümleri kavramsal açıdan aydınlatıcı olması için hazırlanmış olsa da klinik tedavide katı çizelgeler yoktur ve tedavinin, hastanın ihtiyaçlarına ve sürecine göre adapte edilmesinin öncelikli olduğu anlaşılmalıdır. Depresyonun epizodik gidişatından farklı olarak anksiyete bozukluklarınınki kronik ve inişli çıkışlıdır. Bu nedenle, tedavi aşamalarının devamlılığı ve sürdürülmesi, depresyonun sırasıyla kavramsal relapsını ve reküransını önlemek gibi, anksiyete bozukluklarında kolaylıkla ayrımlaştırılamaz.

Değerlendirme Aşaması

Tedaviye başlamadan önce, tanının netleştirildiği, tedavinin amaçlarının belirlendiği ve belirli farmakoterapötik ajanlara kontraendikasyonların reddini içeren bir değerlendirme aşaması vardır. Anksiyete bozukluklarının kronik bozukluklar olduğu, tedavinin en az altı ay sürmesi gerektiği de vurgulanmalıdır. Hastalar tedavilerine bütüncül bir yaklaşımla yönlenmelidirler.

Akut Aşama

Akut aşama en iyi amacı ile tanımlanır, dört haftadan üç-altı aya kadar sürebilir. Amaç semptom kontrolünde ve remisyonda maksimum terapötik yararı sağlamaktır. Bu benzodiazepinlerle oldukça hızlı gerçekleştirilebilir ancak antidepresanlarla sekiz-onaltı haftalık bir zamanı alır. Bu aşamada kritik olan hastanın tedaviye gösterdiği tolerans ve maksimum terapötik yararlılığın koşullarıdır. Burada başarı genellikle hastaları terapötik sonuçlar konusunda aşırı sabırsız olmamaları—çoğu antidepresan söz konusu olduğunda—ve tedavinin terapötik etkileri başlamadan, ilk haftalarda hissedilen bazı yan etkilerin olduğu bir sürecin yaşanacağı konularında uyararak doz artışında güvenilir klinik prensipleri kullanarak sağlanır. Bir aciliyet hissi söz konusu olduğunda veya antidepresanların ürettiği bir aktivasyon ya da anksiyete üreten yan etkiler varolduğunda, benzodiazepinleri bir antidepresanla beraber uygulayan bir tedavi benimseriz. Burada koşul benzodiazepinlerin kullanımına dört-sekiz hafta devam ettikten sonra tedaviyi sadece antidepresanla sürdürmektir.

Eğer paniğin düzeyi ve sıklığı zayıflamışsa, bir antidepresanın yanısıra tedaviye alprazolam (Xanax) gibi bir benzodiazepinle başlamak mantıklıdır. Böylece hızla semptomlar kaybolur. Eğer bir benzodiazepin bu şekilde kullanılıyorsa, her gün bir çizelgeye göre alınmalı, "ihtiyaç duyulduğunda alınacak" bir ilaç olarak bırakılmamalıdır. Anksiyeteyi engelleyip, panik atakları bloke ederek ilaçlar, hastanın anksiyetesi nedeniyle kaçındığı durumları yaşamasına olanak verebilir. Tedavinin bu akut aşamasında hastalar, yan etkilerin izlenmesi ve kendilerine cesaret ve destek verilmesi için yakın takibe ihtiyaç duyarlar. Benzodiazepinler akut bir atağın fiziksel rahatsızlığını gidermek için de kullanılabilirler. Örneğin, panik atakları yeni başlayan bir hastada, bu ataklar kişinin acil servise gitmesine neden olur çünkü göğüs ağrısı ve kalp çarpıntısı yaşamaktadır.

Süreklilik/Koruma Aşaması

Tedavinin süreklilik aşamasının birinci hedefi yatışmış olan durumu en az yan etkiyle korumaktır. Tedavinin bu bölümünde hastanın şikayeti ya istikrarlı olarak ortadan kalkmıştır ya da semptomlar hatırı sayılır biçimde hafiflemişlerdir. Bizim örneğimizde hastanın panik atakları durur ve hasta ileriye yönelik anksiyeteyi daha az yaşamaya başlar. Araba kullanmak ve alışverişe gitmek gibi daha önce onu çok korkutan durumlardan kaçınmayı bırakır. Tedavideki bu aşamanın amacı minimum ilaç ve çok az/hiç yan etkiyle, hastanın ilerlemesini korumaktır. Genellikle bu semptomlardan hafiflemiş safha uygun dozda ilaç tedavisi sürdüğü sürece devam eder. Panik/agorafobinin tedavisi ile obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisine yönelik iki prospektif çalışma, tedavinin devamında akut dönemde kullanılan imipramin veya klomipraminin yarı dozlarının semptomların giderilmesinde yeterli olduğunu göstermiştir.

Bu aşamadaki ana problem, iyi tanımlanmış bir başlangıç yaşanabilmesine rağmen (en azından kavramsal olarak) sonlandırmamın belirsizliğidir, çünkü anksiyete bozuklukları tedavisinin optimum süresinin ne olduğuna dair çok az bilgi vardır. Bazen bu aşama, özellikle kronik bir doğaya sahip, panik/agorafobi ve obsesif-kompulsif bozuk gibi ağır bozukluklarda ömür boyu sürebilir. Ancak uygulamada, hayat koşulları, danışanın isteği veya klinik yargı planlanmış süreklilik/koruma fazını sona erdirir. Bir kadın hasta hamile kalmak istemesi, belli bir hastalığın bu ilaçların alımı ile çakışması veya hastanın ilaçları almada itaatkar olmaması bu duruma ilişkin örnekler sunar. Ancak ideal bir klinik ortamda bu aşamanın bitirilmesi, hasta ile tedavi profesyonellerinin birlikte alınmış kararıyla gerçekleşir.

Terminasyon (Bitiş) Aşaması

Belirli bir hasta, anksiyete semptomlarının giderilmesi için ne kadar süre ilaç almayı sürdürmelidir henüz tam olarak bilinmemekte. Pek çok hasta, dört-altı ay sonra semptomları geçince antidepresanları bırakmakta ve bu semptomların tekrarını (relapsını) yaşamamaktadırlar. Bazı hastalarda ise ilacı bıraktıktan sonra uzun dönem, muhtemelen yıllarca, anksiyete semptomlarının relapsı meydana gelmemektedir.

Eğer relaps gerçekleşirse, hastanın daha önce yanıt verdiği ilaçlara tekrar yanıt verme ihtimali yüksektir. Semptomların iyileşmesinden sonra azaltılmış dozlarla daha uzun bir süre tedaviyi devam ettirmek konusunda düşünülmelidir. Tedavi sonrası relapsla ilgili bazı çalışmalar, davranışçı terapilere kıyasla ilaç tedavisinden sonra daha yüksek oranda relaps yaşandığını göstermişlerdir. Bu tür bir karşılaştırmaya bir eleştiri, ilaç tedavisinde terminasyonun objektif olarak, açık biçimde tanımlanabildiği ancak davranışçı tekniklerin terminasyonunun aynı açıklıkta tanımlanamayacağı çünkü hastaların resmi terapi seansları kesildikten sonra da, öğrendikleri maruz kalma tekniklerini tipik olarak devam ettirdikleri şeklindedir.

Kayda değer sayıda klinik deneyim, hastaların çoğu olmasa da bir haylisinin etkili anti-anksiyete ilaç alımlarının terminasyonundan sonra relaps yaşadıklarını öne sürmektedir. Bu kullanılan ilaç benzodiazepin de olsa antidepresan da olsa doğrudur. Antidepresanlarla özellikle de agorafobinin eşlik ettiği panik bozuklukta kullanılan şekliyle imipraminle tedavi sürecinin bir farklılık yaratabileceğine ilişkin oldukça ikna edici kanıtlar vardır. İlacı bıraktıktan altı ay sonra, ilacı altı ay kullanmış olanlarla onsekiz ay kullanmış olanlar kıyaslandığında onsekiz ay kullananlar daha az relaps yaşamışlardır. Bu nedenle relaps riskine karşı hastalar bilgilendirilmeli ve eğer planlanmış olağan randevudan önce semptomların geri döndüğünü hissederlerse, bu semptomları ve yan etkileri izle-

mek üzere klinisyenleri ile temasa geçmeleri söylenmelidir.

Relaps işlemi ile ilgili öğrenilmesi gereken çok şey vardır. Panik bozukluğu hastalarında, panik ataklar geri dönmeden önce, hastanın genel olarak kendini iyi hissetmesinde bir düşüşün olduğu ve genel olarak daha anksiyeteli hissettiği bir dönem yaşamasını beklemek uygundur. Eğer klinisyen geri dönem semptomların ciddiyetini etkili bulmadıysa ve eğer hasta da istiyorsa, semptomları tekrar değerlendirmek üzere hastadan bir ya da iki hafta sonra tekrar gelmesi istenebilir.

İLAÇLARIN DAVRANIŞÇI TERAPİLERLE ENTEGRASYONU

Bu bölümde şu ana kadar, anksiyete bozuklukları tedavisinde ilaçların oynadığı değerli rolü açıklamaya çalıştık. Bu kitabın diğer bölümleri davranışçı, maruz kalma bazlı tekniklerin etkinliğinden bahsetmiştir. Anksiyete bozukluklarında davranışçı terapi ile ilaç tedavisinin entegresyonu klinik olarak yaygın olsa da, davranışçı tekniklerle ilaç kullanımının kombine edilmesine yönelik çok kontrollü çalışma yoktur. Bu çalışmaların çoğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve panik/agorafobi tedavilerinde, antidepresanların davranışçı tekniklerin olumlu etkilerini artırdıkları iddiasını desteklemektedir. Özellikle panik/agorafobide maruz kalma temelli davranışçı tekniklerle ilaç kullanımı birbirlerini karşılıklı olarak güçlendirir. Ancak sosyal fobi tedavisinde, bu iki tedavinin kombinasyonunu destekleyen kanıt kısıtlıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde ise, ağır vakaların çoğu istisna olmak üzere, az sayıdaki kontrollü çalışma ikili tedavinin üstünlüğüne dair net bir kanıt gösterememiştir.

Tablo 7.10 agorafobinin tedavisinde üç amprik geçerliliği olan terapötik yöntemin (maruz kalma, antidepresanlar, benzodiazepinler) aslında bütün anksiyete bozukluklarında etkili

olduğunu gösterir. Muhtemelen buna istisna olabilecekler ise, antidepresanların özgül fobilerde benzodiazepinlerin ise obsesif-kompulsif bozuklukta etkili olmasıdır. Sonuç olarak hangi yöntemin daha iyi olduğunu sormaktansa, tedavide, her bir yöntemin entegre yaklaşıma kendisine has değerli katkısı olduğunu anlamak daha önemlidir.

Farmakolojik ve psikolojik yaklaşımları sadece global olarak değil bunların içindeki tedavileri de ayrımlaştırmak önemlidir. Burada özgül fobilerin tedavinin ana prensibine işaret etmesinden bir ders çıkar: Fobik durumlardan kaçınma ve kaçmaya ilişkin doğal eğilim geçici olarak fobik anksiyete veya korkuyu giderir ama bozukluk devam eder. Psikolojik ve farmakolojik tedavilerle fobinin, paniğin ve ileriye dönük anksiyetenin giderilmesi veya bastırılması bunu izler. Ancak bu durum, klinik olarak istenebilir olsa da, her zaman ideal tedavi olarak düşünülmeyebilir. Aslında anksiyete yönetiminde hedeflenen psikolojik teknikler, kaçma/kaçınma mekanizmalarının fonksiyonel eşdeğerleri haline gelme riskini taşırlar. Bunlar kompulsif davranışlara benzer, anksiyete semptomlarının kontrolü için sürekli bel bağlanılmaları gerekir. Bu nedenle bu pro-

Tablo 7.10
Çeşitli Anksiyete Bozukluklarının Kıyaslamalı Tedavileri

Bozukluk	*Antidepresanlar*	*Benzodiazepinler*	*Davranışçı Terapi*
Panik Bozukluk	Etkin	Etkin	Etkin
Panik/ Agorafobi	Etkin	Etkin	Etkin
Sosyal Fobi	Etkin	Etkin	Etkin
Özgül Fobi	Etkin?	Etkin	Etkin
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	Etkin	Etkin?	Etkin
Posttravmatik Stres Bozukluğu	Etkin	Etkin	Etkin
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Etkin	Etkin	Etkin?

sedürler prensipte farmakoterapinin uygulanmasına olan ihtiyaçtan farklı değildir. Diğer bir açıdan anksiyete tedavisinde, uyarana karşı hassas hale gelmeyi önleyen ve alışkanlık kazanmaya teşvik eden koşullarda, anksiyeteyi ortaya çıkaran hep aynı uyarana maruz kalma bir öğrenme sürecini kolaylaştırır. Hatta bu öğrenme belki moleküler düzeydedir ve kalıcı olabilir.

Bizim yaklaşımımız uyarana karşı hassaslaşmayı minimize etmek ve anksiyete verici uyarana alışkanlığı teşvik etmektir bu da bozukluğun idaresinde hem davranışçı hem de bünyevi faktörleri dikkate almayı gerektirir. Anksiyetenin idaresinde maruz kalma tedavileri kaçma/kaçınma mekanizmalarını kullanarak anksiyeteye karşı koyar, ilaç tedavileri ise kronik anksiyete durumlarını karakterize ediyor gibi görünen hipersensiviteye ve zayıflamış alışkanlıklara karşı çalışır.

Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk çalışmalarının benzer sonuçları antidepresanların iki amacı da gerçekleştirirken benzodiazepinlerin uyarana karşı hassaslaşmayı minimize edebildiğini ama sistematik maruz kalma tedavilerinin korku alışkanlığı ile çatışabildiğini göstermiştir. Bu aynı zamanda şu anlama gelir, benzodiazepinler ve antidepresanlar eşit etkinliğe sahip olsalar da maruz kalma tedavisi ile birlikte kullanıldığı eşdeğer kombinasyonlar olarak düşünülemeyebilirler. Aslında kombine tedavinin iki değişik paradigması kavramlaştırılabilir.

İlkinde, antidepresan gibi bir ilaç, maruz kalma tedavisinin altında yatan anksiyete alışkanlığının ana mekanizmasını kolaylaştırır ve artırır. Bu durumda tedaviler karşılıklı olarak güçlendiricidir ve kombine tedavi, tek olarak maruz kalma tedavisinden de ilaç tedavisinden de daha etkilidir. Bu ilk paradigmada, kombine tedavi sona erdikten sonra relaps ihtimali, davranışçı tedavi olmadan yalnız ilaç tedavisinden sonra relapsın oluşmasından daha düşüktür.

İkinci paradigmada, iki tedavi (farmakolojik ve davranışçı) birbirinden bağımsızdır. Benzodiazepin gibi bir ilaç fobi, pa-

nik ve anksiyeteyi azaltırken, davranışçı terapi yaklaşım davranışını destekler. Bu ikinci paradigmada, gelişim iki yaklaşımdan birinin yalnız uygulanmasından daha eksiksiz olsa da, tedavi sona erdikten sonra relaps ihtimali sadece ilaç tedavisi uygulanmasındaki kadar yüksektir. Bu nedenle benzodiazepinlerle tedavide, ilaç azaltılıp bırakıldıktan sonra maruz kalma tedavisini sürdürmek, korku alışkanlığı sürecine yönelik tam ve uzun süreli fayda sağlayabilmek açısından son derece önemlidir. Alternatif olarak, benzodiazepinler kesilirken relapsı ve gerilemeyi azaltmak için, anksiyeteyle baş etme stratejileri kullanılabilir ancak hastalar ilaçla sağladıkları rahatlamayı sağlamak için belirsiz bir süre bu tedbirlere bağlı kalabilirler. Bu nedenle uzun dönemli perspektif akılda tutularak, kliniğimizde kombine tedavilerde seçimimiz antidepresanlardır.

Diğer bir yandan, benzodiazepinler hızlı ve güçlü anksiyolitik etkilerin acil gerektiği klinik durumlarda ve anksiyeteyi ortaya çıkaran işaretlerin duyarsızlaştırılması ile panik atakların kendilerinin birincil önem taşıdığı durumlarda özellikle kullanışlı olabilirler. Kombine terapilerde benzodiazepinlerin ilave bir rolü, bir hasta korktuğu durumlara maruz kalmayı tolere edemediğinde oluşur. Bu durumlarda, maruz kalmanın başlamasından önce küçük dozda bir benzodiazepin vermek tedavinin gerçekleşmesini sağlayabilir. Bu dozun zamanlaması, maruz kalma egzersizlerinden önce ve egzersizler sırasında anksiyolitik etkinin oluşması şeklinde olmalıdır.

Bu amacı başarmak için gereken doza karar vermek amacıyla, hastaya işte olmadığı araba veya bir araç kullanmadığı bir zaman küçük ve tek doz bir benzodiazepin vermek ve dozun titrasyonunu bilebilmek için de ilacı aldığında herhangi bir sorun veya yan etki (aşırı uykulu hale gelmek gibi) yaşarsa bildirmesini söylemek gerekir. Daha sonraki maruz kalma denemelerinde ilaç kademeli olarak azaltılarak sonlandırılır. Bir hasta ara sıra yapması gereken bir şey için korku geliştirmişse, örneğin uçarak seyahat etmekten korkan bir hastanın

yılda sadece bir ya da iki kez uçması gerekiyorsa, bu nadir durumlarda maruz kalma tedavilerindekine benzer dozlarda benzodiazepin kullanmak makuldür.

Anksiyete bozuklukları tedavilerinde sadece ilaç kullanmak etkilidir ama bu tedavi belirsiz bir zaman için uzun dönem süreklilik istemektedir. Etkinlikleri hemen hemen denk olsa da davranışçı terapi ile kombine edildiklerinde benzodiazepinler ve antidepresanlar denk olarak düşünülmemelidir. Bu bölümdeki özetlenmiş genel prensiplerin rehberliğinde uygulandığında kombine tedavi anksiyete bozukluklarının giderilmesinde ve uzun dönemli iyileşmede en iyi seçeneği sunmaktadır. Bu bölümde entegratif maruz kalmanın ve farmakolojik tedavinin anlatılma nedeni, bu tedavinin hastalar tarafından iyi düzeyde kabul görüyor olması ve bu alandaki öğrencilere anksiyete bozuklukları tedavisi için geniş kapsamlı kavramsal çok değerli bir çatı sunmasıdır.

NOTLAR

S. 216, *Bir alt tip anksiyete*: Mavissakalian, M. R. (1993). Combined behavioral and pharmacological treatment of anxiety disorders. In J. M. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 12, Chapter 20). Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 217, *benzodiazepinlerin ... eşit derecede etkin*: Rickels, K. (1979). Psychopharmacological approaches to treatment of anxiety. In W. E. Fann, I. Karacan, A. D. Porkorny, & R. L. Williams (Eds.), *Phenomenology and treatment of anxiety* (pp. 325-335). New York: SP Medical and Scientific Books; Sheehan, D. V., & Ashok, R. (1993). Benzodiazepine treatment of panic disorder. In R. Noyes, Jr., M. Roth, & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. 4, pp. 169-206). New York: Elsevier.

S. 219, *benzodiazepinler, ... geniş doz aralığına sahiptirler*: Arana, G. W., & Hyman, S. E. (Eds.). (1991). *Handbook of psychiatric*

drug therapy (p. 128). Boston: Little, Brown.

S. 219, *Cevap oranları yapılan araştırmalara ve bozukluğa göre*: Perry, P. J., Alexander, B., & Liskow, B. I. (1991). *Psychotropic drug handbook* (p. 157). Cincinnati: Harvey Whitney.

S. 219, *bağımlılık riski minimumdur*: Uhlenhuth, E. H., DeWit, H., & Balter, M. B. (1988). Risks and benefits of long-term benzodiazepine use. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8, 161.

S. 221, *kanıt performansları esnasında müzisyenlerin tedavileri*: Lader, M. (1988). Betaadrenoceptor antagonists in neuropsychiatry: An update. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 213-223; Welkowitz, L. A., & Liebowitz, M. (1993). Pharmacological treatment of social phobia and performance anxiety. In R. Noyes, Jr., M. Roth, & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. 4, pp. 245-247). New York: Elsevier.

S. 222, *çalışma şekli*: Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1993). *Pocket handbook of psychiatric drug treatment* (p. 71). Baltimore: Williams & Wilkins.

S. 222, *buspirona verilen tam bir klink yanıt*: Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1993). *Pocket handbook of psychiatric drug treatment* (p. 72). Baltimore: Williams & Wilkins.

S. 224, *serotonin sistem, ... tanımlanmaktadır*: Roy-Byrne, P., Wingerson, D., Cowley, D., & Dager, S. (1993). Psychopharmacologic treatment of panic, generalized anxiety disorder, and social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(4), 721; Westenberg, H., & Boer, D. (1989). Serotonin-influencing drugs in the treatment of panic disorder. *Psychopathology*, 22, 69-77.

S. 225, *obsesif-kompulsif bozukluğu etkin tedavi etmeleri*: Chouinard, E, Goodman, W., Greist, J., Jenike, M., Rasmussen, S., White, K., Hackett, E., Gaffney, M, & Bick, P. A. (1990). Results of a double-blind controlled trial of sertraline in the treatment of OCD. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 279-284; Clomipramine Collaborative Study Group. (1991). Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 730-738.

S. 225, fluvoksamin (Luvox): McDougle, C. J., Goodman, W. K., Leekman, J. E, Barr, L. C., Heninger, G. R., & Price, L. H. (1993). The efficacy of fluvoxamine in OCD. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 354-358.

S. 225, *desipraminin yararlı antipanik etilerini*: Lydiard, R. B., Roy-Byrne, P., & Ballenger, J. C. (1988). Recent advances in the psychopharmacological treatment of anxiety disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1157-1165.

S. 225, *Bir çalışma, ... maprotilini, ... fluvoksamin ile karşılaştırmış*: Westenberg, H., & den Boer, J. A. (1989). Serotonin-influencing drugs in the treatment of panic disorder. *Psychopathology*, 22, 69-77; den Boer, J. A., & Westenberg, H. (1984). Effect of serotonin and noradrenaline uptake inhibitor in panic disorders: A double-blind comparative study with fluvoxamine and maprotiline. *International Clinical Psychopharmacology*, 3, 59-74.

S. 228, *diğer trisikliklerin de etkin oldukları gösterilmişse de*: Gentil, V., Lotufo-Neto, E, Andrade, L., et al. (1993). Clomipramine, a better reference drug for panic/agoraphobia. *Journal of Psychopharmacology*, 7(4),316-324.

S. 228, *Çalışma plasebo kontrollüydü*: Mavissakalian, M., & Perel, J. M. (1995). Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia: Dose ranging and plasma level-response relationships. *American Journal of Psychiatry*, 152(5), 673-682.

S. 229, *Monoamin oksidaz inhibitörleri* (MAOI'ler): Silver, J. M., Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (1994). Biological therapies for mental disorders. In A. Stoudemire (Ed.), *Clinical psychiatry for medical students* (p. 520). Philadelphia: Lippincott.

S. 229, *depresyonda ve ... çoğunda etkin*: Liebowitz, M. R., Schneier, E, Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. E (1992). Phenelzine vs. atenolol in social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.

S. 230, *Bir araştırma göstermiştir ki*: Vallejo, J., Marcos, T., Bulbena, A., & Menchon J. M. (1992). Clomipramine vs. phenelzine in OCD: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 161, 665-670.

S. 233, *kronik ve inişli çıkışlıdır*: Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., Rush, A.J., & Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851-855.

S. 235, *iki prospektif çalışma*: Mavissakalian, M., & Perel, J. M.

(1992). Protective effects of imipramine maintenance treatment in panic disorder with agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1053-1057. Pato, M. T., Hill, J. L., & Murphy, D. L. (1990). A clomipramine dosage reduction in the course of long-term treatment of obsessive-compulsive disorder patients. *Psychopharmacological Bulletin*, 26, 211-214.

S. 236, *ilaç tedavisinden sonra daha yüksek oranda relaps*: Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.

S. 236, *tedavi sürecinin bir farklılık yaratabileceğine ilişkin*: Mavissakalian, M. R., & Perel, J. M. (1992). Clinical experiments in maintenance and discontinuation of imipramine in panic disorder with agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 318-323.

S. 237, *Bu çalışmaların çoğu, ... desteklemektedir*: Mavissakalian, M. R. (1993). Combined behavioral and pharmacological treatment of anxiety disorders. In J. M. Oldham, Riba, M. B., & Tasman, A. (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 12, Chapter 20). Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 238, *anksiyete yönetiminde hedeflenen psikolojik teknikler*: Bruce, T. J., Spiegel, D. A., Gregg, S. F., et al. (1995). Predictors of alprazolam discontinuation with and without cognitive behavior therapy in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1156-1160.

S. 239, *Bizim yaklaşımımız uyarana karşı hassaslaşmayı minimize etmek ve*: Mavissakalian, M. R. (1993). Combined behavioral and pharmacological treatment of anxiety disorders. In J. M. Oldham, Riba, M. B., & Tasman, A. (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 12, Chapter 20). Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 240, *İkinci paradigmada, iki tedavi ... bağımsızdır*: Marks, I.M., Swinson, R.P., Basoglu, M., Kuch, K, Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliot, P. T., Kirby, M., McNamee, G., Segun, S.,&Wickwire, K (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.

8. BÖLÜM

AGORAFOBİNİN EŞLİK ETTİĞİ PANİK BOZUKLUĞU İÇİN BİR BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TEDAVİ PAKETİ

Frank Willhelm ve Jürgen Margraf

Bu bölümde tanıtılan tedavi paketinin büyük kısmı görece yeni bir modele dayanır. Önceki dönem psikolojik formüller panik atakları ihmal etmişler, bazı danışanların, korkuları uyaran-tepki-pekiştirme olasılıklarının davranış analizleri sonucunda agorafobi üzerinde odaklanmışlardır. Donald Klein ve David Sheehan gibi daha sonraki dönem araştırmacıları tıbbi bir model benimsemişlerdir. Bu modele göre panik ataklar, genetik ve belirli farmakolojik ajanlarla tedavi edilebilir bilinmeyen bir anormalliğin semptomlarıdır. Ancak panik bozukluğun psikolojik değil de biyolojik olduğuna dair kanıtlar deneysel olarak iyi desteklenememişlerdir.

Bu yeni model katı tıbbi modele bir alternatiftir ancak panik atakların önemini kabul eder. Panik ataklara neden olan psikolojik ve fizyolojik faktörlerin etkileşiminin altını çizdiği için bu modele "Psikofizyolojik Model" diyoruz. Bizim bu modeli formüle edişimiz diğer yazarlarınkine oldukça benzerlik göstermektedir. Tüm bu modeller aynı temanın farklı varyasyonları gibi düşünülebilir.

Bazı biyolojik modellerden farklı olarak, psikofizyolojik model sadece bir çeşit anksiyetenin olduğunu varsayar. Bu tek tip anksiyete dört ayrı forma girer ve dört ayrı özellik gösterir;

- Tetikleyen olayların içsel mi dışsal mı olduğuna göre
- Anksiyetenin temel olarak somatik mi psikolojik mi yaşandığına göre
- Başlangıcın ani mi yoksa aşamalı mı oluştuğuna göre
- Korkulan sonuçların hemen ya da uzun dönemde ortaya çıkmasına göre

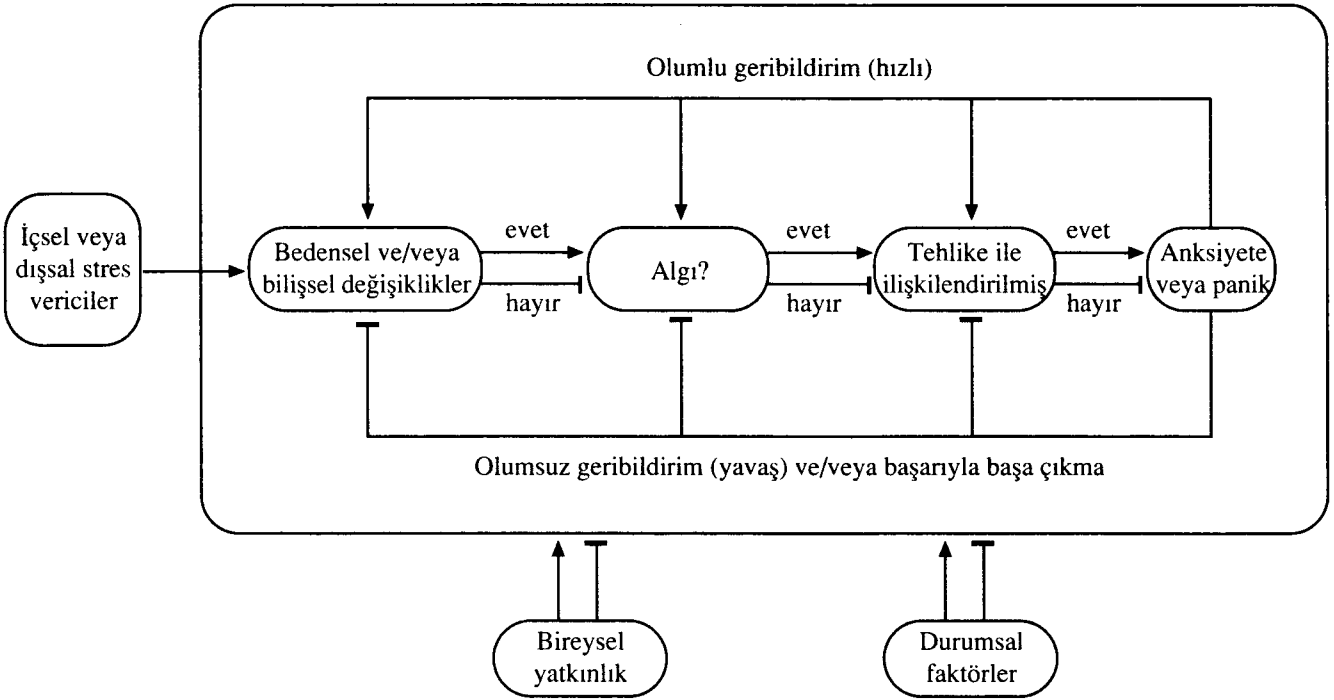
Psikofizyolojik model panik atakların spontane olarak oluşmadığını varsayar. Ataklar bedensel algılar ile korkulan bilişler arasındaki olumlu geribildirim döngüsünün bir sonucudur. Şekil 8.1 bu modeli göstermektedir.

Geribildirim döngüsü şeklin ortasındaki kutucuklara değen oklarla gösterilmiştir. Aşamalar şöyledir: Fiziksel aktivite veya duygu gibi çeşitli tetikleyiciler döngüyü başlatırlar, bu değişimler kişi tarafından algılanır ve tehlike düşünceleri oluşur. Hızlı bir geribildirimle bu değişim, daha yavaş çalışan bastırma mekanizmaları devreye girene kadar anksiyeteyi artırır. Etkili olan diğer değişkenler şekil 8.1'de yer almaktadır.

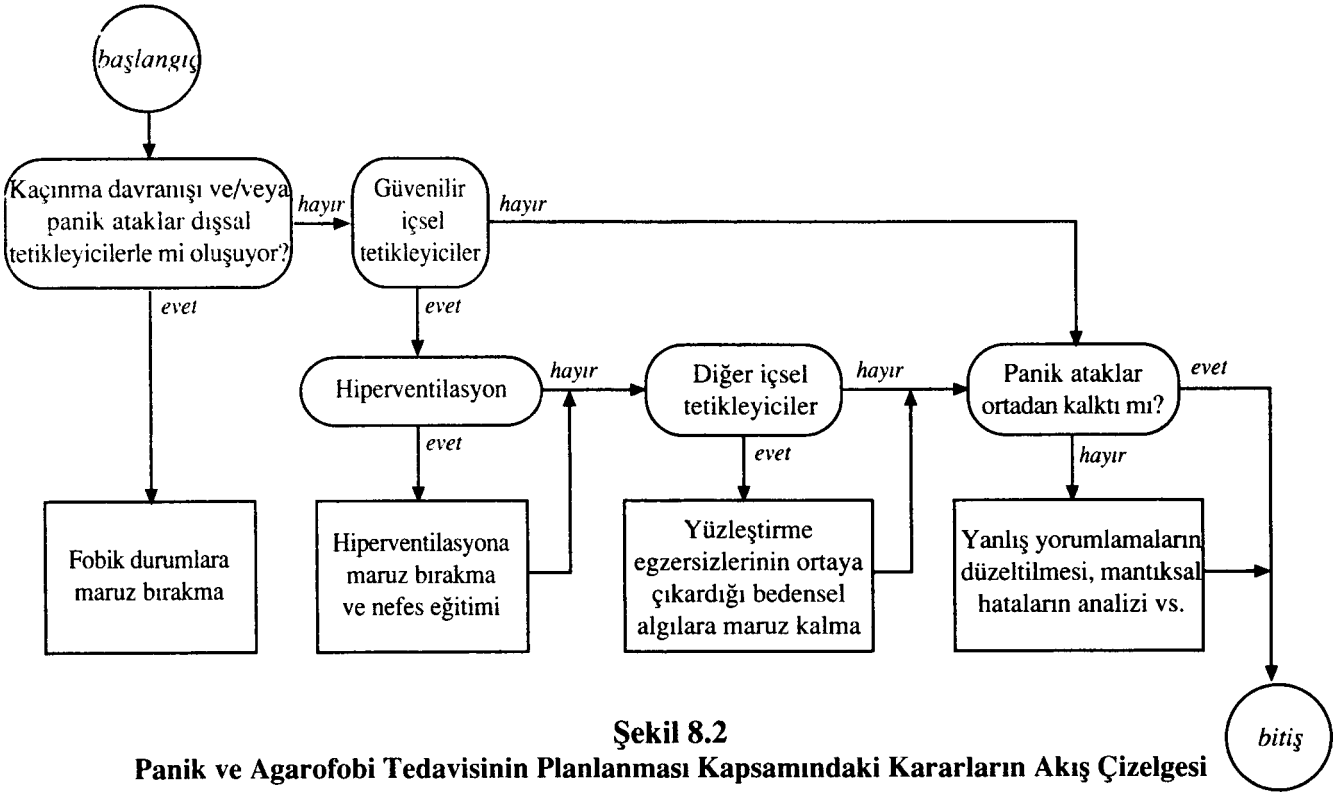
TEDAVİ STRATEJİLERİ

Aşağıda özetlenmiş bir vaka vardır. Bu vakada danışan olan Clara, belirli problemleri için seçilmiş terapötik tekniklerin bir kombinasyonu ile tedavi edilmiştir. Agorafobi ve panik çeşitli yollarla var olabildiklerinden tekniklerin seçimi danışandan danışana değişiklik gösterir. Şekil 8.2 bu opsiyonlardan bazılarını sunan bir karar ağacını göstermektedir.

Hem agorafobik davranış hem de panik ataklar olduğunda, agorafobinin tedavisi için fobik durumlara maruz kalma zorunludur ve panik atakları da azaltabilir. Dışsal tetikleyiciler olma-



Şekil 8.1
Panik Atakların Psikofizyolojik Modelinin Şematik Temsili



Şekil 8.2
Panik ve Agarofobi Tedavisinin Planlanması Kapsamındaki Kararların Akış Çizelgesi

dığında, tedavi, panik atakların kendilerine odaklanmalıdır. İçsel tetikleyicilere dair bir arayış, hiperventilasyonun somatik algılarına yönelik bir korkunun keşfine neden olabilir. Nefes üzerindeki değişikliğin kontrolü tedaviye giden yol olabilir. Diğer korkutucu algılar terapide ortaya çıkartılıp, nefes alma paternlerinin değiştirilmesinden farklı bir yöntemle kontrol altına alınabilirler (örneğin gevşeme). Bu algılara maruz kalma, korkudan korkmanın üstesinden gelmek için bir mihenk taşıdır.

Şekil 8.2 agorafobi ile panik atakların sadece durumsal maruz kalma ile tedavi edilebileceğini ima etse de çoğu vakada direkt panik ataklara yönelik tedavi iyileşmeyi hızlandırır ve relaps sıklığını düşürür. Terapi programımız, pek çok program gibi çeşitli yöntemlerin bir kombinasyonudur ve bireysel öğelerin sürece göreceli katkısından her zaman emin olamaz.

CLARA

Clara gerçek bir insan değildir, pek çok danışanımızın bir bileşkesidir. Böyle bir vaka yaratmamızın sebebi hem danışanlarımızın kimliklerini korumak hem de çeşitli tedavi zorluklarını örnekleyebilmektir. Bir anlamda Clara tipiktir, ancak gerçek bir birey gibi kendine ait bir hikayesi ve sorunları vardır. Burada "ben" diye geçen terapist ya Frank ya da Jürgen'dir, terapi bağlamı bir terapisti içerdiğinden ikimiz de "biz" kelimesini kullanmadık. Clara, artan rahatsızlık hissi ve panik ataklar ile agorafobi nedeniyle mahrumiyet yaşadığı için bizden yardım istemişti. Otuz yaşındaydı, sekreterdi, evli değildi ancak erkek arkadaşıyla istikrarlı bir ilişkisi vardı.

Bize gelmeden dört yıl önce kış boyunca pek çok uzun süreli grip yaşamıştı ve erkek arkadaşı ile paylaştığı küçük apartman dairesiyle ilişkili olarak kendini kötü hissediyordu. Bir gece bitkinliğinin üstesinden gelmek için bir fincan kahve içmiş sonra erkek arkadaşı ile beraber kalabalık bir lokantaya gitmişti. Oturmak için beklerken çok gerginleşmişti. Birden bire kalp atışlarının çok hızlandığını hissetti. Nefes

almada zorluk çekiyordu, sallandığını hissediyordu. Orada öleceğini düşündü. Erkek arkadaşı ambulans çağırdı, hastanedeki doktor bir grup testten sonra sağlığının gayet iyi olduğunu söyledi. Ancak birkaç hafta sonra alışveriş yaparken başka bir kuvvetli atak yaşadı. Bir sonraki ataktan korkmaya başlamıştı. Dairesi gözüne güvenli görünen tek yer olduğu için Clara dışarı çıkmaktan kaçınmaya başladı.

Sonunda işinden de istifa etti ve erkek arkadaşı ile annesinden sırayla onun yerine alışveriş yapmalarını istedi. Yaklaşık bir yıl sonra tekrar çalışmaya başlayacak gücü kendinde buldu. Ancak hâlâ, asansöre binmek veya toplu taşıma araçlarına binmek gibi bir sonraki atağı tetikleyebileceğini düşündüğü her şeyden kaçınıyordu. Anksiyete problemlerinin tedavisi ile ilgili görüştüğü tek uzman aile doktoruydu.

Kısa bir telefon konuşmasından sonra Clara'ya anketlerden ve izleme formlarından oluşan bir paket gönderildi. Bir hafta sonra Clara, Anksiyete Bozuklukları Görüşme Çizelgesi-R temelli ilk klinik görüşmesi için geldi. Bu görüşme sonucunda *DSM-III-R*'nin agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk kriterlerini karşıladığı ortaya çıktı. Clara'dan sıradan bir atağı tarif etmesini istediğimizde aşağıdaki tanımlamayı yaptı:

> Birdenbire vücudumda tuhaf şeyler hissediyorum, kalbim hızla çarpıyor ve çok gerginleşiyorum. Derin nefes almaya başlamama rağmen yeterince hava alamadığımı hissediyorum. Sallandığımı hissediyorum ve etrafımdaki şeyler görünmeleri gerektiği gibi görünmüyorlar. Daha sonra kontrolümü tamamen kaybetmekten, kayıp gitmekten korkuyorum. "Öleceğim", "Nefes alamıyorum", "Asla yapamayacağım" diye düşünüyorum. Bazen deliriyor olmaktan korkuyorum. Bunu kontrol edemediğim için acil servise gitmem gerekiyor. Eğer yanımda tanıdığım, güvendiğim biri varsa, o zaman daha çabuk geçiyor.

Fiziksel muayene hiçbir organik hastalığa dair işaret vermedi. Clara'nın hayatında yeni bir patron ve sürekli tekrar eden gripten ibaret küçük işyeri sorunları dışında anksiyete

problemlerini başlatacak belirli hayat stresleri yoktu. İlk panik atağından yaklaşık altı ay önce bir teyzesi kalp krizinden ölmüştü. Clara çocukluğunu ve aile geçmişini "ortalama" olarak ifade ediyordu ve erkek arkadaşı olan ilişkisi de "iyi"ydi.

İlk değerlendirme oturumundan sonra, bir hafta sonraki oturuma kadar panik ataklarını gözleyebilmesi için bir günlük doldurması istendi (günlük form Birinci Bölüm Sunum 1.1'de örneklendirilmiştir). Clara'ya günlüğü sürekli yanında taşıması panik atağı yaşadıktan hemen sonra bunu günlüğe geçirmesi ve yatmadan önce tekrar günlüğüne bakması istendi.

TEDAVİ PAKETİ

Clara'ya uygulanan tedavi paketi aşağıda anlatılmıştır. Göreceğiniz gibi bu paket geleneksel psikoterapiden daha yapılandırılmış, yönlendirici ve yüzleştiricidir. Bu paket Almanya'da bir araştırma projesinde yer alan terapistlere yönelik bir el kitabından alınmıştır ve paketin daha detaylı açıklaması başka bir yerde mevcuttur. Bir miktar David Barlow ile Jerome Cerny'nin geliştirdikleri tedavi paketine benzemektedir. Bazı terapötik unsurların mantığı, gerçekte oluşan diyaloglardan farklı, bir kısa monolog formu şeklinde sunulmaktadır. Oturumda bu bilgiyi sunduğumuzda danışanın her zaman bizi kesip soru sormasını destekleriz ve genellikle aralarda danışana soru yöneltiriz. Yaklaşımımızın temel olarak danışanları anksiyeteleri hakkında eğitmek ve kendi spesifik öykülerine uydurulduğunda etkili olduğunu düşündüğümüz açıklamalarda bulunmak olduğunu inkar etmeyiz.

Birinci Oturum: Terapinin Mantığı Kısır Döngü ve Stres Modeli

Clara ilk oturuma erkek arkadaşı ile gelmişti. Erkek arkadaşından gitmesini ve kırk beş dakika sonra gelmesini istedim.

Clara oldukça endişeli görünüyordu ve neler olacağına ilişkin pek çok sorusu vardı. Önce tedavinin ne kadar süreceğini konuştuk. Bilişsel-davranışçı terapilerin en az on haftaya yayılmış on beş oturum içerdiğini söyledim. Bir oturum yaklaşık elli dakikadır ve ev ödevinin bir parçası olarak evde dinleyebilmesi için teybe kaydedilir.

İlk önce çok detaya girmeden Clara'nın mevcut anksiyete sorunlarıyla ilgili bir izlenim elde etmeye çalıştım. İlk tanısal değerlendirme oturumundan beri doldurmakta olduğu günlüğe beraberce baktık. Panik ataklarının gerçekleştiği durumları, bunların yoğunluğunu ve sıklığını kaydetmişti. Beraberce üzerinde çalışabileceğimiz çok fazla malzeme verdiğinden günlüğün terapi için öneminin altını çizdim.

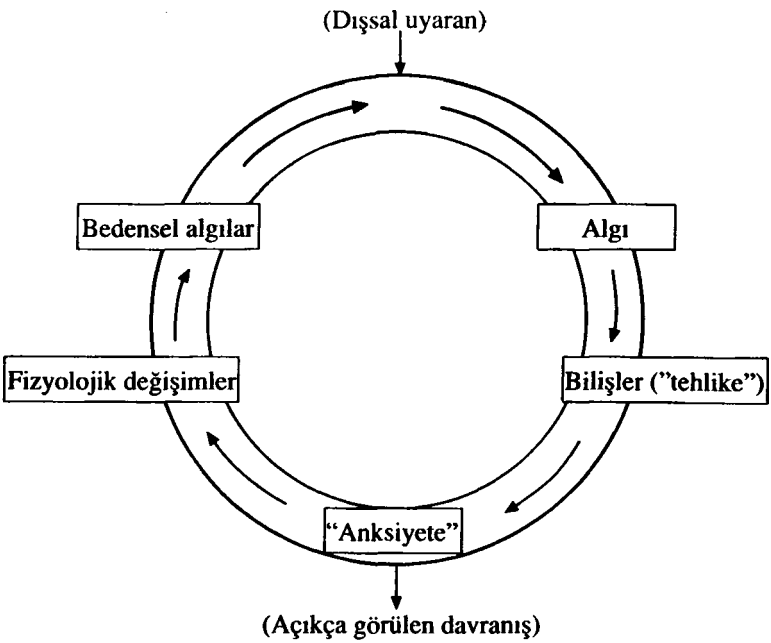
Anksiyetesini daha iyi anlamasına yardımcı olmak için ona genel bir çatı sundum. Anksiyetenin her insanın aşina olduğu normal bir duygu olduğunu ve fiziksel değişiklikler yarattığını anlattım. Bedeni harekete hazırladığı zaman normaldir ancak gerçek tehlike ile orantısız olarak da ortaya çıkabilir. Acı verici veya bir yük olarak yaşanabilir ve günlük hayata bazı sınırlamalar getirebilir. Bu tür durumlarda anksiyete alarm sistemi aşırı hassas hale gelmiştir, çevredeki ya da bedendeki küçük zararsız değişikliklerle tetiklenir. O zaman profesyonel yardım yararlıdır. Bu tedavi Clara'nın panik ataklarını anlamasına yardımcı olacak ve yoğunluk ile sıklığını azaltacaktır.

Clara ile beraber tekrar günlüğüne baktık, ancak bu sefer daha detaycıydık. Kendine özgü anksiyete semptomlarını ve hangi durumların onları tetiklediğini konuştuk. Bu, dikkatli bir sorgulama ve sebat gerektirdi. Bazı danışanlar anksiyete uyandıran faktörleri kolayca tanımlayabilirken bazıları zorluk çeker. Anksiyetelerinin hemen her zaman ortaya çıkacağını ve anksiyetenin oluşumu ile durumsal faktörler, stres vericiler, fiziksel semptomlar veya düşünceler arasında ilişki olmadığını hissederler. Konuşma esnasında "içsel işaret"leri tanıttım ve bunların anksiyetenin oluşmasındaki rolünün altını çizdim. İçsel işa-

retler fiziksel algılar veya semptomlar, olumsuz sözel bilişler veya katastrofik imgeler olabilir. Daha sonra göreceğiniz gibi danışanın içsel işaretlerini tanımlamak terapi için önemlidir.

Kısır Döngü Düşüncesi Geliştirmek: Clara'nın panik atak tanımına geri döndüm ve anksiyetenin artarak panikle sonuçlanmasına neden olan bedensel algılarını ve bilişlerini keşfetmek için sorular sordum. Anksiyetenin kısır döngüsü, psikofizyolojik panik teorisinde çok önemlidir ve Şekil 8.3'te özetlenmiştir.

Clara'nın kısır döngündeki, sakinlik ile panik arasındaki orta basamakları aydınlatmaya yarayacak sorular sordum. Olumlu geribildirim döngüsü düşüncesi çok açık olarak orta-



Şekil 8.3
Paniğin "Kısır Döngü"sü
Not: Bu diyagram danışanlara tedavinin mantığı anlatılırken kullanılmaktadır.

ya konmalıdır: Korkutucu bilişlerin somatik semptomları nasıl artırdığı ve bundan sonra somatik semptomların nasıl geri dönerek biliş üzerindeki tehdidini artırdığı. Önce Clara'ya hangi fiziksel semptomları fark ettiğini sordum. Panik atağı esnasında semptomların gidişatını anlamak istedim. Daha sonra atak sırasındaki sözel düşünceleri (kendi kendine konuşma, iç diyalog) ve imajları (zihinsel resimler) keşfettim. Bu süreçlerden bazıları otomatiktir, özellikle üzerinde durulmazsa atlanabilir ve danışanlar genellikle anlaşılmaz ve belirsiz cevaplarla gelirler. Örneğin:

- Çarpıntıların tekrar başlamasından korkuyorum.
- Başka bir atak geçireceğim diye endişeliyim.
- Sadece şunu düşünebiliyorum: "Hemen çık buradan!"
- Aman Allah'ım, bana neler oluyor?

Bu durumda, danışana, dikkatle belirli katastrofik düşüncelerini ve imgelerini sormalısınız. Bunlar genellikle içsel algıların yanlış değerlendirilmesine dayanır ve fiziksel veya ruhsal katastrofinin oluşumuna neden olur. Bu nedenle genellikle şu sorularla devam ederim:

- Çarpıntın başlasaydı ne olurdu diye düşündün?
- Eğer başka bir atak geçirseydin bu sana ne ifade ederdi?
- Eğer kaçamasaydın en kötüsü ne olurdu diye düşündün?
- Bunu kendine söylediğinde gözünün önüne gelen imge neydi?

Bu sorulara ek olarak aşağıdakiler de faydalıdır:

- Eğer anksiyete daha uzun sürseydi en kötüsü ne olurdu sence?
- X semptomunu yaşadığında kendine ne dedin?
- Bu semptomlar en rahatsız edici hallerindeyken sence ne anlama geliyorlardı?

Fiziksel semptomları araştırdıktan sonra, Clara'nın panik atağının gidişatındaki düşünce ve imgelerinin değişimlerine odaklandım. Birkaç belirli bedensel algısını yanlış yorumlamakla başladığı, bunun gittikçe daha fazla felaket düşüncelerine ve ilave yanlış değerlendirmelere yol açtığı ortaya çıktı.

Nihayet, kritik bilişleri ve fiziksel belirtileri tanımladıktan sonra, aralarındaki belirli bağlantıların izlerini aradım. Aşağıdakiler fiziksel semptomlar ile onlara tipik olarak eşlik eden düşünce ve yorumlardır:

- Çarpıntı, kalbin hızlı çarpması, göğüs ağrısı veya göğüste baskı hissi, terleme, nefes almada zorluk: "Kalp krizi geçireceğim."
- Baş dönmesi, halsizlik, zayıf hissetme, görsel bozukluk, titreme, rengin solması: "Bayılacağım." "Beynimde tümör var." "Felç geçireceğim."
- Nefes almada zorluk, boğulmaya yönelik algılar, boğazın daraldığını hissetmek: "Boğuluyorum." "Nefesim duracak ve öleceğim."
- Uzuvlarda karıncalanma algıları: "Felç oluyorum."
- Gerçek dışılık hissi, kendinden uzaklaşmışlık hissi, konsantre olmada zorluk, çok hızlı düşünceler: "Kendi üzerimdeki kontrolümü kaybediyorum." "Delireceğim." "Sonum bir psikiyatri koğuşunda olacak."
- Genel olarak yoğun anksiyete semptomları: "Bu anksiyete beni öldürecek."

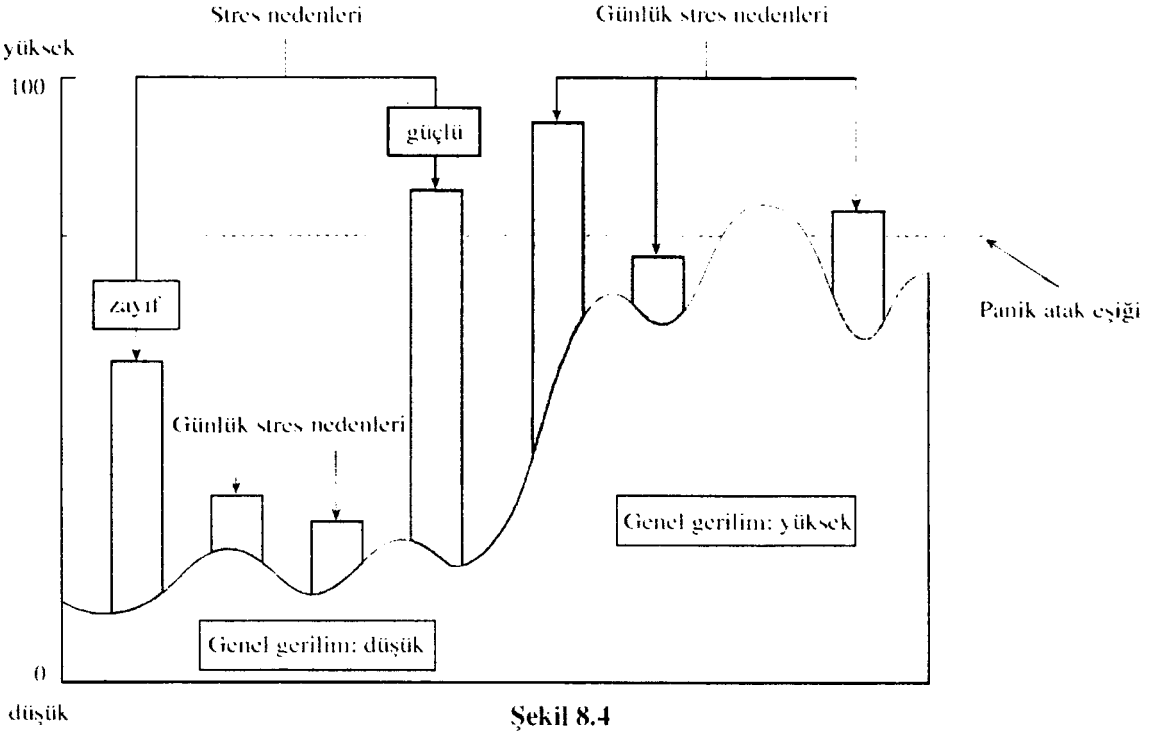
Anksiyetenin Kısır Döngüsüyle Bağlantıya Geçmek: Topladığım tüm bilgiyi bir resim çizerek bir araya getirdim. Kısır döngünün portresini çizerek başladım. Sonra birer birer, her adımı açıklayarak Clara'nın bahsetmiş olduğu düşünce semptomları buna ekledim. Bazen çok fazla bilgiyi entegre etmek gerektiğinden bu süreçte danışanı kaybetmek kolaydır. Bundan kaçınmak için, danışanın soru sormasını destekleyin

ve uygun olabilecek ilave bilgi isteyen sorular sorun. İdeal olan, bu konuşmanın terapistin ders veriyor tarzda olmaması, danışan tarafından "yönlendirilmiş keşif" olarak yaşanmasıdır. Başka bir deyişle, danışan yeni bağlantılar keşfettiğini hissetmelidir. Bu noktada danışanınızın şüphelerini ve sorularını açıkça söylemesi önemlidir. Bu kısır döngü modelini anlamaya ve kavramaya yardımcı olur. Sıklıkla iki itiraz gelir:

1- "Bazen gevşemeye çalıştığımda panik atak geliyor." Relaksasyon kaynaklı panik ataklar sık karşılaşılan bir olgudur. Eğer bu durum gerçekleşirse terapist şu konular üzerinde çalışmalıdır: (1) Danışanın bedeninde neler oluyor (2) Danışanın dikkati nasıl yer değiştiriyor (3) Gevşeme esnasında danışan bir kontrolünü kaybetme hissi tarafından tehdit ediliyor mu? Gevşeme esnasında dikkatimizi çevreden çok kendi bedenimize yoğunlaştırdığımız için bedensel algılar daha kolay hissedilir. Bu düşünceler sonucu ortaya çıkan anksiyete kısır döngüyü besler.

2- "Bazen panik ataklarım o kadar çabuk oluyor ki düşünmek için zamanım olmuyor". Hayatta kalma reflekslerimizce geliştirildikleri için tehlikeyi değerlendirmemiz çok hızlı olabilir, hatta bazen otomatiktir. Ayrıca bazı danışanlar panik ataklardan sonra felaket düşüncelerini unutabilirler. Bu tür durumlarda terapist, danışanın ev ödevi olan ataklar esnasındaki düşüncelerine özellikle dikkatini vermesi ve onları günlüğüne kaydetmesinin öneminin altını çizer.

Bu noktada, kısır döngünün tetiklenmesinde etkili olabilen çeşitli stres faktörleri olduğundan, kısır döngü modelinin tamamlayıcısı olan stres modelini tanıttım. Danışana Şekil 8.4'ü gösterdim ve artan stres düzeylerinin panik atak eşiğini nasıl geçtiğini anlattım. Stres veren faktörler önemli bir telefon görüşmesini beklemek, bir sonraki panik atağın ne zaman geleceği hakkında endişelenmek, evde veya işyerindeki bir acil durumu da içerir.



Şekil 8.4
Panik "Stres Modeli"

Not: Bu diyagram danışanlara tedavinin mantığını açıklamakta kullanılmaktadır.

Kısır döngü ve stres modelini tanıttıktan sonra tedavinin bu modellerle nasıl yapıldığını ve bu tedaviden ne bekleyebileceğini anlattım. Terapinin kolay olmadığını ve ona düşen görevler için çok çalışması gerektiğini söyledim.

Özet, Ev Ödevleri ve Klinik Notlar: Oturumun sonunda konuştuğumuz en önemli şeylerin bir özetini sundum. Sonra da Clara'dan oturum boyunca neler öğrendiğine dair geribildirim vermesini istedim. En çok neleri yararlı bulduğunu ve başka sorusu olup olmadığını sordum. Oturumun bant kaydını ona verdim ve evde dinlemesini söyledim. Aklına yeni sorular gelirse, bunları not etmesini ve bir sonraki oturumda sormasını istedim. Sonunda Clara'ya önümüzdeki hafta için anksiyete ve aktivite günlük formunu verdim. Clara gittikten sonra, şu anki durumu ve prognozu hakkında bazı notlar aldım. Bu notlar, önerdiğim malzemeye nasıl tepki verdiği ve bu bilgileri ne kadar anladığını da içeriyordu. (Bu, bütün oturumların sonundaki genel formattır, bundan sonraki seansların farkı sadece prosedürlerin değişmesidir.)

İkinci Oturum: Anksiyetenin Öğeleri, Panik Atak Tipleri ve Programın Özeti

İlk önce, oturumumuzdan sonraki hafta boyunca yaşadığı zorluklar ve problemleri öğrenmek için Clara'nın günlüğüne baktım. Bu sefer bunlar hakkında çok detaya inmeden konuştuk. Clara bazen panik atak geçer geçmez hemen günlüğü doldurmayı unutuyordu, geriye dönüp bakıldığında genellikle panik atakların şiddeti büyütüldüğü için, unutmadan bilgileri günlüğe girmesinin önemini vurguladım. Daha sonra rol-playing ile Clara'nın kısır döngünün artış gösteren doğasını anlayıp anlamadığını kontrol ettim. Ondan kendisini dairesinde ziyaret eden bir arkadaşıyla konuştuğunu hayal etmesini istedim. Bu arkadaş ilk terapi oturumunda neler olduğunu merak

ediyordu. Clara ona şu ana dek anksiyete hakkında öğrendiklerini anlatacaktı. Ben arkadaş rolünü üstlendim ve ona kısır döngüyle ilgili naif sorular sordum.

Danışanınızın kısır döngüsüne ilişkin bilgilerini kontrol etmenin ve pekiştirmenin bir başka yolu, modeli son dönem geçirdiği bir atağa uygulamasıdır. Terapinin başarılı olması için modelin danışanın aklına yatması ve kendi anksiyetesine adapte edebilmesi gerekir. Modeli tekrar tekrar örneklendirmeli danışanın hayatından örneklerle tamamlamalısınız. Bu, danışanın terapinin mantığını anlaması ve uygulayabilmesi için emin olmak amacıyla yapılır.

Anksiyetenin Üç-Öğeli Modeli İle Bağlantıya Geçmek. Anksiyeteyi üç ayrı öğeye bölerek Clara anksiyetesi hakkında yeni bir anlayış kazandı. Semptomlarının, endişelerinin ve davranışlarının birbirleriyle bağlantılı olduğunu ve anksiyetesinin eşlikçileri olduğunu öğrendi. Ona anksiyetenin üç öğesi olduğunu anlattım: Bir fizyolojik, bir bilişsel ve bir de davranışsal.

Terapi Programının Kısaca Gözden Geçirilmesi ve Tanımlanması. Panikte psikofizyolojik modelin açıklanması ve soruları ile şüphelerinin açıkça dile getirilmesinden sonra Clara artık panik ataklarının temelinde belirli bedensel algılarını tehlikeli olarak yorumlaması olduğunu açıkça görüyordu. Ona tüm terapi programını açıkladım. Kişisel hayat hikayesinin ve öğrenme deneyimlerinin panik bozukluğun gelişiminde belirleyici olduğunun altını çizdim. Bu, tedavinin kabulü ve etkinliğinin temeli olduğundan önemlidir. Oturum bir özetleme ve oturumun bandı ile yeni günlük formunu Clara'ya vermemle sonlandı. Aynı zamanda anksiyetenin ve panik ataklarının nedenleri hakkında bilgi veren onüki sayfalık bir broşür de verdim ve bu broşürü birkaç kez okumasını, içeriğine aşina olmasını istedim. Broşür, ilk iki oturumda tanıttığım başlıkların detaylı açıklamalarını, grafikleri ve terleme

ile nefes almadaki fizyolojik süreçleri anlatan bazı yeni bilgileri içeriyordu.

Üçüncü Oturum: Etiyolojik Model

Clara'nın günlüğüne bakıp, semptomlarının hepsini listelemeyi unuttuğu için, panik ataklarının kaydını tam olarak tutma yollarını konuşarak oturuma başladık. Oturum gündeminin üzerinden geçtikten sonra panikte psikofizyolojik modelin kullanımını Clara'nın en son geçirdiği ataklardan birine uygulayarak tekrarladık: "Geçen oturumda anksiyetenin üç öğesi hakkında konuştuk. Bu son panik atağında, bu üç öğe nasıl varoldular? Anksiyetenin nasıl arttığını görebildin mi?"

Etiyolojik Bir Modelle Çalışmak. Clara, pek çok danışan gibi, "Neden bu atakları yaşıyorum?" sorusuyla çok ilgiliydi. İlk kez kısır döngünün nasıl başladığını ve bu deneyimin daha sonraki atak paternini nasıl etkilediğini araştırdık. Clara'ya atağın zamanı ve yeri, stres verici faktörlerin varlığı ve atağa olan tepkisi ile ilgili sorular sorduktan sonra aşağıdaki formülü geliştirdim:

> İlk panik atağını geçirdiğin gün işten eve geldiğinde yorgundun çünkü hâlâ bazı grip semtomlarını yaşıyordun. Erkek arkadaşınla beraber lokantaya gittin ve burası çok kalabalık olduğu için daha stresli hale geldin. İnsanların seni izlediklerini düşündüğün yerlerde sıklıkla anksiyete hissettiğini söylemiştin bana. Normal olarak böyle durumlarda kalbine pek dikkat etmiyorsun ama bu sefer bitkin olduğun ve evden çıkmadan önce kahve içtiğin için kalbin her zaman olduğundan daha hızlı çarpıyordu. Kalbinle ilgili endişelenmeye başladın. Bu teyzenle ilgili deneyimle alakalı olabilir. Kalp hastası olduğu için sürekli kalbine ilişkin endişeliydi, kalbindeki her sıra dışı hareketi fark ediyor ve bunun hakkında uzun uzun konuşuyordu. Kalbin bir atışı kaçırdığında ya da hızlı attığında bu-

nun tehlikeli olabileceğini öğrendin. Böylece lokantada anksiyeten arttı ve kalbine daha fazla dikkat etmeye başladın. Bu da kalp atışının daha da hızlanmasına neden oldu.

Böylece kısır döngü başladı. Paniğin o kadar yoğundu ki erkek arkadaşın kalp krizi geçirdiğini düşündü. Bir ambulans çağırdı ve hastaneye getirildin. Doktor sağlığında hiçbir sorun bulamadı. Ama sen lokantada bir şey olmuş olduğu için sağlık konusunda gittikçe daha çok endişelenmeye başladın. Böylelikle genel stres düzeyin yükseldi ve bedenini her zamankinden daha çok gözlemlemeye başladın. Bu da birkaç hafta sonra, sırada beklediğin, diğer insanlar tarafından izlendiğini hissettiğin ve gergin olduğun bir anda alışveriş merkezinde ikinci atağı yaşamana yol açtı. Bu sence akla yatkın mı? Ne düşünüyorsun?

Her zamanki gibi danışanınızı herhangi bir şüphesi varsa bunu açıkça söylemeye cesaretlendirin. Terapinizi dayandırdığınız etiyolojik modelin sadece sizin değil danışanınızın da aklına yatması önemli olduğundan bu şüpheleri bilmelisiniz. Genel olarak, bir panik atağa tam olarak neyin neden olduğunu (bu nadiren mümkün olduğundan) söyleyen bir terapist rolüne girmeyin. Etiyolojik bir modelle çalıştığınızda danışanınız ilk panik atağına yol açan pek çok olası faktörün kombinasyonunu anlamaya ihtiyaç duyar ve burada kritik faktör bedensel algıların yanlış yorumlanışıdır.

Bir Panik Atağın Erken Aşamasında Baş Etme Stratejilerinin Uygulanışı. Bu noktada Clara'dan tipik panik ataklarından birini tasvir etmesini istedim. Panik ataklarının başlangıcında her zaman anksiyetede görece yavaş bir artış olan bir aşama vardı. Şekil 8.5'teki grafiği, bu erken aşamanın daha sonraki oturumlarda öğreneceği belirli teknikleri en etkin biçimde kullanması için uygun zaman olduğunu örneklerle açıklamak için gösterdim. Clara'nın ev ödevi artan anksiyetenin ilk işaretlerine özel bir dikkat göstermek ve anksi-

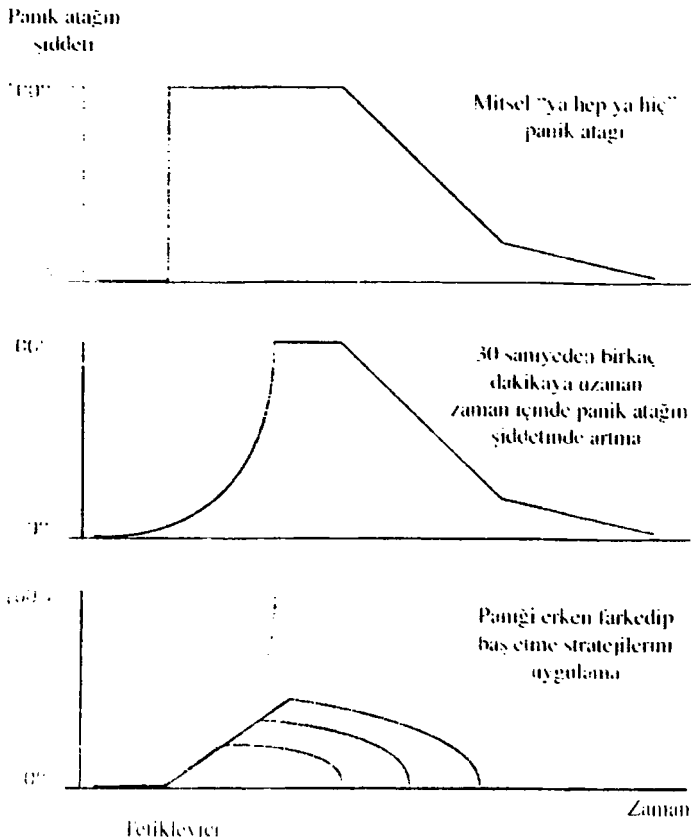
yetenin ilk işaretlerinden zirveye varması arasındaki zaman aralığını not etmesiydi. Bunun yanında, panik atakların gidişatını anlatan bir sayfalık bir bilgilendirme notu verilmişti (şekil 8.5'i ve kısa bir açıklamayı içeriyordu).

Dördüncü Oturum: Hiperventilasyon Testi ve Disfonksiyonel Bilişler

Oturuma Clara'nın yeni günlüklerini kısaca konuşarak ve paniğin erken işaretlerine odaklanarak başladık. Geçen hafta boyunca üç atak yaşamıştı ve erken aşamada, anksiyetesi şiddetlenmeden önce oldukça tutarlı biçimde hafif bir nefessiz kalma yaşadığını gözlemlemişti. Fark ettiği bir başka şey ise iç çekme eğilimi ve bundan biraz göğüs ağrısı hissettiğiydi. Detaylı bir günlük zorunluluktur bu nedenle mükemmel günlük tutuşunu överek pekiştirdim. Daha sonra durumunu etraflıca öğrenmek için geçen haftaki ruh hali ve yaşadığı stres verici olaylarla ilgili sorular sordum.

Hiperventilasyon Testi. Bu oturumun temel hedefi; Clara'nın hiperventilasyon yaşaması ve bunun sonuçlarını panik semptomlarıyla karşılaştırmasıydı. Eğer benzerlikler varsa hiperventilasyon Clara'ya panik atakları sırasındaki fiziksel algılarına yönelik ek bir neden sağlayabilirdi. Panik ataklar esnasında sıklıkla hiperventilasyon oluşur ve yine sıklıkla danışanlar bunu fark etmezler (hiperventilasyon testi Birinci Bölüm'de anlatılmıştır). Testten sonra hiperventilasyon deneyimi ile panik atak semptomlarını karşılaştırmasını istedim. Clara ikisini az çok benzer buldu ve hiperventilasyonun ataklarında bir rol oynadığını belirtti. Ancak majör farklılıkları da vurguladı. Örneğin çarpıntı yaşamamıştı ve anksiyetesi orta düzeydeydi.

Daha sonra iki durum arasındaki en önemli farklılıkları konuştuk. Korktuğu semptomların bazılarının hiperventilasyon nedenivle oluştuğunu görmesine yardımcı oldum.



Şekil 8.5
Panik Atağın Gidişatı
Not: Bu diyagram danışana baş etme stratejilerinin uygulanmasını açıklamak için kullanılmaktadır.

Solunum Eğitimi. Bazı danışanlar panik atakları esnasında sadece hiperventilasyon yaşamazlar, genel olarak çok hızlı veya derin nefes alırlar. Bu da terapi oturumları esnasında terapist tarafından gözlemlenebilir. Buna kronik hiperventilasyon denir ve solunum kontrolü eğitimiyle ilişkilidir. Burada danışan, uygun olmayan solunum alışkanlıklarını değiştirmek için yavaş diyafram nefesini düzenli olarak uygular. Yeni so-

lunum paterni aynı zamanda akut hiperventilasyon ile ardından gelen anksiyete uyandıran semptomları engelleme veya başa çıkma becerisi olarak da kullanılabilir.

Danışandan önce karnının üstüne yatması istenir. Bu pozisyonda abdominal solunum otomatik olarak meydana gelir. Danışan karnındaki nefes alma hareketlerine konsantre olur ve abdominal solunumu algılamayı öğrenir. Daha sonra aynı işlem danışan sırt üstü yatarken, otururken ve son olarak ayaktayken tekrarlanır.

Danışan diyafram nefesinde ustalaştıktan sonra, anksiyete uyandırıcı durumları veya algıları hayal etmesini ve bunlarla baş etmede doğru solunumu kullanması istenir. Solunum egzersizlerinin evde çalışılması için teyp kayıtları yararlı olabilir. Dakikada sekiz-on iki solunum döngüsü insanların çoğu için idealdir. Bu tarz bir solunum eğitiminde önemli bir uyarı danışanlar nefes almayı yavaşlattıklarında çok derin nefes almamayı öğrenmelerine dairdir.

Anksiyete Semptomlarını Provoke Etmenin Alternatif Yolları. Bazı danışanlar için hiperventilasyon panik ataklarında minör bir rol oynar. Bu durumda, danışanınızın yaşadığı temel semptomları yaratıp yaratmadıklarını anlamak için aşağıdaki testlerden bir ya da birkaçını denemeniz gerekir. Danışanın egzersiz tipini, süresini, anksiyete düzeyini (0-10) ve semptomlarını her zaman gelişim rapor formuna yazması söylenir.

1. FİZİKSEL EGZERSİZ

Çarpıntı panik atağın en sık rastlanan semptomudur. Bu nedenle pek çok danışan kardiyak bir hastalıkları olmasından korkar. Geçmişte bu korkunun ekstrem vakalarına "kardiyak nevrozu" denirdi. Kardiyak algılara maruz bırakma, merdiven çıkma, diz çökme veya olduğu yerde birkaç dakika koşma gibi fiziksel egzersizlerle sağlanabilir. Orta düzeylerdeki egzersizler bile kalp atışını ve vuruş kuvvetini artırır ve bu artış ge-

nellikle panik ataklarda yaşananlardan daha fazladır. Fiziksel egzersiz ile panik atağa eşlik eden semptomları karşılaştırmak, daha önce katastrofik olarak değerlendirilen kalbin hızlı çarpması, baş dönmesi, sıcak basmaları gibi algıların tekrar değerlendirilmelerini kolaylaştırır.

2. HIZLI BAŞ HAREKETİ

Baş dönmesi ve mide bulantısı şu hareketlerin herhangi biriyle provoke edilebilir: Otuz saniye boyunca başı sağdan sola sallamak, otuz saniye boyunca baş bacakların arasına doğru eğilmiş biçimde oturup sonra aniden dik oturmaya geçmek veya döner bir sandalyede pek çok kez dönüp birden durmak.

3. KISITLANMIŞ SOLUNUM

Danışanda boğulma hissi ağızdan bir pipetle (fast-food lokantalarda kullanılan geniş pipetler) nefes alıp vermesi istenerek provoke edilebilir. Nefesi otuz saniye tutmak da muhtemelen aynı semptomları doğurur.

4. GÖRSEL BOZUKLUKLAR

Bazı danışanlar panik atakları esnasında görüşlerinde bozulma (renkler, gölgeler, dans eden çizgiler görme veya objeleri birdenbire olduklarından büyük algılama) bildirirler. Bu genellikle beyin tümörü gibi ciddi bir hastalığın işareti olarak düşünülür. Bu semptomlar optik illüzyonların endişeyle yorumlanmalarından kaynaklanabilirler. Görme bozukluklarını uyarmanın bir yolu bir süre sonra titreşmeye başlayan yakın paralel çizgi paternleri olan resimler göstermektir (ayrıca asansörler, yürüyen merdivenler bu etkiyi yaratabilir). Resme hem terapist hem danışan beraber bakmalı ve izlenimlerini karşılaştırmalıdırlar. İkisi de görsel illüzyon yaşayacaklar ancak anksiyeteli bilişlerin yanlış değerlendirmelere yol açmasına örnek olarak yalnızca danışan muhtemelen bu durumdan anksiyete duyacaktır. Duvarda bir noktaya veya aynada kişi-

nin kendi yansımasına iki dakika süreyle sabit bakması da görsel illüzyon yaratmanın yollarıdır.

5. DİĞERLERİ

Terapi oturumu boyunca uygulanabilecek diğer metotlar aşağıdaki gibidir: İki dakika boyunca kolun üst kısmında bir yeri lastik bir bantla sıkarak kan akışını durdurup karıncalanma ve uyuşma yaratma; hareket eden bir "starfield simülasyonu"nu (sıklıkla bilgisayarların ekran koruyucularının bir bölümü) izleyerek derelizasyon yaratma, döner sandalyeye oturup sandalyeyi aniden duvara yaklaştırarak oda daralıyormuş duygusu yaratma, danışanın bir konuşma esnasında kulak tıkacı takmasını isteyerek depersonalizasyonda olduğu gibi seslerin uzaktan gelmesini sağlamak, bazen panik esnasında oluşan bir bozukluğu taklit etmek için danışana kulaklık taktırmak ve kendi sesini duyabilmesi için sesini yükseltmesi, danışanın yerde yatarken birden ayağa kalkmasını söyleyerek sersemlik hissi yaratmak.

Bazı yöntemler sadece ev ödevi olarak yapılabilir: Çok soğuk veya çok sıcak bir duşla karıncalanma ve uyuşukluk yaratmak, saunada otururak boğulma veya nefessiz kalma hissi yaratmak veya bir lunaparkta sallanan kızağa (veya benzer bir alete) binerek sabit olamama hissini yaratmak.

Yukarıdaki testlerden bir veya ikisi yapılmalıdır. Ben Clara'ya dönen sandalye testini yaptım çünkü panik atakları esnasında başı dönüyordu ve baş dönmesi hiperventilasyon testiyle yaratılamamıştı.

Disfonksiyonel Bilişler. Bu yöntem, Disfonksiyonel bilişleri provoke ettikleri için anksiyete uyandıran durumlarla kombine ediliyor olsalar da didaktik nedenlerle bu yöntem ayrı sunuldu. Her egzersizin sonunda danışanınıza "Şimdi aklından neler geçiyor?" diye sorabilir ve daha sonraki oturumlarda kullanmak üzere bu düşünceleri kaydedebilirsiz (aşağıda bulunan Yanlış Yorumlamaların Düzeltilmesi'ne bakınız).

BİRİNCİ BASAMAK: DİSFONKSİYONEL BİLİŞLER İÇİN MANTIK

Bu düşüncelerin anksiyetede oynadıkları rolü açıklayarak başlıyoruz.

> "Anksiyetenin ilk işaretlerinin önemini konuştuk. Şimdi uygunsuz düşünceleri tanımlamak için paniğin başlama sürecinde nasıl düşündüğünü gözlemleyeceğiz. Genellikle otomatik olup farkındalığımız dışı oluşup kaybolduklarından bu biraz zor bir nokta olabilir. Sana bir örnek vereyim. İşyerinde birden başının döndüğünü hissediyorsun ve şöyle düşünüyorsun 'Beynimde bir sorun var'. Ancak hemen dikkatini başka bir şey çekiyor ve bu düşünceyi hafızana kaydetmiyorsun."

İKİNCİ BASAMAK: DİSFONKSİYONEL DÜŞÜNCELERİ TANIMLAMAK

Bazı danışanlar panik atakları esnasındaki düşüncelerini anımsamazlar. Anksiyete günlüğü bu düşüncelerine dikkat çekmek için bir yoldur. Yukarıda bahsedildiği gibi semptomları üretip anksiyeteyi provoke eden her aktivite yararlıdır. İlaveten danışanın bir durumu sanki o an oluyormuş gibi imgelemesini sağlar. Eğer etkileşim gerekirse siz diğer kişinin rolünü üstlenebilirsiniz. Bir "filmin" anksiyeteyi provoke eden sahnelerini yavaş çekimde izleterek, bazı noktalarda durup danışanınıza "Şimdi ne düşünüyorsun?" diye sormanız genellikle otomatik düşünceleri ortaya çıkarır. Ya da oturum boyunca herhangi bir an danışanınızın anksiyetesinin yükseldiğini fark ederseniz, "Şu anda aklından neler geçiyor?" diye sorabilirsiniz.

ÜÇÜNCÜ BASAMAK: İKNAYI ORANLAMAK

Danışan tanımlanmış her disfonksiyonel düşünce ve imge için bir oran belirler (örneğin boğulacağım). Bu oran 0-100 arası bir yüzde içerisindedir ve bu varsayımın gerçekleşme ihtimaline ne kadar ikna olduğunu gösterir. Yüzde sıfır "ger-

çekleşmeyeceğine kesin eminim", yüzde yüz "gerçekleşeceğine kesin eminim" anlamına gelir. Bu puanlar düşüncenin iki noktasında verilir: İlki, panik atak esnasında, ikincisi danışan anksiyeteli değilken. Genellikle iki zamana ait bu puanlamalar arasında farklılık vardır çünkü anksiyete esnasında ikna oluş daha yüksektir.

Clara'nın ev ödevi özellikle düşünceleri üzerine odaklanarak artan anksiyetenin ilk işaretlerine dikkat etmekti. Gün içinde oluştukları anda bu düşüncelerini kaydedecekti. Bunun için ona dört kolonlu bir ödev kağıdı verdim: (1) Anksiyeteye neden olan durum (2) Bu durumdaki otomatik düşünceler (3) Her düşünceye ne kadar ikna olduğuna dair 0-100 arası bir puan vermek (4) 0-10 arası bir anksiyete puanlaması. Clara'ya günde birer kez dönen iskemle ve hiperventilasyon egzersizlerini yapacağını da hatırlattım. Hiperventilasyon egzersizi bir seferde ikiden fazla yapılmamalıdır çünkü baş ağrısı gibi potansiyel yan etkileri vardır.

Beşinci Oturum: Yüzleştirme Egzersizleri, Yanlış Yorumlamaların Düzeltilmesi ve Mantık Hatalarının Analizi

Clara günlüğünü son derece doğru dolduruyordu. Panik ataklarının yoğunluğunda bir azalma fark ettik ve bu duruma ne açıklama getirdiğini sordum. Panik atağın ne olduğunu anladığını bu yüzden onu artık çok korkutmadığını söyledi. Clara kendi kendine yapması gereken egzersizlerde bazı sorunlar yaşıyordu. Semptomlar çok rahatsız edici olduğundan hiperventilasyon egzersizi yeterince uzun yapamadığını hissediyordu ve sadece üç gün yapmıştı. Yedi kez yapmamış olsa bile üç gün bu egzersizi yapmış olmasının görece bir başarı olduğunu vurguladım ve onu övdüm. Sonra disfonksiyonel düşünceleri için günlüğüne baktık. Clara sadece iki düşünce tanımlamıştı ve genel olarak disfonksiyonel düşüncelerini tes-

pit etmekte sorun yaşadığını söyledi. Böylece son dönemde geçirdiği bir panik atağı üzerinde, disfonksiyonel düşüncelerini bulmak üzere beraber çalıştık.

Yüzleştirme Egzersizi. Clara son oturumda onun için en anksiyete provoke edici egzersiz olan hiperventilasyonu uyguladı. Nefesinin hızını ayarlamasında ona yardımcı oldum ve egzersizin süresini yaklaşık yarım dakika uzattım. Semptomlar aynı ve süre daha uzun olmasına rağmen son oturumumuza oranla daha az anksiyete yaşadı. Düşen anksiyetenin stres kontrolünde bir başarı olduğunu fark etti. Daha sonra ben oda dışında beklerken egzersizi kendi başına gerçekleştirdi. Yalnız başına daha fazla anksiyete hissetmesine rağmen egzersizi yapabilmişti. Artık evde günde bir kez yapacak güveni sağlamıştı.

Yanlış Yorumlamaların Düzeltilmesi. Yüzleştirme danışanın üzerinde çalışabileceği beden algılarının yanlış yorumlanmalarını ortaya çıkardığı için bu egzersiz ondan sonra yapılabilir. Yanlış yorumlamalar için diğer kaynaklar, günlükler ve son oturumlar sırasında tanımlanan düşüncelerdir. Bu oturumda ve bir sonrakinde, en anksiyete uyandırandan başlamak üzere bütün önemli yanlış yorumlamalar düzeltilmelidir. Üzerinde çalışacağımız bir yanlış yorumlama seçtikten sonra, danışan onunla ilgili bir ikna oranı bildirir ve onu destekleyen ve karşı çıkan kanıtları araştırır. Örneğin; Clara hızlı kalp atışının kalp hastalığı anlamına geldiğini şu şekilde savundu: "Çarpıntılar için başka bir açıklamam yok...Bir gazetede çarpıntıların kalp hastalıklarının bir semptomu olduğunu ve kalp hastalıklarının da yaygın bir ölüm nedeni olduğunu okumuştum...Başka bir semptomu göğüs ağrısıydı ki bazen onu da yaşıyorum...Teyzem kalp hastalığından öldü ve bende de genetik olarak bu hastalık olabilir." Düşüncesine karşı çıkması ise şu şekildeydi: "Hiçbir EKG'de bir soruna rastlanmadı...Göğüs

ağrım fiziksel egzersizle daha kötüye gitmiyor...Dikkatim dağıldığında, ya da yanımda biri varsa çarpıntılarım kesiliyor...Kalp hastalığı için temel risk faktörü yüksek kan basıncı, teyzemin de kan basıncı yüksekti, ama benimki değil."

Clara'dan (yine sokratik bir tarzla), kalbinin hızla çarpmasının başka ne gibi nedenleri olabileceğini sordum. Fiziksel veya zihinsel stres, bitkinlik veya hızla ayağa kalkma gibi çarpıntılarına neden olabilecek başka şeyler var mıydı? Anksiyeteyi tetikleyecek ve kalbinin daha hızlı çarpmasına neden olacak düşünceleri var mıydı? Hiperventilasyon söz konusu olabilir miydi?

Mantık Hatalarının Analizi. Danışanlarımıza bedensel semptomlarını yanlış yorumlamaları dahil stres ve anksiyete durumlarındaki disfonksiyonel düşüncelerini düzeltmeyi öğretebiliriz. Mantık hatalarının analizi özellikle bu tür hatalar yapmaya yatkın danışanlar için yararlıdır ki bu durum çok yoğun anksiyete yaşayan danışanlar için sıklıkla geçerlidir

Mantık hatalarını değiştirmek için kullandığımız yol dört-kolon tekniğidir. İlk kolonda anksiyeteyi provoke eden düşüncenin oluştuğu koşullar listelenir. İkinci kolon düşünceyi (genellikle durumun gerçekçi olmayan bir değerlendirmesidir) 0-100 arası bir ikna oranıyla açıklar. Üçüncü kolon mantık hatasının/larının tiplerini özetler ve bu düşüncenin hangi hatayla ilişkili olduğunu verir. Dördüncü kolon ise bu duruma tepki oluşturabilecek diğer olumlu, daha gerçekçi düşünceleri tanımlar veya alternatif olarak objektif bir gözlemcinin aynı durumu nasıl yorumlayacağını söyler. Bu basamak danışanlara anksiyete ile baş etmede onlara yardımcı olacak alternatif düşünceleri geliştirmeyi öğretir. Her alternatif düşünce için bir ikna puanı verilir.

1. YETERSİZ KANITA DAYALI SONUÇ ÇIKARMA

Bu mantık hatası, bedensel algıların yanlış yorumlanmasındaki

çoğu durumun temel prensibi olduğu için, panik bozukluğu hastaları için en önemlisidir. Bu prosedür danışanların alışkanlık haline gelmiş varsayımlarına ve felaket düşüncelerine bir bilim insanı gibi yaklaşmayı öğretir. Anksiyeteyi provoke eden bir düşünce bir gerçek olarak değil onaylanması veya onaylanmaması gereken bir hipotez olarak alınır. Danışan kendine şu soruları sormayı öğrenmelidir: "Bunu nereden biliyorum?" "Bunun olduğuna (veya olacağına) ilişkin kanıtım ne?" "Diğer olası açıklamalar nelerdir?" "Bunun olma ihtimali nedir?"

2. MUTLAKİYETÇİ DÜŞÜNCE

Bu tipte mantık hatası da oldukça yaygındır ve bedensel semptomları yanlış yorumlamaya dahil olabilir. Örneğin "Kalp atışımı hissettiğimde her zaman korkarım". Mutlakiyetçi düşünme şu kelimelerden kolayca tanınabilir: Asla, her zaman, her, mecburum, yapmalıyım, olmalı, olmamalı veya yapamam. Şu sorularla mücadele edilebilir: "Gerçekten her zaman mı?" "Hiç kalp atışını hissedip anksiyete hissetmediğin bir zaman oldu mu?" "Yapmasaydın ne olurdu?" Mutlakiyet kelimeleri genellikle yakın kelimelerle yer değiştirebilirler. Örneğin, sıklıkla, bazen veya istiyorum.

Oturumun sonunda Clara ile yüzleşme egzersizlerindeki bazı değişiklikleri (hiperventilasyon egzersizi daha uzun ve en az iki kere ev dışında gerçekleştirmesi) konuştum ve dört-kolonlu yeni bir ödev kağıdı verdim. Böylece yeni öğrendiği tekniği en az beş anksiyete uyandırıcı düşüncesine uygulayabilecekti.

Altıncı Oturum: Yüzleştirme Egzersizleri, Dikkat Odaklama, Yanlış Yorumlamaların Düzeltilmesi ve Mantık Hataları

Önce Clara ile günlüklerine baktık ve yüzleştirme egzersizlerinden bahsettik. İyi bir ilerleme göstermişti çünkü ödevlerini günlük olarak yapmış ve anksiyetesinde önemli bir azalma

yaşamıştı. Mağazada yaptığı hiperventilasyon egzersizi gerçekten korkutucuydu. Bazıları tam olarak analiz edilmemiş olduğu için düşünce ve mantık hataları listesinin üzerinden geçtik. Analize biraz daha vakit harcadık.

Yüzleşme Egzersizi. Clara iki kez farklı bir egzersiz uyguladı; olduğu yerde koştu ve ilerleme kayıt formuna anksiyete düzeyini, yaşadığı semptomları ve ne kadar süre koştuğunu kaydetti. Ondan merdiven çıkma veya normalden daha hızla yürüme gibi fiziksel aktivitelerde bulunmasını istedim. Bu, sonunda anksiyetede azalmaya neden oldu.

Dikkat Odaklama. İçsel işaretlere çok dikkat etmenin anksiyeteyi artırdığını göstermek için Clara'dan başka bir deney yapmasını istedim. Önce anksiyete düzeyini 0-10 arasında puanladı ve daha sonra kalp atışına konsantre oldu (Clara için çok anksiyete uyandırıcı olduğu için bu algıyı seçtim). Kalp atışındaki hafif değişikliklere ve kalbiyle ilgili olağandışı duygulara odaklanmasını istedim. Önce kalp atışlarını hissetmekte zorlandı bu nedenle bunu kolaylaştırmak için uzanmasını istedim. Sonra anksiyete düzeyini tekrar puanlamasını söyledim, anksiyete düzeyi 4'ten 6'ya çıkmıştı. Eğer danışan dikkatini dağıtmayı bir kaçış stratejisi olarak kullanmıyorsa o zaman daha az anksiyete bir ilerleme işareti olabilir.

Yanlış Yorumlamaların Düzeltilmesi. Son oturumda tanıtılan prosedür ile Clara'nın bedensel semptomlarına dair pek çok yanlış değerlendirmesini düzelttik. Bu süreç tüm dikkat çekici yanlış yorumlamalar düzeltilene kadar devam etmelidir. Bu düzelmeler kendilerini, panik atakların yoğunluk ve sıklıklarının azalması ile de yansıtırlar.

Mantık Hatalarının Analizi. Clara iyi bir ilerleme gösterdiği için yeni, farklı tipte mantık hatalarını tanıttım ve onlarla geçen oturumda anlatıldığı şekilde çalıştım. Ancak yukarıda

bahsedildiği üzere, bu ancak danışan diğer tekniklerde iyi gelişme gösterdiğinde yapılmalıdır.

1- KESİNLİĞE KARŞI OLASILIK

Kişi anksiyeteli olunca olumsuz bir olayın kesin olacağına ilişkin bir varsayım oldukça yaygındır. Bu tür bir mantık hatası belli bir olayın başka bir olaya neden olacağı ihtimalini abartır. Örneğin "Eğer düşüncelerimi kontrol etmezsem deliririm" veya "Eğer bayılırsam kimse bana yardım etmez". Bu gerçekdışı görüşlerle şu sorular kullanılarak mücadele edilebilir: "Bunun gerçekte olma şansı nedir?" "Kesin etkilerle olası etkileri birbirinden ayırt edebiliyor musun?" "Bunun olma ihtimalini gözünde büyütmüyor musun?"

2- YA HEP YA HİÇ

Aradaki tonları görmek yerine dünyayı ekstrem kategorilerde algılamak yaygın bir yanlıştır (iyiye karşı kötü, hepsi ya da hiç, ya siyah ya beyaz). Panik ataklar genellikle ya hep ya hiç olgusu olarak algılanır. Kişi ya iyi bir ruh halindedir ya da kötü.

3- BİRKAÇ ÖRNEKTEN GENELLEME YAPMAK

Bu mantık hatasına bir örnek, kendi yaşında birinin kalp krizinden öldüğünü duyan danışanın bir kalp hastalığı olduğundan endişelenmeye başlamasıdır. Veya bir köprünün üzerinden geçerken panik atak geçiren bir danışanın artık köprülerden geçmeyi bırakması bir başka örnektir. Başarısız olunan bir sınavdan sonra sürekli sınav anksiyetesi geliştirmek de buna örnektir. Danışanlar belirli bir durumla başa çıkma becerileriyle ilgili aşırı olumsuz varsayımlarda bulunmaya başladıklarında bunları fark etmeyi öğrenmelidirler ve şunlar gibi sorular sormalıdırlar: "Bu örnek hep böyle olacağı anlamına mı geliyor?" "Bu konuda sadece kötü deneyimlerim mi var yoksa bazı iyi deneyimlerim de oldu mu?"

Yedinci Oturum: Yüzleştirme Egzersizleri, Yanlış Yorumlamaların Düzeltilmesi ve Kendine Yönerge Verme/Açıklama Yapma Eğitimi

Clara ile beraber günlüğündeki son kayıtları gözden geçirdik ve panik ataklarının daha da azaldığını fark ettik. Ona nedenini sordum. Değişimin, yanlış yorumlamalarını düzeltmesi ile yüzleştirme egzersizleriyle ilişkili olduğu konusunda uzlaştık. Eğer danışan yedinci oturuma kadar çok az gelişme göstermiş diyse şunun gibi bir şey söyleyebilirsiniz: "Geçen hafta panik atakları kontrol etmekte daha iyiye gittiğini düşünmüştük. Neden düşündüğümüzden daha zor olduğunu merak ediyorum?" Bu yaklaşım danışanınızın kısır döngüsünü, stres modelini ve yanlış yorumlamalarını ne kadar içselleştirdiğini anlamanıza yardımcı olur ve böylece eğer gerekiyorsa herhangi bir eksiklik üzerinde biraz daha çalışabilirsiniz.

Yüzleştirme Egzersizi. Clara hâlâ ne kadar anksiyete yaratıp yaratmadıklarını görmek için egzersizlerini yaptı. Genellikle egzersizler sürekli olarak düşük anksiyete yaratana dek sonraki oturumlarda da devam etmelidir.

Bir Semptom Listesi ve İlişkili Katastrofik Düşünceleri Okumak. Bu deney, düşüncelerin anksiyeteye hatta panik atağa yol açabildiğini göstermektedir. Clara'dan önce şu anki anksiyete düzeylerini oranlamasını sonra da ikili kelimeleri yüksek sesle okumasını söyledim. İlk kelime semptom ikincisi ise yaygın bir katastrofik yanlış yorumlamaydı. Örneğin;

Nefessiz kalma *Boğulma*

Her ikili defalarca tekrar ediyordu. Bu deneyi Clara rahatsızlığın işaretlerini açıkça gösterene dek devam ettirdim. Sonra anksiyetesini tekrar oranlamasını ve bir iki dakika boyunca bedeninde ve zihninde olup biteni gözlemlemesini söyledim.

Ne yaşamış olduğunu konuştuk ve ona bilişlerin kısır döngündeki rolünü anlamasını sağlayacak sorular sordum: "Sadece kelimeleri okumanın seni korkuttuğu gerçeği ile ne yapacaksın?" "Sence bu deney sana panik atak esnasında ne olduğuna ilişkin bir açıklama sundu mu? Bu durum kısır döngüne ne açıdan uyuyor?"

Yanlış Yorumlamaların Düzeltilmesi. Bu okuma egzersizi genellikle ilave yanlış yorumlamaların da düzeltilmesini sağlar veya bunun için günlüklerden materyaller ile önceki oturumlar kullanılabilir. Clara, özellikle;

Gerçekdışı *Delirmek*

ikilisinin aklına takıldığını ve onu gerginleştirdiği söyledi. Bu nedenle bu konuda altta yatan yanlış yorumlamaları üzerinde çalıştık.

Kendine Açıklama Yapma/Yönerge Verme Eğitimi. Bu prosedür mantık hatalarının analizi ve yanlış yorumlamaların düzeltilmesinin bir uzantısıdır. Anksiyetenin artışını engellemek amacıyla kullanılabilecek, danışanın kendi kendisine kısa yönergeler vermesini/açıklamalar yapmasını geliştirmeye odaklanır. Örneğin: "Kalbimin sağlıklı olduğunu biliyorum çarpıntılarım tehlikeli değiller." "Hiç bayılmadım şimdi neden bayılayım?" "Kendimi bu şekilde eleştirmeme gerek yok, bunu diğerleri yapabilir". Dört kolon tekniği ile çalışılmış olan alternatif düşünceler danışanın hoşlanacağı malzemeyi sağlayabilir. Anksiyeteli bir durum için küçük kartlara yazılabilir ya da ezberlenebilirler. Her şekilde, kritik durumlarda yüksek sesle söylenmelidirler.

Clara'nın yeni ev ödevleri yeni egzersizlerini günlük olarak yapmak, oturumda geliştirilen yönergeleri çalışmak ve bir sonraki oturuma en az üç yenisiyle gelmekti.

Sekizinci Oturum: Dekatastrofize Etmek

Clara geçen hafta işyerindeki bir stres verici durum esnasında yoğun bir panik atak geçirmişti. Stres modelinin ışığında olayı konuştuk. Durumun çok fazla endişe verici olduğunu bu yüzden kendi kendine yapması gereken açıklamaları yapamadığını söyledi. Bu yüzden 'anksiyetenin hangi erken dönem işaretlerine dikkat edebilirdi' konusu üzerinde çalıştık.

Clara ile bayılacağını düşündüğünde hangi katastrofik imgelere sahip olduğunu ve bunları nasıl sıraya koyacağını araştırdık. Şu ana kadar terapinin odağında anksiyete duyduğu durumlardaki sıklıkla ortaya çıkan düşüncelerinin gerçekçi olup olmadığı ve onları daha uygun düşüncelerle değiştirmek vardı. Dekatastrofize prosedürü ile danışan sonuçlar hakkında düşünmeyi öğrenir: Eğer bir yanlış yorumlama veya felaket düşüncesi gerçekleşirse ne olur?

Clara'ya yapacağımız egzersizin bayılma hakkındaki katastrofik düşünceleri ile yüzleşmesine neden olacağını söyledim. Senaryoyu daha gerçekçi ve detaylı hale getirmek için koşulları tam olarak araştırdım: "Nerede olurdu? Kim izliyor olurdu? İzleyenler bildiğin insanlar mı? Senin hakkında konuşurlar mıydı? Tam olarak nerede bayılırdın? Nasıl? Bedeninde ilk fark edeceğin değişiklikler hangileri olurdu? Sonra ne olurdu?" Bana anlattıklarının bir özetini yaptıktan sonra senaryomun onun hayalindekiyle aynı olup olmadığını kontrol edip bazı değişiklikler yaptım. Sonra Clara'ya iskemlede rahatça oturmasını, gözlerini kapatmasını ve bir süpermarkete gidiyor olduğunu hayal etmesini söyledim. Senaryoyu ve onun senaryo içinde ne yaptığını anlattım. Söylediklerime verdiği tepkileri, yüz ifadesini, nefes alıp verişini izledim ve orada olan bitenin net bir imgesine sahip olup olmadığını sordum. Sonra katastrofik olayları anlattım. Fiziksel tepkileri de işin içine katmak çok önemlidir. Örneğin: "Şimdi kasaya yaklaşıyorsun ve önünde uzun bir kuyruk olduğunu görüyorsun. Ayaklarının

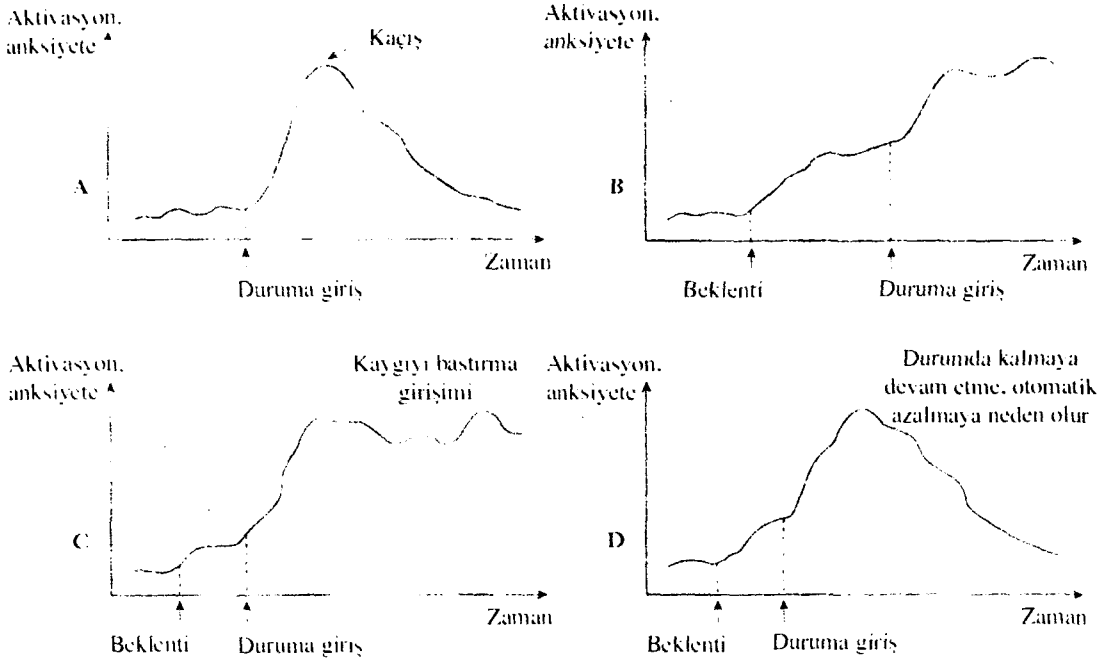
altında yeri hissediyorsun ve bacakların güçsüzleşiyor. Kalbin hızla çarpmaya başlıyor ve ellerinin ıslandığını hissediyorsun. "Lütfen yeni bir atak olmasın" diye düşünüyorsun."

İmgeleme egzersizinden sonra, Clara'dan kurgusunun olacağını sandığı kadar katlanılmaz olup olmadığını gözden geçirmesini istedim: "Gerçekten herkes sana baktı mı? Kalbin durdu mu?"...vs. ilk yükselmeden sonra anksiyetesi iniş gösterdi ve Clara bu felaket senaryosunun ne kadar akıl dışı olduğunu biraz daha fark etti. Clara'nın ev ödevi, her gün kalp hastalığı korkusu etrafında gelişen felaket düşünceleriyle ilgili bir senaryo hayal ederek dekatastrofizasyon çalışmaktı.

Dokuzuncu Oturum: Korkulan Durumlara Maruz Kalma

Clara yeni felaket senaryosu tekniğini başarıyla uyguladı. Bu konuyu, yüzleştirme egzersizlerini ve kendine yönerge vermesini konuştuk. Egzersizleri yaptığı için kendini takdir etmesinin önemini hatırlattım.

Kaçınma Davranışını Değiştirmek. Şu ana kadar terapinin odağını içsel uyarana maruz kalma ve yanlış yorumlamaların düzeltilmesi oluşturuyordu. Eğer danışan artık bedensel semptomlarına yoğun bir anksiyete ile tepki vermiyorsa, bir sonraki odak dışsal uyarana ("durumsal maruz kalma") maruz kalma olmalıdır. Panik bozukluğu olan danışanların çoğunun en azından orta düzeyde agorafobisi vardır. Kaçınma davranışı üzerinde çalışmak korkulan durumlara karşı değiştirilmiş olan bilişleri yaygınlaştırmaya yardımcı olur ve başarıyı pekiştirir. Tanısal görüşmeden Clara'nın asansörler, sinemalar ve fiziksel aktivite gibi kaçındığı durumlar ve aktiviteler hakkında bilgim vardı. Şimdi bu durumlarda anksiyetesini artıran ya da azaltan faktörleri araştırdım. Örneğin asansörün büyüklüğü, içinde kaç kişi olduğu, fiziksel aktivitenin süresi, tanıdı-



Şekil 8.6

Dört Değişik Koşul Altında Anksiyeteyi Provoke Eden Uyarana Maruz Kalınması Esnasında Kaygı ve Somatik Aktivasyonun Gidişatı

Not: A kaçış tepkisinin etkilerini, B beklenti nedeniyle oluşan ek kaygıyı ve C anksiyeteyi bastırma girişimlerinin etkilerini göstermektedir. D eğer danışan o durumda kalmaya devam ederse kaygı ve duygusal uyarışların otomatik olarak düşeceğini (alışma) göstermektedir.

ğı birinin varlığı. Şekil 8.6'yı ve Clara'nın asansör korkusunu örnek olarak kullandığımda kaçınma davranışının uzun dönemde anksiyetesini nasıl artırdığını ve asansör korkusunun üstesinden gelmesi için ne yapması gerektiğini açıkladım. Taktiklerim İkinci Bölüm'de anlatılanlara benzemektedir.

Clara'nın maruz kalma terapisinin mantığını anladığı ve uygulamak için motive olduğu izlenimini edindiğim için ev ödevi olarak belirli durumlar hakkında konuştuk. Önümüzdeki hafta asansörler, sonraki hafta sinema için anlaştık ve maruz kalma egzersizlerinin detaylarını belirledik. Clara'nın görevi oturduğu semtteki yirmi katlı apartmana (Clara içeri girebiliyordu çünkü bir arkadaşı orada oturuyordu) gitmek ve anksiyete düzeyi fark edilebilir bir azalma gösterene dek aşağı yukarı inip çıkmaktı. Ancak bu azalmadan sonra birkaç dakika dinlenmek için asansörden çıkabilirdi. En azından egzersizi bir saat tekrarlamalı ve haftada en az üç kere yapmalıydı. Hedefinin anksiyeteli hale gelmek ve ileriye dönük anksiyete ile kaçınma kısır döngülerini kırmak olduğunun altını çizdim. Eğer çok korktuğu için asansörden inmek hatasına düşerse mümkün olan en kısa zaman içinde tekrar binecekti.

Hipotezleri Sınama. Bu, danışanın felaket düşünceleriyle mücadele etmek için pratik bir yoldur. Danışan önce yakın gelecekte yaşayacağından korktuğu durumlarla ilgili felaket düşüncelerini ve olumsuz varsayımlarını yazar (örneğin sinemaya gitmek veya ödevlerinden birini gerçekleştirmek). Sonra bu notları olayın gerçek sonuçları ile karşılaştırır. Bu, korkulan durumlara ilişkin daha gerçekçi değerlendirmeler kazanmasını sağlar. Calara önümüzdeki hafta bir akşam yemeği verecekti ve bu onu şimdiden endişelendiriyordu. Bu yüzden bu yemekle ilgili beklentilerini yazdı. Aynı zamanda daha önce konuştuğumuz maruz kalma ev ödevi ile ilgili olumsuz varsayımlarını da not etti. Clara'dan bu olaylardaki deneyimlerini yazmasını istedim ve ona dekatastrofize etme ve sına-

ma işlemiyle ilgili bilişsel teknikleri özetleyen bir broşür verdim. Aynı zamanda bir ilave mantık hatası da broşürde yer alıyordu: Diğer insanların ruh halleri gibi kişinin kontrolü altında olmayan olaylar için sorumluluk alma.

Onuncu Oturum: Korkulan Durumlarla Yüzleşme

Clara'nın günlüğü üzerine konuştuktan sonra, maruz kalma egzersizlerinde ve akşam yemeğinde neler olduğunu sordum. Deneyimlerini daha önceden yazmış olduğu olumsuz beklenti ve varsayımları ile karşılaştırdık. Asansörde panik atak geçirmek gibi bazı olumsuz beklentileri gerçekleşmemişti. Açıkça bu beklentisi gerçekçi değildi. Ancak diğerleri gerçekçiydi, örneğin gerginliği nedeniyle iştahı kaçmıştı ve akşam yemeğinde bir şey yiyememişti. Bu tür durumların öğrendiği teknikleri uygulaması için güzel fırsatlar olduğunun altını çizdim. Bu teknikleri yaşamış olduğu durumlarda nasıl uygulamış olabileceğini konuştuk. Olayların varsaydığı kadar katastrofik olmadığını görmesi için "...olsaydı ne olurdu?" sorusunu sordum. Asansör deneyimi yoğun anksiyete uyandırmamış olduğu için önemli bir şeyi eklemeyi unutup unutmadığımızı düşündük. Clara'nın gerçekten anksiyete yaşaması için, içinde insanlar olan daha küçük bir asansörde daha uzun bir süre geçirmesi gerektiğine karar verdik.

Daha sonra gelecek hafta içinde ek bir maruz kalma egzersizi koymaktan bahsettik: En az üç kere sinemaya gitme. Sinema Clara'nın içerde çok hapsedilmiş hissettiğinden panik atak geçirmekten korktuğu ve iki yıldır kaçındığı bir mekandı. Egzersizin bir kazan-kazan durumu yarattığının altını çizdim. Eğer çok anksiyete hissetmezse o zaman bu durumdan kaçınmasının bir nedeni yoktu. Eğer çok anksiyete hissederse yeni teknikleri uygulayabilir ve aşamalı olarak daha az endişeli hale gelebilirdi. Geçen oturumun malzemesinin üzerinden geçtik ve Clara'nın öğrendiklerini nasıl uyguladığını gör-

dük. Tedavi sürecindeki başarılarını özetledim ve tedaviye başlamadan önceki durumu ile geldiği noktayı karşılaştırdım. Bu Clara için çok cesaret verici oldu. Ne zaman anksiyeteli olursa o zaman yeni teknikleri kullanması gerektiğini vurguladım (bu konuyla ilgili daha fazla bilgi on üçüncü oturumda vardır).

On Birinci Oturum: Problem Çözme Eğitimi

Clara maruz kalma egzersizlerini başarıyla yaptı ve beklendiği gibi anksiyetesinde bir düşüş oldu. Son üç hafta boyunca hiç panik atak yaşamamıştı bu yüzden terapinin odağını stresle baş etmedeki daha genel yöntemlere kaydırmaya karar verdim (stres modeline göre bunlar panik ataklarla ilişkilidir). "Problem çözme eğitimi" oldukça yararlı bir yaklaşımdır. Standart bir davranışçı teknik olduğundan burada kısaca değineceğiz. Yedi basamaktan oluşur:

1- Problemin tanımı
2- Hedefin Tanımı
3- Hedefe ulaşmak için beyin fırtınası (problem çözme stratejileri)
4- Bu stratejilerin artı ve eksileri
5- En uygun stratejiyi seçme
6- Stratejiyi hayata geçirmek için en uygun yolları bulma
7- Etkinliğini değerlendirme

Clara bu prosedürü uygulamak için evde ve iş yerindeki stres verici durumlardan iki örnek seçti ve her basamak için bir kolonu bulunan bir çalışma kağıdını doldurdu. Ev ödevi, bu prosedürü başka problemlere de uygulamak, anksiyete hissettiğinde kendi kendine yönerge vermek ve daha fazla maruz kalma egzersizi yapmaktı.

On İkinci Oturum: Sosyal Beceri Eğitimi

Terapinin sonuna doğru, tedavi etkinliğini artırmak için diğer terapötik yaklaşımlardan bazı öğeleri de sürece dahil etmek yararlı olabilir. Bu özellikle sosyal beceri eksikliği veya kişilik bozukluğu olan hastalarda geçerlidir. Clara sosyal ortamlarda anksiyeteli hissettiği ve erkek arkadaşı ile ilişkisinde bazı problemler yaşadığı için yardımcı olarak sosyal beceri eğitimini öğretmeye karar verdim. Eğitimin temel bileşeni, etkili iletişimin temel prensiplerini öğreterek ve rol-playingler kullanarak danışanı zor sosyal etkileşimlere hazırlamaktır. Danışanlarımın çoğu, biraz da uzun süredir agorafobi yaşayıp kısıtlı bir hayat tarzı sürdürdüklerinden, sosyal ortamlarla ilgili problemler yaşarlar. Aile terapisinin bazı okulları başarılı maruz kalma egzersizlerinin yakın ilişkilerde ters etkileri olduğunu ileri sürer. Ancak bu kuraldan çok, istisna olarak görülmektedir. Bazı vakalarda baştan itibaren kötü bir evliliğe sahip olmak zayıf terapi sonuçlarına yol açsa da, çoğu çift için başarılı agorafobi tedavisinden sonra evlilik tatmini artar.

On Üçüncü Oturum: Yaygınlaştırma

Clara ile rol-playları gerçeğe dönüştürmek üzerine konuştuk. Sonra bazı yeni rol-playlere geçtik ve Clara'nın gündemdeki bazı problemlerine problem çözme yaklaşımını uyguladık. Tedavi sürecindeki başarılarını özetledim ve gösterdiği gelişmeleri hayatının bütün alanlarına yaydığından emin olmak için öğrendiği teknikleri anksiyete hissettiği tüm durumlara uygulamasının önemini vurguladım. Clara ile önümüzdeki hafta olması muhtemel durumları ve bunlarda uygulayabileceği yeni teknikleri düşündük. Başarısız olmasını engellemek için geçmişte başarıyla üstesinden geldiklerinden çok farklı olmayan durumlar öne sürmek konusunda dikkatliydim. Daha da fazla durum düşünmesini ve her birinde teknikleri uygulamasını istedim.

On Dördüncü Oturum: Relapsı (Tekrarı) Önlemek

Clara'nın yeni durumlarda yaşadığı bazı zorlukların üzerinden geçtikten sonra tedavinin bitiminden sonra uyanması mümkün problemlerden ve onlardan nasıl korunacağından bahsettik. Psikofizyolojik model relasp riskinin kişinin devam eden bedensel semptomlarının yanlış yorumlamasından kaynaklandığını varsayar. Terapinin sonunda mutlaka hepsi keşfedilmeli ve üzerlerinde çalışılmalıdır.

Sıklıkla tedavinin sonunda artık panik atak geçirmeyen danışanlar yeni ataklar geçirmek konusunda endişeli olurlar. Yoğun panik ile kısıtlamalar ve mutsuzluk yaşadıkları döneme ait canlı imgeleri vardır. Geçmişten daha hafif bir formda olsa bile her türlü panik tekrarından kaçınmak isterler. Bazı danışanlar spontane bir rahatlama yaşarlar ve hemen ardından panik hayatlarına geri döner.

Bu tür endişeleri kontrol etmek için şunu sorabilirsiniz: "Yarın beklenmedik bir atak geçirdiğini varsayalım, ne düşünürsün?" Relapsa yönelik irrasyonel korkusu olmayan danışanlar çok fazla endişelenmeyeceklerini çünkü öğrendikleri teknikleri uygulayabileceklerini söylerler. Uzun dönem az düzeyde anksiyete yaşayıp sonra anksiyetesi kademeli artış gösterdiği için endişeli olan danışanlara: "Şu anki ve geçmişte yaşadığınız anksiyetelerın giderilmesi arasındaki farklar nedir?" sorusunu yöneltebilirsiniz. Danışanların geçmişte sahip olmadıkları başa çıkma becerilerine sahip olduklarını hatırlamaları gerekir. Genel olarak anksiyete düzeyinde dalgalanmalar beklemelisiniz.

Clara ile relapslar hakkındaki tahminlerini ve onlarla nasıl başa çıkacağını konuştuktan sonra son bir ev ödevi olarak, anksiyetesini kontrol etmesinde önemli olan öğrendiği her şeyi yazmasını istedim. Aynı zamanda baş etme tekniklerini mümkün olduğunca çok durumda uygulamasını istedim.

Terapistler, eğer panik semptomları en az bir yıl devam etmişse tedavi olmadan tam bir düzelmenin olmayacağını bilmelidirler. Tedavinin sonunda, danışanların çoğu semptomlardan kurtulmuş olur, bu zaman onları olası bir relapsa karşı uyarmanın tam zamanıdır. Aşağıda bazı öneriler bulacaksınız:

1- Danışanlar, terapinin onlara anksiyete ve kaçınma problemlerinin üstesinden gelmeyi ve daha önceki ya da yeni bir durumla karşılaştıklarında oluşabilecek endişe başını kaldırdığında artık bu becerileri uygulamaları için yanlarında bir terapiste ihtiyaçları olmadığını öğrettiğini fark etmelidirler. Eğer danışanlar inisiyatif alırlarsa gösterdikleri gelişim yeni hayat durumlarına yaygınlaştırılabilir.
2- Terapist tedavinin sonunda danışanlara problemlerinin sona erdiğine dair asla bir güvence vermemelidir, hatta tam tersi şekilde davranmalıdır. Paniğin reküranslarını ve anksiyetenin dalgalanacağını beklemelidir. Ancak bu olayların katastrofik olmadığını da iletmelidir. Bir panik atak tüm tedaviyi değersiz kılmaz, relaps bir ya hep ya hiç olgusu değildir. Stres veren durumlar söz konusu olduğunda anksiyete yükselme eğilimdedir bu da iş yerindeki ve evdeki problemleri mümkün olduğunca erken çözmek için bir nedendir.
3- Anksiyete insanın tek problemi değildir. Evlilikteki stres gibi diğer sorunlar da anksiyeteye yol açar ancak bu durumlarda kullanılacak teknikler bu tedavi paketindekilerden farklıdır. Bazen terapinin sonunda geçmiş deneyimlerden gelen diğer sorunlar su yüzüne çıkar.
4- Eğer mümkünse, terapi sona erdikten aylar sonra bir destek oturum yapılmalıdır. Danışan eğer terapiden kazanımlarını tek başına sürdüremiyor veya ilerletemiyorsa terapiste destek seanslar için ulaşabileceğini bilmelidir.

On Beşinci Oturum: Tedavi Gidişatının Gözden Geçirilmesi

Oturuma baş etme stratejilerini uygulamadaki kalan problemleri detaylı olarak konuşarak başladık. Sonra programdan öğrendikleri listesinin üstünden geçtik. Kısır döngü modeli anlayışında açıkları anlamak özellikle önemlidir. Clara, panik atakları, kısır döngü modeli, stresin ve düşüncelerinin rolleri konularında tam bir kavrayış kazanmıştı. Bana hangi durumda hangi teknikleri kullanacağını ve bu teknikleri açıklayabiliyordu. Terapi sürecinde Clara'nın gösterdiği gelişimi özetledim ve son yedi haftadır panik atak yaşamaması gibi bazı temel değişikliklerin altını çizdim. Geri kalan tüm soruları detaylıca konuştuk ve Clara'ya öğrendiği beceri ve teknikleri uygulamaya devam etmesini söyledim. Relapstan korunma konusunda bilgilendirdim ve bir destek oturumu için dört ay sonrasına randevu verdim. Her zaman meydan okuyucu yeni görev ve durumlar araması için cesaretlendirdim. Son olarak panik ataklara karşı en iyi korunmanın başa çıkma becerilerinin pratiğinin sık yapılması olduğunu anımsattım.

NOTLAR

S. 245, *Donald Klein ve David Sheehan gibi daha sonraki dönem araştırmacıları tıbbi bir model benimsemişlerdir*: Klein, D. E (1980). Anxiety reconceptualized. *Compehensive Psychiatry*, 21, 411-427; Sheehan, D. V. (1982). Panic attacks and phobias. *New England Journal of Medicine*, 307, 156-158.

S. 245, *Ancak ... dair kanıtlar*: Margraf, J., & Ehlers, A. (1990). Biological models of panic disorder and agoraphobia: Theory and evidence. In G. D. Burrows, M. Roth, and R. Noyes (Eds.), *Handbook of anxiety: Vol. 3. The neurobiology of anxiety.*

Amsterdam: Elsevier.

S. 245, *Bizim bu modeli... benzerlik göstermektedir*: Barlow, D. H. (1986). Behavioral conception and treatment of panic. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 803-806; Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books; Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470; Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59; Ley, A. R. (1985). Agoraphobia, the panic attack, and the hyperventilation syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 79-81.

S. 250, *Anksiyete Bozuklukları Görüşme Çizelgesi-R temelli ilk klinik görüşmesi*: DiNardo, P., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind Publications.

S. 251, *Bu paket Almanya'da bir araştırma projesinde yer alan terapistlere yönelik*: Margraf, J. & Schneider, S. (1989). *Panik: Angstanfalle und ihre Behandlung [panic: Anxiety attacks and their treatment]*. Berlin: Springer.

S. 251, *David Barlow ile Jerome Cerny'nin geliştirdikleri tedavi paketine*: Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.

S. 239 "Problem solving training": Falloon, I. R., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.

9. BÖLÜM

SOSYAL ANKSİYETE İÇİN BİR BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TEDAVİ PAKETİ

Karin Gruber ve Richard G. Heimberg

Sosyal fobi, fobik anksiyete bozukları arasında kişiyi en güçten düşürücü olandır. Diğer fobik bozuklukların aksine sosyal fobi diğer insanlarla etkileşimimizi direkt etkiler. Eğer yeterince ağırsa, akran ya da mahrem ilişkilerin gelişmesini önleyebilir, kariyer başarı ve terfilerini engelleyebilir ve sosyal destek ağlarının kurulma ve yürütülmesini engelleyerek genel bir yalnızlığın ve izolasyonun oluşmasına katkıda bulunur. En yaygın anksiyete bozukluğu ve yaşam boyu yaygınlık oranlarında majör depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra gelen üçüncü en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Majör bir psikolojik bozukluk olmasının yanı sıra, sosyal fobi aynı zamanda hem alkolizm hem de depresyon için bir risk faktörüdür.

Sosyal fobi bireyin uygunsuz bir şey yapabileceği korkusuyla, sosyal durumlardan korkmasıdır. *DSM-IV* sosyal fobiyi şu şekilde tanımlar "bireyin tanımadığı kişilerle karşılaştığı veya diğerlerince dikkatlice incelenme ihtimali olduğu bir veya daha fazla sosyal ve performans durumlarına karşı sürekli dikkat çekici korkusu. Birey aşağılanacağı veya utanacağı bir şekilde davranmaktan (ya da kendini bu duruma sokacak anksiyete semptomları göstermekten) korkar." Herkesin hayatın-

da yer alan; geçici, kolayca kaybolan, geleceğe yönelik olmayan ve uzun sürmeyen utanma duygusundan farklı olarak, sosyal fobikler utanma duygusunu dikkat çekici boyutta ve sürekli olarak yaşarlar.

Sosyal fobiden şikayetçi bireyler genellikle ya bir ya da birkaç sosyal durumdan ya da çoğu ya da bütün sosyal durumlardan korkarlar. *DSM-IV*'e göre çoğu sosyal durumdan korkan bireyler yaygınlaşmış sosyal fobi, bir veya daha çok (ama çoğu durumdan değil) durumdan korkanlar ise yaygınlaşmamış sosyal fobi teşhisi alırlar. En çok korkulan sosyal durumlar topluluğa karşı konuşmak, flört etmek, partiler, toplantılar, karşı cinsel veya otoriteyle etkileşimdir. Daha az yaygın olanlar ise diğer kişiler önünde yazı yazmak, halk tuvaletlerini kullanmak ve topluluk içinde yemek yemektir.

SOSYAL FOBİDE KISIR DÖNGÜ

Kısır döngü, bize, sosyal fobi bir kez oluştuktan sonra neden ya daha kötüye gittiğine ya da aynı yoğunlukta kaldığına ilişkin bir açıklama sunar. Kısır döngü bize anksiyetenin nasıl büyüdüğünü, kendine güveni nasıl baltaladığını ve kişinin anksiyeteyi provoke eden sosyal durumlardan neden kaçındığını açıklar. Kısır döngünün doğası tekrarlanarak sarmal bir hareketle yukarı tırmanmaktır böylece döngüyü kırmak zorlaşır. Aşağıda kısır döngünün üç önemli bileşenini tanımlıyoruz: Korkulu bekleyiş, kaçınma ve kendine yönelik olumsuz atıflar.

Korkulu Bekleyiş

Sosyal fobikler yaklaşmakta olan bir sosyal durumun utanç verici anlar yaratabileceğini düşünerek bir bekleyiş yaşarlar. Onaylanmamaktan veya olumsuz yargılanmalarına neden olabilecek dikkat çekici, gülünç görünmekten, anksiyetenin

açıkça görülebilir işaretlerini sergilemekten büyük endişe duyarlar. Bu olumsuz beklentiler genellikle şu düşüncelerle ifade bulurlar: "Kendimi aptal durumuna düşüreceğim", "Beceriksizliğimi ve cahilliğimi görecekler", "Benden hoşlanmayacak" ve "Ya sesim titrerse." Bunları gizleme çabası durumu sadece daha kötü hale sokar. Sosyal fobikler performanslarının kalitesi ve anksiyete semptomları ile meşgul hale geldiklerinde yaptıkları işe daha az odaklanırlar ve daha düşük performans gösterme ve gözlenebilir anksiyete belirtileri gösterme ihtimalleri artar. Sosyal fobikler eğer utandırıcı bir şey yaşanırsa bunun kaçınılmaz olarak onaylanmama, başarısızlık veya red gibi olumsuz sonuçlar doğuracağını düşünme eğilimdedirler. Utanmanın sonuçlarını sert, katlanılmaz ve idare edilemez görmeye meyillidirler.

Kaçınma

Sosyal fobi kısır döngüsünün ikinci bileşeni kaçınmadır. Kaçınma herhangi bir noktada başlayabilir. Bazı sosyal fobikler o kadar yüksek oranda kaçınma davranışına sahiptirler ki korktukları durumlara yaklaşmazlar (ne bilişsel ne de davranışsal). Ancak tedavi ettiğimiz sosyal fobiklerin çoğu, ya bir sosyal etkileşimi düşünmeye kendilerini çok zorlayarak ya da gerçekten katılarak bir dereceye kadar korktukları ortamlara dahil olmaya teşebbüs ediyorlardı. Onlar için kaçınma, bir düşünce veya olay; anksiyeteyi çok provoke edici olduğunda gerçekleşiyordu. Daha sonra anksiyeteleri nedeniyle bu katılım çabalarından vazgeçiyor ya da grup içinde çok sessiz kalmak gibi anksiyeteyi bir şekilde azaltıcı yollar gerçekleştiriyorlardı. Kaçınma, anksiyeteyi geçirdiği için olumlu görünse de nihayetinde sosyal fobiklerin hem profesyonel hem de özel hayatlarında gittikçe artan kısıtlamalar yaratarak yaşam kalitesini düşürür.

Kendine Olumsuz Atıf

Olumsuz düşünme ve kaçınma sosyal fobiye sahip kişilerin gelecekteki sosyal durumlarla başa çıkma kabiliyetlerine ilişkin düşüncelerini etkiler. Sosyal varlıklar olarak kendilerine olumsuz bakışları, utandıktan sonra kendilerine güvenlerini geri kazanmalarını engeller. Sosyal fobikler kendilerini başarısız veya doğuştan kusurlu gibi düşünerek zorlayıcı olabilecek durumlarla başa çıkabileceklerini düşünmeyi keserler. Sosyal becerileriyle ilgili daha olumsuz hissettikçe yeni veya zorlayıcı durumlarda başarılı olma eğilimleri düşer ve sosyal kaçınma davranışlarını artar. Başarılı olamamak kendilerine yönelik olumsuz algılarını besler ve beceriksiz, kötü ve korkularını kontrol edemiyor olduklarını onaylar. Sonuç, kendine güvenin kaybıdır.

BİR VAKA BETİMLEMESİ

Aşağıda anlattığımız Tina vakası sosyal fobinin kişi için ne kadar güçten düşürücü olduğunu örneklemektedir. Kimliğinin gizliliğini korumak için isim değiştirilmiştir ancak tüm diğer bilgiler ve Tina tarafından yapılmış alıntılar tamamen gerçektir. İlk yazar olan Karin'e anksiyete spiralinden kurtulmanın bir yolunu bulmak için gelmişti. Karin Tina'ya Stanford Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki yapmakta olduğu doktora programının araştırma projesi olan sosyal fobikler için bilişsel-davranışsal terapiye katılmasını önerdi. Karin'in tedavi yaklaşımı ikinci yazar olan Richard'ın tedavi el kitabına dayanıyordu. Richard bu tedaviye sosyal fobi için Bilişsel-davranışçı Grup Terapisi (BDGT) demektedir. Karin, Richard'ın laboratuarında eğitilmiş ve Dr. Harlan Juster ile Richard'ın süpervizyonundan geçmiştir. BDGT, kontrollü çalışmalarda sosyal fobinin psikolojik tedavisinde etkin bulunmuş ve tedavi yılı ile takip eden

yıl arasında 4,5'tan 6,25'e bir gelişme sağlanmıştır. BDGT'nin hedefi sosyal fobiklerin kendilerini aciz bırakan anksiyetelerinin hızlı, etkili ve maddi olarak verimli bir şekilde üstesinden gelmektir. İlgili okur BDGT ile tedavi edilen diğer vaka örneklerini bölümün sonundaki referanslarda bulabilir.

TİNA

Kırk iki yaşında iyi bilinen bir firmada yönetici olan Tina, Karin'e yeni yıl kararını gerçekleştirmek üzere gelmişti: Anksiyetesi ile daha sağlıklı başa çıkabilmek. Yönetici toplantılarında düşüncelerini ifade etme ve çekinmeden konuşabilmek için yardım arıyordu. İlk karşılaşmalarında, Tina, Karin'i başı dik duran çok güçlü bir kadın olarak etkiledi. Ancak ilk görüşmelerinde farklı bir resim ortaya çıktı. Yirmi dört yıldır bir sır olarak sakladığı anksiyetelerini büyük bir acıyla anlattı.

Tina'nın ana korkusu ilginin merkezinde yer almak ve düşüncelerini ifade etmek zorunda kalmaktı. Yüksek düzeyde bir yönetici olarak hep erkeklerle çalışıyordu. İş arkadaşları ile toplantıdayken saygılarını kazanmak ve pozisyonunu korumak için çaba göstermesi gerektiğini hissediyordu. Bunun sonucunda sürekli olarak kendini sözel olarak nasıl ifade ettiğine dikkat ediyor ve kendini "profesyonel tavırlı" olarak tanımlamaya çalışıyordu. Tina yüksek sesle konuşmaktan kaçınmıyordu ancak tüm çabalarında anksiyetesi ona eşlik ediyordu. Yönetim toplantısına katıldığında çok büyük miktarda enerji harcadığını hissediyordu: "Her zaman benimle beraber. Büyük bir taş taşımak zorunda kalarak dağa tırmanmaya benziyor. Bu yüzden ne yaparsam yapayım hep iki kat fazla çalışmak zorundayım."

Bu durumları idare edebilmek ve kendini koruyabilmek için sıklıkla duygularıyla bağını koparıyordu. Disosiyasyon anksiyeteli hissetmekten kaçınmasını sağlıyordu ve bu durumu şu sözlerle ifade ediyordu "Bunu yaptığım zaman duygularım yok". Bu yüzden Tina'ya göre ne zaman düşüncelerini

serbestçe ifade etse "hiç gergin değildi" ve "kararlı ve güzel konuşan" biri oluyordu. Buna rağmen anksiyete sadece ertelenmiş olduğu için yaptığı şeyin keyfini çıkaramıyor, tatmin yaşayamıyor, zevk alamıyordu. Hemen arkasından anksiyete ortaya çıkıyor ve Tina kafasında kurmaya başlıyordu: "Ah acaba ne düşündüler? Çok fazla konuştum! Benden hoşlanmıyorlar, böyle serbestçe konuşmamalıydım." "Toplantı sırasında kontrolünü kaybetmiş, saçmalamış bir gerizekalı gibi hissediyorum." Bu düşünceler onu yoruyor ve tüketiyordu.

Tina sosyal fobiden yakınıyordu. Anksiyetesi hayatını pek çok açıdan karışıklığa itiyordu. Anksiyetelerinin üstesinden gelmeye yardım için terapi aldı. Şimdi Tina'nın söylediklerini ve yaptıklarını örnek vererek BDGT'sini daha detaylı olarak anlatacağız. Aşağıdaki bilgilerin çoğu BDGT (Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi) el kitabındandır.

TEDAVİ BAŞLAMADAN ÖNCE

Tedavi başlamadan önce dikkatli hazırlık ve organizasyon gerekir. Grup terapisinin başarılı ve yardımcı olması için terapist tedaviye dahil edeceği belirli kapsam içi ve dışı faktörlere bağlı kalmalıdır. Aşağıdaki kriterler bu konuda karar vermek için temel rehberdir:

Yapılandırılmış Görüşme

İlk adım danışanın anksiyetesinin doğasını ve boyutunu belirlemek için klinik değerlendirmedir. Danışanlarımıza *DSM-IV* için Anksiyete Bozukluğu Görüşme Çizelgesini veririz. Ancak sosyal fobi kriterini karşılamamak potansiyel danışanları diskalifiye etmemiz anlamına gelmez. Kriteri karşılamak ise tanımın onları nitelendirdiği anlamına gelmez. Aşırı muhtaç, agresif, gürültülü veya sürekli gereksiz sözler sarfeden danışanlar grup aktiviteleri için yıkıcı olabilirler ve grup bağlılığını sekte-

ye uğratabilirler. Benzer biçimde aşırı kaçıngan danışanlar grup sürecinin hızını kesebilir ve bireysel tedavi için daha uygun olabilirler. Nadiren bir sosyal fobik grupta tedavi edilemez çünkü grubun kendisi boğucu bir tehdit olarak algılanabilir.

Eşzamanlı başka bir anksiyete bozukluğu olanlar veya sosyal fobiden daha ağır duygu durum bozuklukları olanlar temel olarak sosyal fobiye odaklanan bir tedavi için uygun değillerdir. Bu tür durumlarda daha ağır olan bozukluk öncelikle ele alınmalıdır. Diğer bir yandan sosyal disfonksiyonları nedeniyle depresif hisseden sosyal fobikler uygundur ancak suisidal (intihar eğilimli) veya psikomotor olarak retarde (gecikmiş) olanlar uygun adaylar değillerdir.

Genel olarak, psikoaktif madde kullanan sosyal fobiklere terapiye başlamadan önce doktorlarıyla ilaçlarını bırakmak üzere görüşmeleri önerilir. İlaç tedavisiyle yaşanan bir problem danışanları gösterdikleri gelişmeleri kendilerine değil ilaçlara atfetmeleridir. Böylece bilişsel-davranışçı terapinin mantığı sarsılır. Eğer danışan veya doktoru terapiden önce ilacı bırakmak konusunda sizinle hemfikir olmazlarsa veya danışan yakın geçmişte ilacı bırakmakta zorlanmışsa psikolojik terapi yine de gelişim için en iyi şans olarak önerilebilir. Terapinin daha sonraki bir aşamasında ilacın bırakılma ihtimali artabilir.

Tedaviye Hazırlık Amaçlı İkinci Görüşme

İkinci görüşme özellikle bireye özgü "korku ve kaçınma hiyerarşisinin" planlanması amacını taşır. Hiyerarşi danışanın korktuğu sosyal durumların sıraya konulduğu bir listedir. Bu liste terapist için terapinin hedefleri ile ilgili danışanla kontrat yapmasında ve grup oturumları sırasında dikkatleri hedef durumlara seçmesinde bir rehberdir. Bu bağlamda kullanımı bölümde Maruz Kalma Simülasyonları başlığı altında yer almaktadır. Sonunda bilişsel-davranışçı terapi, danışanların sorularını ve şüphelerini ifade etmelerini destekleyerek tanıtılır.

Bireye özgü korku ve kaçınma hiyerarşisi danışanın kendi tanımladığı anksiyetesini provoke eden durumlardan çıkarılır. En çok korkulan on durum en çoktan aza doğru giden bir sırada yazılır. Genellikle bu durumlar birbirleriyle ilişkilidir ve aynı sosyal durumun versiyonlarıdır. Örneğin topluluk önünde konuşmaktan korkan biri en kötü senaryosunu bir otorite figürünün karşısında ayakta durmak ve hiç söze karışan olmadan önceden hazırlanmış bir konuşmayı yapmak olarak imgeler. Daha az anksiyete provoke eden bir durum bu konuşmayı otururak yapması, dinleyenlerin söze karışması ve anlık da olsa spot ışığını üzerinden kaldırmalarıdır. Klinik örneğimizde, Tina'da en büyük korku yöneticilerin toplantısında konuşmaktı.

Hiyerarşiyi yaratabilmek için danışan ve terapistin ortak bir duygusal yoğunluk ölçüsüne sahip olmaları gerekir. Bu nedenle Rahatsızlığın Subjektif Üniteleri Ölçeği (SUDS) tanıtılır. Bu subjektif ölçek danışanın anksiyetesini 0-100 arası tanımlanmış dayanak noktaları ile ölçmeye yarar. Sıfır hiç anksiyete yok demektir, danışan son derece gevşemiş hisseder ve uyku eşiğindedir. Yüz danışanın yaşadığı veya yüzleştiğini hayal edebildiği en kötü, en yüksek anksiyete düzeyidir. Elli konu üzerinde durulmasına başlanacak kadar yüksek bir anksiyetedir. Yetmiş beşte anksiyete o kadar yüksektir ki danışanın aklı onunla meşguldür ve ondan kaçma düşünceleri vardır.

Anksiyeteyi provoke eden olası durumlar sonucunda ortaya çıkan anksiyete düzeyi danışanların doldurdukları ölçekten yola çıkılarak öğrenilir. Terapist bir anksiyete provoke eden durumu kısaca tanımlar ve sorar "Bu durumda SUDS puanın ne olurdu?" Danışan çabucak 0-100 arası bir puan vermeyi öğrenir. SUDS anksiyeteyi rakamlarla tanımlamanın bir yoludur. Terapist ile danışan arasında açık ve öz bir iletişim sağlar.

Hiyerarşik planlama sözel bir kontratı veya tedavi hedefini de içerir. Bu kontrat bir merkezi anksiyete yaratan durum ve varyasyonları üzerinde çalışmak üzere terapist ve danışan arasında bir anlaşmayı simgeler. Bir hedef oluşturmak, tedavi

boyunca danışanlara yapı, açıklık ve oryantasyon verir. Bu özellikle yaygın anksiyete bozukluğu olan danışanlarda yardımcıdır. Terapinin kısa zaman süreci içerisinde her sosyal durumda başarı sağlanmasının mümkün olmadığını anlamalarını sağlar. Zaten çeşitli sosyal durumlardan (flört, grup etkileşimleri, topluluk önünde konuşma...) korkan sosyal fobikler bir probleme konsantre olmayı isteyebilirler. Tina yüksek sesle konuşarak dikkat odağı olma korkusu üzerinde çalışmaya hemfikir oldu.

Görüşmenin kalan zamanı terapistin tedavinin detaylarını anlatması, belirsizliklere ve sorulara yanıt vermesi ve terapinin yeri ve zamanı gibi organizasyonel hazırlığa harcanır. Terapinin tanımlanması esnasında bilişsel-davranışçı terapi anlaşılabilir terimlerle açıklanır ve korkuyla yüzleşmenin korkunun üstesinden gelmekte en iyi yol olduğunun altı çizilir.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI GRUP TERAPİSİNE GENEL BAKIŞ

Gruplarımız on iki haftalık oturum ve her oturum iki buçuk saat olmak üzere gerçekleşir. Diğer zaman ayarlamaları da etkin olabilir ancak alternatiflerin etkililikleri hâlâ kesin değildir. Yazarlardan Richard, grup seanslarının ideal süresi üzerinde araştırma yapmaktadır. Terapinin üç temel bileşeni şunlardır;

1- Bilişsel yeniden yapılandırma
2- Maruz kalma simülasyonları
3- Ev ödevleri

Önce sizlere bu bileşenler hakkında kısaca bilgi verecek, daha sonra ayrı bölümlerde detaylı olarak anlatacağız.

Bilişsel yeniden yapılandırma işlemi otomatik düşüncelerin tartışılmasına (meydan okumak, aksini ispatlama) ve rasyonel tepkilerin geliştirilmesine yol açar. Otomatik düşün-

ce terimi ilk olarak Aaron T. Beck tarafından söylenmiştir. Otomatik düşünceler şöyle tanımlanır: "Kişinin kendisi, diğer insanlar, gelecek ve genel olarak dünya hakkındaki mantıksız, olumsuz düşünceleri." Bu düşüncelere karşı koyuş otomatik mantıksız doğalarına odaklanarak yapılır. Bu şu demektir, grup üyeleri otomatik düşüncelerinin akılcı olup olmadıklarına karşı sorgulayıcı bir tutum kazanmaları yönünde eğitilirler. Eğer karşı koyma akılcı olursa cevaplar akılcı bir yanıta doğru yönlenecektir bu da grup üyelerinin akılcı olmayan düşüncelerini etkisizleştiren bir kısa özet ifadedir.

Maruz kalma simülasyonları grup üyelerinin korktukları gerçek hayat durumlarına yönelik rol-playlerdir. Maruz kalma simülasyonu sırasında grup üyelerinin görevi otomatik düşüncelerini test edecek deneyler yapmalarıdır. İnançları ve düşünceleri test etmeye ek olarak bu tür simülasyonlar grup üyelerine korkularıyla yüzleşmelerinde ve yeni beceriler öğrenmelerinde yardımcı olur.

Terapinin üçüncü bileşeni oturumlar arasında yapılan ev ödevleridir. Ev ödevleri bilişsel yeniden yapılandırma becerilerini besler ve grup üyelerine bu becerileri gerçek hayatta korktukları durumlarla yüzleştiklerinde kullanma imkanı verir. Ev ödevleri terapi ile gerçek hayat arasında bir bağdır.

Grup Terapisinin Avantajları

Terimin kendisinden de anlaşılabileceği gibi BDGT bireysel değil grup terapisidir. Sosyal fobikler için grup terapisi çok korkutucu görünse de, ilk oturumdan itibaren sosyal fobileri olan kişilerin sosyal korkularıyla sosyal bir bağlamda yüzleşmelerini sağlayarak hatırı sayılır bir avantaja sahip olur. Korkuları hakkında konuşarak, grup üyeleri genellikle uzun zamandır sır olarak sakladıkları bir şeyi ortaya koyarlar. Tepkilerin sandıkları kadar olumsuz olup olmadığını sınamak için pek çok şansa sahip olurlar. Üstelik danışan, topluluk önünde

konuşma korkusunu topluluk önünde dile getirip ilgi odağı olarak korkunun kendisiyle de yüzleşir.

Grup üyelerine sosyal anksiyete yaşayanın sadece kendileri olmadığını göstererek güçlü bir düzeltici deneyim sunar. Sosyal fobikler sorunlarını mümkün olduğunca gizleme eğilimindedirler çünkü bu tür bir anksiyetenin kusurlu, anormal ya da mental olarak hasta olmanın bir işareti olduğunu düşünürler.

Grup, öğrenme için güçlü, dolaylı bir eğitim olanağı sunar. Terapistin bir üyeye yaptığı müdahale pek çok diğer öğe için de öğretici olduğundan zamandan kazandırır. Ayrıca grup üyeleri terapistten daha iyi başa çıkma modelleri oluşturabilirler çünkü pek çok grup üyesi tarafından terapist, kendilerinin aksine korkusuz ve güvenli olarak algılanır.

Grup aynı zamanda üyelerinin kendi davranışları üzerindeki çarpık inançlarını sınamaları ve diğerlerinin bunları nasıl algıladıklarını öğrenmeleri için imkan sunar. Örneğin, grup üyeleri korktukları durumlarda fark edilebilir anksiyete işaretleri gösterdiklerini düşünüyor olabilirler, bu yanlış yorumlama diğer grup üyelerinin geribildirimleriyle düzeltilebilir.

Grubu Ayarlamak

İdeal olan grup terapisinin iki ko-terapist tarafından götürülmesi ve bu terapistlerden birinin erkek diğerinin kadın olmasıdır. İki cinsiyetten de terapistin bulunması grup üyeleri için çok daha çeşitli etkileşimlerin oluşması imkanını sunar. Altı kişilik bir grup idealdir çünkü bu sayıda bir grup her üyeye özel ilgi gösterecek kadar küçük, grup etkileşimini sağlayabilecek kadar da büyüktür. Ayrıca iki cinsiyetten de üyelerin, tercihen en az iki kadın iki erkek üyenin bulunduğu gruplar tercih edilir. Farklı korkuları olan kişiler aynı grup içerisine konulabilir. Buradaki yarar şudur; tüm üyelerin aynı hassasiyetleri ve aynı çarpık düşünceleri yoktur bu da üyelerin birbirlerine karşı daha objektif ve mantıklı yardımlarda bulunmalarını sağlar.

Ortam, rahat iskemlelerden oluşan ve sosyal fobikler ihtiyaç duydukları alanı abarttıklarından, her üye için yeterince alanın bulunduğu bir oda olmalıdır. Önemli bir malzeme her oturumda kullanılan bir kâğıt tahtasıdır. Tahta bilişsel yeniden yapılandırma işleminin öğelerini listelemek için kullanılır. Özellikle karşı koyma aşamasında ve sonrasındaki bilişsel bilgi alma aşamasında grubun otomatik düşüncelerini rasyonel tepkilerini yazmak için tahtaya ihtiyaç vardır.

TEPAPİ OTURUMLARI

İlk iki oturum oldukça didaktik olmaları açısından diğer on oturumdan ayrılırlar. Bilişsel yeniden yapılanma fikri ve önemli kavram ve basamakları, grup üyelerine, bu teknikleri anksiyetenin ortaya çıktığı durumlarda kullanmaları istenmeden önce açıklanır.

Birinci Oturum

İlk oturum sosyal fobi için bilişsel-davranışçı modelin özetiyle başlar. Öğrenilmiş bir tepki, bir alışkanlık olarak sosyal fobi kavramı tanıtılır. Sosyal fobinin üç bileşeni vardır: Fizyolojik, bilişsel ve davranışsal. Sosyal fobinin bileşenlerinin tanımlanmasını, tedavinin her biri anksiyetenin başka bir açısını ele alan üç bileşeninin açıklaması izler. İlk tedavi bileşeni bilişsel yeniden yapılandırma anksiyetenin bilişsel bölümüne yönelir. İkinci bileşen olan maruz kalma simülasyonu hem fizyolojik hem de davranışsal öğeleri ele alır. Üçüncü bileşen ev ödevleri ise anksiyete tepkisini unutup yeni bir alışkanlık kazanmaya yardımcı olur. Danışanın terapide öğrendiği yeni becerileri doğal ortamına genelleştirmesini sağlar.

İlk oturumun temel bir başlığı otomatik düşünce kavramıdır. Danışanlar düşüncelerin duyguları saptadığını, bunun da

sosyal durumlardaki tavır ve davranışlarımızı şekillendirdiğini öğrenirler. Bu kavram terapistlerden birinin kişisel deneyimi ile örneklendirilir. Daha sonra grup üyelerinin birinci oturuma gelme korkularıyla ilişkili otomatik düşünceleri ortaya çıkarırız. Grup üyelerinin bir sonraki oturuma ev ödevleri onlara stres veren durumlardaki otomatik düşüncelerinin örneklerini toparlamalarıdır.

Otomatik düşünceleri anlatırken sıklıkla iki zorluk gözlemleriz. İlki, grup üyeleri otomatik düşüncelerini tanımlamakta zorluk yaşarlar. Örneğin bir grup üyesi şöyle demişti: "Olumsuz otomatik düşüncelerimin farkında değilim. Bir tane bile bulamıyorum, sadece anksiyeteliyim." Bu tür durumlarda terapist destekleyici olmalı, bu düşüncelerin farkına varılmasının zaman alabildiğinin altını çizmeli ve zaten bu nedenle adlarının otomatik düşünceler olduğunu vurgulayarak danışanı cesaretlendirmelidir. İkinci zorluk, grup üyeleri otomatik düşüncelerinin farkında olabilirler ancak sosyal durumlara bakışlarının mantıksız veya çarpık olduğunu görmekte zorlanabilirler. Bir grup üyesi şöyle demişti: "Bu benim gerçeğim. Eğer bana gerçek geliyorsa mantıksız olduğunu nereden bilebilirsiniz ki?" Terapistler, amaçlarının danışanı farklı bir gerçekliğe ikna etmek olmadığını sadece şu anda sahip oldukları bakış açısından başka bir açıyla bakmalarına yardım ettiklerini söylemelidirler.

Otomatik düşünceler hakkındaki temel endişemiz, bunların mantıkdışı, olumsuz ve uyumsuz olmalarıdır. Danışanlar bize otomatik düşüncelerin olumlu olamayacaklarını sorduklarında, evet deriz. Ancak bu düşünceler de mantık dışı ve çarpıtılmış olabilir. Örneğin: "Müthiş bir izlenim yaratacağım." "İşi alacağım." "Partide eğleneceğim." ... gibi. Gerçekçi olmayan olumlu düşünme tarzının (Pollyanna düşüncesi) da reddedildiğine işaret ederiz. Amacımız "olumlu düşünmenin gücü"nü satmak değil, durumun ve öğelerinin mümkün olduğunca gerçekçi ve objektif olarak görülebilmesidir. Gerçekçi

bir bakış açısıyla sosyal tehditlerin çoğu boğucu felaket olaylarına dönüşmez. Ancak diğer bir açıdan bir işten kovulma olasılığı gibi tehlikeler gerçek olabilir ve körü körüne görmezden gelinmemelidir.

İkinci Oturum

İkinci oturum, bilişsel çarpıtmaların gösterilmesini, tartışma yaklaşımını ve akılcı tepkiler geliştirilmesi dahil tüm bilişsel yeniden yapılandırma sürecine odaklanır. Bilişsel yeniden yapılandırma prosedürlerine, Tina'nın örnekleriyle, Bilişsel Yeniden Yapılandırma başlığı altında göz atacağız.

Diğer bileşenler ev ödevi inceleme, bilişsel çarpıtmaların tanımlanmaları, otomatik düşüncelerin nasıl tespit edildikleri ve üzerinde tartışıldığı ve ev ödevleridir. Önce grup üyelerinin ödevlerini gözden geçirdikten sonra, bilişsel çarpıtmaların tipik bir listesi ele alınır ve açıklanır. Tartışma aşaması için çok önemli olmasa da, çarpıtmaların listesi otomatik düşüncelerin mantık dışı ve yanlış yönlendiren doğalarını anlamayı kolaylaştırır. İkinci olarak, bilişsel çarpıtmaların tipleri anlatılıp üzerinde tartışıldıktan sonra, bunlara nasıl meydan okunabileceği ile devam ederiz. Üçüncü olarak, hem kurgusal bir örnekle, hem de grup üyelerinin ev ödevlerinden gelen kendi materyalleri ile otomatik düşünceleri tanımlama ve tartışmayı pratik ederiz. Tartışmalar, akılcı ve objektif olarak (akılcı tepkiler) özetlenir.

İkinci oturumun büyük bölümünü bilişsel çarpıtmaların açıklanması kapsar. Terapide kullanılan tüm bilişsel çarpıtma kategorilerini açıklamak bu bölümün amacının ötesindedir, bu nedenle kendimizi en çok karşılaşılanlarla sınırladık.

'Ya Hep Ya Hiç' Düşünme. Ya hep ya hiç tarzı düşünme stili her şeyi birbirine zıt iki kategoriye toplayan bir dünya görüşünü tanımlar. Dünya siyah-beyaz olarak görülür: İnsan-

lar ya iyidir ya kötü, ya çirkindir ya güzel, ya aptaldır ya da akıllı. Ya hep ya hiç tarzı düşünme örnekleri: "Herkes benden nefret ediyor.", "Asla bir flörtüm olmayacak". "Her zaman anksiyetelenirim". Ve "Kötü bir izlenim bırakacağım". Sosyal fobikler, gerçeği olumsuz bir alana çekecekleri şekilde yorumlama eğilimindedirler. Çünkü "siyah" (olumsuz) kategorileri, "beyaz" (olumlu) kategorilerden çok daha fazladır.

Hemen Sonuca Varmak: Akıl Okumak veya Fal Hatası: "Benden hoşlanmıyor," sosyal fobikler için oldukça akılcı bir ifadedir. Bu tür bir düşünceyi hiçbir kanıtları olmadan ispatlanmış gerçek olarak alırlar. Eğer kendisine kanıt sorarsanız şu şekilde yanıt verir "Biliyorum! Ne kadar güzel olduğuna bir bakın, benim gibi bir kaybedenle konuşmak istemiyor". Siz de danışanınıza sorarsınız: "Bunu nereden biliyorsun? O, bunu sana söyledi mi?" Ve sosyal fobik şöyle yanıtlar: "Sormama gerek yok, gayet bariz. Hem zaten bana cevap vermez." Buna akıl okuma denir: Bireyin başka birinin düşüncelerine sihirli bir girişi varmışçasına o kişinin aklındakilere ilişkin varsayımlardan hareketle davranması. Fala örnek ise "Sunumumu yaparken batıracağım." Danışan gelecekte ne olacağını bildiğini iddia eder.

Büyütme ya da Minimize Etme. Bu tür düşünce aynı davranışa farklı standartlar uygular. Kişi kendi başarısını minimize ederken aynı başarıyı gösteren başka birinin başarısını abartır. Kişi kendi yaptığı hataya, hatanın gerçek değerinin çok üstünde önem verirken aynı hata başkası tarafından yapıldığında affeder ve unutur. Bu bilişsel çarpıtmaya "binoküler aldatmaca" denir.

Olumluyu Diskalifiye Etme. Olumluyu diskalifiye etmek aksiyona önyargılı bakış açısıdır. Sosyal fobikler olumsuz sonuçların sorumluluklarını almakta acelecidirler. Ayrıca olumlu sonuçları kendi kontrollerinde olmayan güçlere veya başka

insanlara atfederler. Örneğin bir sosyal fobik başarılı bir maruz kalma simülasyon egzersizinden sonra bunun gerçek bir hayat durumu olmadığını söyleyerek başarısını diskalifiye eder. Maruz kalma simülasyonunu önemsemeyerek, bir görevi başardığı gerçeğini yok varsayar (örneğin bir konuşma yapması ya da bir yabancı ile konuşması).

Olmalı İfadeleri. Olmalı ifadeleri mükemmeliyetçi düşünmenin özelliğidir. Yüksek standartlara sahip olmak bir çarpıtma değildir ancak tedavi ettiğimiz sosyal fobikler aşırı yüksek standartlara sahip görünüyorlardı (örneğin bir kelimeyi telaffuz ederken hata yapmayı veya bir anlık kafa karışıklığını kabul etmemek gibi). Bu mükemmeliyetçi standartlara ulaşmak hemen hemen imkansızdır. Temelde yatan inanç sıklıkla "her bir durumda mükemmel olmalıyım"ın bir versiyonudur. Bunun, araştırmacılar tarafından, tüm sosyal fobikler için doğru bulunmadığını eklemeliyiz. Bazı çalışmalarda sosyal fobikler düşük standartları benimserler (belki de koruyucu nedenlerle).

Etiketleme. Sosyal fobikler, birinin bir davranışını gözlemleyip, bu davranışı olumsuz olarak yargılayıp bunu kişinin tek bir hatası olarak yerine bireyin karakteristik eksikliği olarak değerlendirdiklerinde etiketleme oluşur. Örneğin flört esnasında bir kadın konuşmakta zorluk yaşadığında, sosyal fobikler otomatik olarak o kadını sıkıcı, yetersiz ve flört etme yetkesi olmayan biri olarak değerlendirirler. Bu bilişsel çarpıtmadan doğan sorun, stabil kişilik özellikleri ile düzeltilebilecek hataların ayrımını ortadan kaldırmasıdır.

Özetle, bilişsel çarpıtmalar kişinin irrasyonel ve güçten düşürücü anksiyetesini artırırlar. Sosyal durumları korkunç, berbat, çok kötü ve kendilerini aptal, budala, kaybeden olarak görmeleri ve etiketlemeleriyle sosyal fobikler kendilerine duygusal acı, sosyal başarısızlık ve izolasyon yaşadıkları ortamı yaratırlar.

Oturum 3'ten 11'e

İlk iki didaktik oturumdan sonra, oturumlar bilişsel yeniden yapılandırma, maruz kalma simülasyonları ve ev ödevi tartışmalarına konsantre olurlar. Bunlar bu bölümde anlatılacaktır.

Ev Ödevleri ve İnceleme

Bu terapi modelinin başarısı büyük ölçüde ev ödevlerinin tamamlanmasına bağlıdır. Bir grupta her hafta iki buçuk saat oturmak belirli bir gelişme sağlanması için yeterli değildir. Terapistlerin danışanlarla beraber bir sonraki oturumda incelenmek üzere belirli ve ölçülebilir ödevler oluşturmaları gerekir. Bu ödevler danışan için meydan okuyucu olmalı ancak onları boğacak düzeyde olmamalıdır.

Bu ödevler danışanın ve terapistin yaratıcılığına bağlı olarak çeşitli görevleri içerebilir. Örneğin, toplum önünde konuşmaktan korkan bir danışan için bu ödev, aile üyelerine veya işyerinde kısa bir konuşma yapmak, arkadaşlara yüksek sesle hikayeler okumak olabilir. Grup üyeleri bu ödevlerin neyle ilgili olduğunu bir kez anladıklarında genellikle kendileri öneri ve fikir sunarlar. Uygun ev ödevleri danışanı her hafta anksiyeteleriyle yüzleştirecek yollar sunar.

Ev ödevlerinde belirli ve davranışsal hedefler koymak tek başına yeterli değildir. Grup üyelerinin anksiyeteyle baş etme becerilerini transfer edebilmeleri için ev ödevlerine bilişsel olarak hazırlamanları çok önemlidir. Danışan, korktuğu duruma girmeden önce bu belirli durumu detaylı olarak hayal etmeli, otomatik düşüncelerini kaydetmeli, bu düşüncelerdeki bilişsel çarpıtmaları tanımlamalı ve onları tartışmalıdır. Bu tartışma işlemi sonucunda rasyonel bir tepki oluşmalıdır.

Görevi bitirmekle ödev tamamlanmaz. Neler olduğu grup üyeleri tarafından incelenmelidir. Bilişsel hazırlanışlarını anımsamalı, hedeflerini gerçekleştirip gerçekleştirmediğini

kontrol etmeli, gerçekleşeceğini düşünmüş oldukları otomatik düşüncelerin oluşup oluşmadığına bakmalı ve baş etme becerilerini ne kadar kullanmış olduklarını görmelidirler. Son olarak çabaları için kendilerine bir ödül vermeleri desteklenmelidir.

Davranışçı ödevlerle ilgili bilişsel basamaklar çok detaylı olduklarından ve üzerlerinde çok çalışılması gerektiğinden üçüncü oturumda "Ev Ödevi Prosedürlerinin Özeti" adını verdiğimiz bir kağıt dağıtırız. Bu kağıt bilişsel hazırlanma ve sorgulama için gereken aşamaları özetler. Danışanlar bilişsel hazırlanmanın, davranışçı ödevlerin başarıyla tamamlanmasında temel faktör olduğunu bilmelidirler.

Her oturumun başı, ev ödevlerinin incelenmesine ayrılır. Bu, grup üyelerinin gerçek hayat deneyimlerini oturuma getirme şanslarının olduğu bir süreçtir. Aynı zamanda terapiste bireye özel müdahale şansı verir. Ev ödevlerinin incelenmesi, maruz kalma simülasyonlarına ve daha sonraki tedavi planına yönelik esin kaynağı olabilir. Ancak bu inceleme esnasında terapistin her bir detayın üstünde duramayacağını anımsamak önemlidir.

En deneyimli terapistler bile zaman zaman gruba gelerek ödevlerini yapmadıklarını söyleyen danışanlarla karşılaşırlar. Bu durumlarda, terapistin, danışanın ödevini neden yapmadığını bulması önemlidir. Kaçınmanın ve ertelemenin olduğu durumlarda altta yatan otomatik düşüncelere karar vermek ve ödev incelemelerinde bunlara meydan okumak kritiktir. Eğer ödevin kapsamı durum çok fazla anksiyete provoke ediyorsa bir sonraki ödev ona göre düzenlenmelidir. Çok fazla anksiyete danışanın başarısızlığı değil terapistin durumun korkutuculuğunu yanlış ölçmesinden kaynaklanır.

Terapist ödevin yapılmasına ilişkin kolaylığı artırabilir ancak sonuçta ödevinin ayarını danışan kendi yapar. Karin ev ödevi davranışını geliştirmek üzerine araştırma yapmaktadır. Araştırmanın bir kısmını bir el bilgisayarının BDGT'ne yararının araştırılması oluşturmaktadır. Grup üyelerine ödevlerin-

de bilgisayar kullanmaları öğretilmektedir. BDGT temel prensiplerine dayanan bilgisayar programı, danışanların sosyal fobi ile başa çıkma çabalarında sistematik rehberlik sağlaması için yazılmıştır. Buna ek olarak bilgisayar programı, danışanların gerçekten katıldıkları sosyal durumların ve bu durumlarda ne kadar anksiyeteli hissettiklerinin kaydını tutar. Bu kayıtlar ise danışanın yaşadığı sürece ilişkin terapiste geribildirim sunar.

Son Oturum

Son oturum terapinin sonu olduğundan özeldir. Bu oturumda, ev ödevlerinin incelenmesi ve bir/birkaç maruz kalma simülasyonundan sonra terapist zamanın geri kalanını, şimdiye kadar neler olduğuna dair açık bir tartışmaya ayırır. Terapistlerin grup üyelerinin devam eden anksiyetelerine odaklanmaları ve bunlarla gelecekte başa çıkılması için belirli stratejiler önermeleri gerekir. Şu anda danışanların gelecekteki anksiyete provoke eden durumlarla baş etmelerini sağlayacak anksiyete yönetme araçlarına sahip olduklarını bildiklerini önemle vurgularız.

Son oturum esnasında bazı grup üyeleri sosyal anksiyetelerini elimine etmeyi başaramadıklarına dair hayal kırıklığı ifade edebilirler. Bu, terapistin anksiyetenin tamamen uzaklaşılamayacak bir insan duygusu olduğunu tekrar etmesine olanak sağlar. Ancak danışanlar bilişsel-davranışçı yöntemle artık anksiyetelerinin kurbanı hissetmez, onunla başa çıkabilirler. Anksiyete yönetimi, anksiyetenin kendisini tamamen elimine etmeden meydana getirdiği rahatsızlığı ve engelleri giderir. Aslında iyi yönetilen anksiyete daha etkin olmamızı sağlayan enerjiyi verir.

Her beceri gibi grup içinde öğrenilenler de pratik yapmayı gerektirirler. Grup oturumları üç ay sürse de danışanların tedavinin bir yıl devam ettiğini düşünmeleri teşvik edilmelidir. Ödevlere belirsiz bir süre devam edilmelidir.

Destek Oturumlar

Destek oturumları grup terapisi sona erdikten sonra danışanlara sunulan bire-bir oturumlardır. Terapistin kaç tane destek oturumu yapması gerektiğine yönelik belirli bir politika yoktur ancak biz genellikle grup bitiminden sonra her bir grup üyesine bir destek oturumu öneriyoruz. Destek oturumları danışanlara alışık olmadıkları zorluklarla karşılaştıklarında gidebilecekleri bir yer olduğu bilgisini sağlamakta yararlıdır.

BİLİŞSEL YENİDEN YAPILANDIRMA

Otomatik düşüncelerde mantık yoktur. Bilişsel yeniden yapılandırma işleminde mantıklı ve akılcı tavrı sürdürmek sonunda akılcı tepkilerin oluşmasına yol açar. Özünde bilişsel yeniden yapılandırma süreci dört önemli basamaktan oluşur.

Otomatik Düşünceleri Meydana Çıkarma

Terapist, grup üyesinden korktuğu durumları imgelemesini isteyerek otomatik düşüncelerini ortaya çıkarmakla sürece başlayabilir. Otomatik düşünceleri meydana çıkarmakta şu yönergeler yardımcı olabilirler: "Kafanda bir film oynat" veya " Durumu kafanda mümkün olduğunca canlı olarak hayal et ve aklından geçenlere odaklan". İlave sorular şunlar olabilir. "Eğer kötü en kötüye doğru giderse sence ne olur?" veya "Neden korkuyorsun?" grup üyelerinin bu düşünceleri tanımlamalarında yardımcı olabilir. Başka bir yaklaşım ise şunu söylemektir: "Son deneyimini düşün. Gerçekten ne oldu? Sence neden bu tür durumlardan kaçınman gerekiyor?".

Bazı danışanlar otomatik düşüncelerini grubun önünde paylaşmaktan utanırlar. Bu tür durumlarda direkt anksiyeteyi veya korkuyu hedef almayan sorular otomatik düşüncelerini

tanımlamada yardımcı olabilirler. "Seni endişelendiren nedir?" veya "Seni etkileyen nedir?" soruları danışan için daha az tehdit edici olabilir çünkü endişe ve etkilenme kelimeleri anksiyete kelimesine oranla kulağa daha az patolojik gelir. Terapistler danışanlarının otomatik düşüncelerini ortaya çıkarmayı başardıklarında danışanlar genellikle topu alır ve bu düşünceleri kendileri tanımlamaya başlarlar.

İlk ortaya çıkan otomatik düşünceler daha temele inebilmek için araştırılmalıdırlar: En çok işaret edilen temel inanç akılcı olmayan anksiyetenin kaynağını ifade eder. Terapinin başlangıcında terapist temel inanca neden olan düşünce sekanslarını aydınlatmalıdır. Tina'nın terapisinin erken döneminde ortaya çıkan bu alıntı yaklaşımımızı örnekler:

Tina: Çok endişeleneceğim ve düşünce akışımı kaybedeceğim. Ve bu dehşet verici.

Karin: Orada iki otomatik düşünce var: "Çok endişeleneceğim" ve "Düşünce akışımı kaybedeceğim". Tamam bir adım daha ileri gidelim. Düşünce akışını kaybetmen neden dehşet verici?

Tina: (Yerinde duramıyor, kıpır kıpır) Çünkü tekrar düşünce akışımı yakalayamayacağım gittikçe daha çok, daha çok gerginleşeceğim. Bu da korkunç bir şey.

Karin: Anksiyetenin bu şekilde düzenli artışı acı verici... Bir an için otomatik düşüncelerine bakalım. Bunlar "Tekrar düşünce akışımı yakalayamayacağım" ve "Daha çok gerginleşeceğim." Şimdi düşünce akışını kaybedeceğini ve gittikçe daha anksiyeteli hale geleceğini söylüyorsun. Sence bundan sonra ne olur?

Tina: (Düşünmeden konuşur) Orada öyle titreyerek ve konuşamadan kalırım. Herkes gözlerini bana diker, herkes gittikçe daha çok anksiyete yaşadığımı hissedebilir ve zayıflığımı fark ederler.

Karin: İşte başlıyoruz! Burada pek çok otomatik düşünce

var: "Konuşamayacağım" "Herkes gözlerini bana diker" ve "Herkes zayıflığımı fark eder". Peki sonra ne olur?

Tina: Bu benim en büyük korkum. Buna katlanamıyorum. Öyle bir durumda ölmeyi isterim.

Karin: Tamam. Bu düşüncen "odadan çıkmalıyım"ın temeli gibi görünüyor. Bana öyle geliyor ki en büyük korkun anksiyetenin diğer kişilerce görülmesi, berbat şekilde utanmış ve aşağılanmış hissetmen, sonuç olarak da ölmek istemen ve odadan çıkman (devam edebilmek için).

Tina: Evet haklısın. Bu açıdan düşünmemiştim.

Diğer yandan, grup üyeleri anksiyetelerini yaratan temel sorunu başta söyleyebilirler, bu durumda terapist temel inanca yol açan inanç zincirini aydınlatır. Bu inançlar mümkün olduğunca belirli ve davranışsal olarak formüle edilmelidirler.

Bilişsel Çarpıtmaları Tanımlama

Bilişsel yeniden yapılandırmanın ikinci aşaması ikinci oturumda paylaşılan bilişsel çarpıtmalar listesini kullanır. Şu sorular grup üyeleri tarafından yanıtlanırlar: "Bu düşüncenin ne açıdan çarpıtılmış olduğunu düşünüyorsun?" "Bu düşüncede ne tür bilişsel çarpıtmalar bulabilirsin?" Özellikle terapinin ilk aşamasında, grup üyelerine belirli bir bilişsel çarpıtmanın belirli bir düşüncede nasıl ifade edildiğini ortaya çıkarmalarını istemek yararlıdır.

Bazen grup üyeleri otomatik bir düşünceyi uygulanamaz görülen bir bilişsel çarpıtma olarak etiketlerler. Bu olduğunda terapist bu sınıflandırmayı sormalıdır. Grup üyelerinin kendi perspektiflerine uyan açıklamaları karşısında şaşkınlığa düşebilirsiniz. Ayrıca bir otomatik düşünceye ait bakış açısı pek çok çarpıtmaya bağlı olabilir çünkü bilişsel çarpıtmaların karşılıklı olarak özel kategorileri yoktur.

Otomatik Düşüncelere Meydan Okumak

Üçüncü egzersiz otomatik düşüncelere meydan okumaktır. Meydan okuma, özellikle de eğitimlerinin başındaki terapistler için zor olabilir. Belli bir muhakeme çizgisine odaklanarak yan yollara kayılmaması önerilir. Meydan okuma ikinci oturumda yer alan tartışmaları ele almanın yardımıyla yapılır. Bu soru listesi grup üyelerinin sorgulayan bir tavır kazanmalarına böylece daha akılcı düşünmeye geçmelerine yardımcı olur. Tartışmaları ele almaya örnekler:

- Düşüncenin veya korktuğun belirli sonucun oluşacağına ne kadar eminsin? Bu soru grup üyelerinin sosyal durumlara ilişkin imgeledikleri tehdide yönelik bakış açılarına meydan okur. İlk bölümde örneklendirildiği gibi olumsuz bir olayın gerçekleşme ihtimalini abartma paterniyle kişiyi yüzleştirir.)
- Gerçekleşebilecek en kötü şey nedir? (Bu soru, algılanan olumsuz bir olayın sonuçlarının abartılmasına ilişkin mantıklı olmayan bakış açısını vurgular. Danışanların korktukları durumla veya o durumun sonuçlarıyla hayatlarına devam edemeyecekleri inancına meydan okur. Bu soruyu sistematik olarak yanıtlamak korkulan durumun sonucunun gerçekte ilk etapta varsayıldığı kadar önemli olmadığının farkındalığına götürür.

Korkulan durumlardaki fobik düşünmeye içgörü kazandıran diğer soru örnekleri şöyledir:

- Bunun için başka bir açıklama olabilir mi?
- Anksiyeteli veya yavaş olmak aptal ve değersiz olduğun anlamına mı geliyor?
  Bu duruma bakmanın başka yolları var mı?
- Aynı soruna sahip bir arkadaşına neler söylerdin?
- O utandırıcı anda kendine güvenli biri nasıl tepki verirdi?

- Bundan on yıl sonra bu durumu nasıl değerlendirirsin? Bu olay bütün geleceğini bağlayacak kadar önemli mi gerçekten?

Meydan okuma sürecinde belirli bir konu üzerine odaklanmak önemlidir. Başarılı bir tartışma sıkıcı, esprili, komik gibi kelimelerin tam anlamlarını sorar. Kelimeleri davranış ifadeleri ile tanımlamak altta yatan mükemmeliyetçi varsayımlara saldırmayı mümkün kılar. Mantıklı sorgulama sınırları belli olmayan belirsiz düşünme zincirini kırarak meydan okunabilecek somut ve belirli adımlar atılmasını sağlar.

Tartışmaya örnek olarak aşağıda Tina'nın bilişsel yeniden yapılandırmasından bir alıntı yer almaktadır:

Tina: Eğer anksiyeteyi yaşamak için kendime izin verirsem o zaman biliyorum ki bomboş hissedeceğim, donup kalacağım. Ve bu benim için kısır döngünün başlangıcı çünkü anksiyetem yükseldikçe kendimi toparlayamıyorum, kontrolden çıkıyor...ve eğer bu kadar gerginsem de devam edemiyorum. Sonra düşünüyorum "İşte bu". Konuşmanın sonu. Anlamı da başarısız olduğum.

Karin: Tamam, "Donup kalacağım, Bomboş hissedeceğim" otomatik düşüncene bir bakalım, çünkü söylediğin gibi bütün zinciri bu başlatıyor. Gerçekten bomboş hissedip donacağından emin misin? (tartışma başlatma)

Tina: Hımm, hayır, her koşulda değil, ama olacağından oldukça eminim.

Karin: Tamam. Şunu deneyelim (Karin yaklaşımını değiştirmeye karar verdi çünkü Tina'nın bu inancına sıkıca tutunacağını fark etti). Boşluk hissi ve donmak başarısızlıkla aynı anlama gelmek zorunda mı?

Tina: Evet. Onlar için öyle... oldukça eminim...çünkü yapacakları şey bana gülmek olacak ve beni ciddiye almayacaklar, ben de alay konusu olduğumu hissedeceğim.

Karin: Sana gülme ihtimalleri ne? (Tartışma başlatma)

Tina: Toplantıdaki birkaç kişi diğer insanlara gülerler.

Karin: Tamam. Birkaç kişi. Bu birkaç kişi toplantıya katı-

lanların ne kadarını oluşturuyorlar?

Tina: Toplantıda on kişi oluyoruz. Ve içlerinden üçü veya dördü eminim bana gülüp dalga geçerler.

Karin: Tamam. Toplantıdaki insanların yüzde otuzu veya kırkı sana gülüp seninle dalga geçebilirler. Bir an için bunu bir kenara koyalım çünkü sana başka bir şey sormak istiyorum. Eğer konuşan birinin başına böyle donup kalmak gelse ve sen de dinleyiciler arasında olsan nasıl tepki verirdin? (Bu sorunun amacı danışanın duruma farklı açılardan bakmasını sağlamaktır.)

Tina: O kişiye sempati duyardım çünkü ne yaşadığını biliyorum. Ayrıca dinleyici olarak da bazen araların iyi olduğunu düşünüyorum. Konuşanın söylediklerini iyice düşünmek için zaman veriyor.

Karin: Yani, dinleyicilerden biri olarak sen donup kalmayı bir ara verme olarak görüyorsun. Olumlu bir şey olarak. Hadi bir adım daha ilerleyelim eğer sen dinleyicilerden biri olsaydın ve diğer dinleyicilerin konuşma yapmaya çalışan kişiyle dalga geçtiklerini görseydin, ne hissederdin? (Başka bir olası perspektifi tetikleyebilecek bir soru.)

Tina: O kişiye şefkat hissederim; "Neden onunla uğraşıyorlar ki?" diye düşünürüm.

Karin: Peki uğraşılan insana ne söylerdin?

Tina: "Sen elinden gelenin en iyisini yapıyorsun! Bu salaklara rağmen devam et" derdim.

Karin: Bu harika bir cevap. Sence bunları kendine de söyleyebilir misin?" Elimden gelenin en iyisini yapıyorum" ve "devam ediyorum."

Tina: Bunu kendime hiç söylemedim. Ama doğrusu olaya bu açıdan baktıkça bu tepkilerden daha çok hoşlanıyorum.

Karin: Peki bu akılcı tepkileri seninkiler olarak alalım tamam mı? Şimdi toplantıda seninle dalga geçebilecek üç dört kişiye geri dönelim. Konuştuklarımızdan sonra onlara ne derdin?

Tina: Aslında, bence bu insanların kendilerine güvenleri pek fazla değil. Bundan da ötesi...salaklar.

Karin: Evet, olabilir. Sence toplulukta böyle insanlar varken de konuşma yapabilir misin? (Bu soru Tina'yı en kötü sonuca hazırlamak içindi. Maruz kalma simülasyonlarına bakınız.)

Tina: Evet, sanırım yapabilirim çünkü burada yaptığımız konuşmadan sonra normal insanların dalga geçmeyeceğini düşünüyorum. Eğer olursa da yanlış gruptayım demektir.

Karin: Cevabından etkilendim. Alaya alınmaktan korkmak yerine yapman gerekeni yapıyorsun, devam ediyorsun. "Elimden geleni yapıyorum" ve "Anksiyete hissetsem bile devam edeceğim." Bunlar mükemmel akılcı tepkilerdir.

Otomatik Düşünceye Seslenen Rasyonel Bir Tepki Geliştirmek

Tina'nın yukarıdaki örneğindeki akılcı tepki tartışma sürecinin bir özetidir. Grup üyelerinin kaçınma tutumundan farklı bir yaklaşım kazanmalarını sağlayacak daha gerçekçi ve akılcı düşünce veya ifadeyi temsil eder. Rasyonel bir tepki anksiyete odaklı değil görev odaklıdır ve grup üyelerinin korktukları durumlarda kalmaya devam etmelerine yardımcı olur. Grup üyeleri "Partide mükemmel zaman geçirebilirim" gibi düşüncelerinden vazgeçirilmelidir. Kontrollerinin dışındaki olumlu bir hava veya durum yerine objektif bir hedefe yönelik rasyonel tepkiler geliştirmelidirler. Danışanlar düşünme alışkanlıklarını değiştirdikçe alternatif ve daha mantıklı düşünceler daha az yabancı ve daha doğal hale gelecek sonunda da danışanın yeni doğasını oluşturacaktır.

Meydan okuyucu, sorgulayıcı yaklaşım her bilişsel-davranışçı terapinin motorudur. Dört somut adımdan oluşan program grup üyelerine kendi bilişsel yeniden yapılandırma terapistleri olma şansını sunar. Bu dört adım: (1) otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak (2) bilişsel çarpıtmaları tanımlamak (3) otomatik düşüncelere meydan okumak (4) rasyonel bir tepki geliştirmektir.

Hedef Belirleme. Danışanla terapist rasyonel tepki üzerinde anlaştıktan sonra simülasyonun nasıl yapılacağı konusunda detaylıca konuşurlar. Sonra simülasyon için bir hedef belirlerler. Kabul edilebilir bir hedef; uygulanabilir, ölçülebilir, belirli ve grup üyelerinin kontrolünde olmalıdır. Duygulara dayanan belirsiz ve mükemmeliyetçi hedeflerden kaçınılmalıdır. Azalmış anksiyete uzun dönem için bir hedef olabilir ancak davranışsal adımlara çevrilmelidir ki kontrol edilebilsin ve başarılabilsin. İyi bir hedef odadaki herkesin başarılıp başarılamadığını görebileceği bir hedeftir ve anksiyete ile sakinliği gözlemlemek zordur. Ayrıca iyi bir hedef danışanın kontrolü altındadır böylece odak başka bir insanın davranışında değil kendi davranışında olur. Çünkü başka birinin davranışlarını kontrol etmek zor olabilir. Örneğin, bir sunuş yapmanın hedefi tüm dinleyicilerin dikkatini çekmeyi kapsamamalı sadece bilgiyi sunmakla sınırlı olmalıdır.

Karin: Maruz kalma simülasyonu için hedefin nedir?

Tina: Odağımı, sakinliğimi korumak ve donup kalmamak.

Karin: Bu oldukça belirsiz bir hedef, ölçülmesi zor dolayısıyla başarılması zor. Senin kontrolünde olacak daha ölçülebilir belirli bir hedefe ne dersin?

Tina: Eğer odağımı kaybedersem ya da dikkatim dağılırsa kendimi tekrar toparlayarak odaklanabilirim.

Karin: Bu hemen hemen tamam. Tek şey bunu nasıl yapacağın? Görev odaklı görünmen için gereken işaret nedir? Hepimiz hedefini gerçekleştirdin mi görmek isteriz. Toplantıda görevin nedir?

Tina: Fikir önermek.

Karin: Güzel. Hedefin iki fikir önermek olabilir mi?

Tina: Harika. Hadi bunu yapalım.

MARUZ KALMA SİMÜLASYONLARI

Maruz kalma simülasyonları gerçek hayat durumlarının rolle oynanlarıdır. Danışanın gerçek hayatta korktuğu durumlara mümkün olduğunca benzer ortamlar yaratmak için tasarlanırlar. Maruz kalma simülasyonlarının gerçek hayata göre pek çok avantajı vardır. Öncelikle ihtiyaç duyulduğunda ordadırlar, istediğiniz zaman uygulama yapabilirsiniz. İkinci olarak terapistin kontrolü altında olmaları grup üyelerinin hedef üyenin korkusunun sonuçlarını deneyimlemesini sağlayacak şekilde yönlendirilmelerine olanak sağlar. Üçüncüsü hedef grup üyeleri terapist tarafından izlenebilir ve uygun gördüğünde anında müdahale edebilir. Dördüncüsü uygulamanın hemen ardından geribildirimler verilebilir ve fikir alışverişi yapılabilir. Ve son olarak maruz kalma simülasyonları grup üyelerine özel tasarlanabilir böylece meydan okuyuculuk ancak baş edilebilir anksiyete düzeylerinde kalır.

Maruz kalma simülasyonları aynı zamanda korkulan sonuçların danışanın tahmin ettiği gibi olmadığına dair somut kanıt sağlar. Ve eğer korkulan sonuçlar gerçekleşirse beklendiği gibi korkunç, dehşet verici değil "normal" ve insan hayatının bir parçası olarak görülmesi şeklinde bakış açısının değiştirilmesine neden olur.

Maruz Kalma Simülasyonlarının İlke ve Kuralları

BDGT (Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi) el kitabı her oturumda üç maruz kalma simülasyonunu önermektedir. Bu rakam altı kişilik bir gruptan oluşan on iki oturumluk bir programda her danışana dört-beş simülasyon uygulanmasına izin verir. Simülasyonlar ikinci oturumda karar verilen nihai terapi hedefini yansıtmalıdır. Örneğin flört etmek veya topluluk önünde konuşmak. Görüşmede yaratılan hiyerarşi üçüncü oturumda başlayan simülasyonların sekanslarını planlamak

için kullanılır. On durumu içeren hiyerarşik liste söz konusu olduğundan oturumlarda bunlardan sadece yarısı için zaman vardır. Uygulamalarda zorluk gittikçe artmalıdır. Burada bir kural olarak SUDS elli-altmış düzeyini provoke edecek bir durumla başlatılır. Her üyenin en büyük korkusu en sona saklanır. Oturumda simüle edilmek için seçilsin ya da seçilmesin her durum üzerinde pratik yapılmalıdır (ev ödevi).

Her maruz kalma simülasyonu dikkatle planlanmalıdır. Gerekirse uygun yaş ve cinsiyette oyuncuları dışarıdan gruba sokmak gerekebilir çünkü simülasyonları gerçekçi yapmak önemlidir. Simülasyonların grup üyelerinin belirli endişelerine hitap etmeleri gerekir. Sosyal fobikler için utanma anları ve korkulan sonuçlar maruz kalma uygulamalarına katılmalıdır. Oyunculardan soğuk, ilgisiz, sessiz, mücadeleci, beklenmedik veya çok arkadaşça, sıcak olmaları istenebilir. Bu özellikler danışanın anksiyetesine göre eklenip çıkartılabilirler.

Anksiyete semptomlarını "Hey! Alnının terlediğini fark ettim. Sıcak mı orası?" gibi cümlelerle kelimelere dökmek başta zalimce gelebilir. Ancak hiçbir şey söylememek gerçek hayat deneyimine bir farklılık getirmez. En büyük korkuları kelimelere dökmek ise terapötiktir çünkü danışanı korkusuyla baş etmek için yollar bulmaya iter. Meydan okumaya tepki verme, baş etmeyi öğrenme anlamına gelir.

SUDS düzeyi arttığında bir grup üyesini kurtarmak için simülasyon uygulamasını kesmek bir hatadır. Anksiyetenin dalgalanması bazı anları diğerlerinden daha anksiyete uyandırıcı hale getiren çeşitli durumlara bir tepki olabilir. Anksiyete genellikle birkaç dakika sonra dinmeye başlar ancak bazı vakalarda artar ve orada kalır. Eğer anksiyete yukarıya doğru spiral yapar ve simülasyona müdahale eden yapay davranışlara neden olursa (örn. Şakalar, öksürük nöbeti, psikolojik olarak kişinin kendini geri çekmesi...) o zaman uygulama kısa bir süreliğine durdurulmalıdır. Bu zaman otomatik düşünceleri sorgulamak için iyi bir tercihtir ve devam edilmeden önce

otomatik düşüncelerin yerine geçecek rasyonel tepkilerin neler olabileceği araştırılabilir.

Maruz Kalma Simülasyonları Sırasında SUDS Oranları ve Rasyonel Tepkiler

Yukarda bahsedilmiş olduğu üzere on dakika süren simülasyon esnasında grup üyelerinden her bir dakika durup anksiyete düzeylerini yüksek sesle ifade etmeleri istenir. Bunun altındaki nedenin üç bileşeni vardır: (1) Terapiste en anksiyete uyandırıcı duruma ilişkin tam bir geribildirim sağlar. (2) Anksiyete uyandıran durumlar genellikle global ve sınırları belirsiz olarak düşünüldüğünden danışanların anksiyetelerinin dalgalanma gösterdiğini fark etmelerini sağlar. (3) SUDS puanlamaları, hedef grup üyesinin rasyonel tepkisini anlaması için ipucu verir. SUDS puanlaması için tekrar tekrar simülasyonu kesmek ve rasyonel tepkiyi anlamak danışanların ilgisini anksiyete duygularından (SUDS puanları) yapmaları gereken işe, çevreye ve bunlarla nasıl başa çıkacağına (rasyonel tepki) çevirir.

Bilişsel Sorgulama

Bilişsel sorgulama SUDS puanlamalarını, otomatik düşünceleri, baş etme stratejilerini, hedefi başarmayı ve öğrenme deneyimlerini inceleme ve özetleme zamanıdır. "Hedefine ulaştın mı?" gibi bir soru baş etmeye dair bir tartışma için verimli olabilir. Grup üyelerine direkt olarak simülasyonlardan neler öğrendiklerini sormak yararlıdır. Aşağıda bir örnek yer almaktadır:

Karin: Tina, hedefine ulaştın mı?
Tina: Evet ulaştım.
Karin: Tebrikler! Fikirlerini söyledin böylece hedefine ulaşmış oldun. Aslında bundan da ileriye gitmiş olduğunu düşünüyorum çünkü düşüncelerini savlarla des-

tekledin. Tina, kontrolünü kaybettiğini hissettin mi? (Otomatik düşüncelerinden biri)

Tina: Hayır, ama şöyle düşündüğüm bazı zamanlar oldu, "ya, daha iyi bir şeyler söyleyebilirdim ama çok da kötü değildi".

Karin: Sanırım burada otomatik bir düşünce var: "Daha iyi ifade edebilirdim". Veya "Kendimi daha iyi ifade etmeliydim".

Bill (başka bir grup üyesi): Ve olumluyu da diskalifiye ediyor—konuştu ve güzel konuştu.

Karin: Evet, Bill hemen bunun farkına vardı. Bütün duyabildiğimiz güzel ifadelerdi Tina. İyilerdi. Biz senin aklından geçen standartları duyamıyor göremiyoruz.

Tina: Hımm...haklısınız, hepsi aklımın içinde.

BDGT'NİN SINIRLARI

Etkili bir yöntem olsa da BDGT'nin de kendi sınırları vardır. Pek çok terapide olduğu gibi, kendini sözel olarak ifade eden, kendini yansıtan ve motive olmuş danışanlar bu özelliklere sahip olmayanlara göre daha fazla verim alırlar. Deneyimlerimize göre, aktif bir zihni ve araştırmacı bir doğası olan, yeni alanlar keşfetmekten hoşlanan danışanlar bilişsel-davranışçı yaklaşımdan en çabuk yararlanan olmaya yatkındırlar. Böyle olması, bu özelliklere sahip olmayanlar bu yaklaşımdan yararlanamazlar demek değildir, sadece ilerleme hızları daha yavaş olur. Tedavinin yeterince etkin olmamasında iki diğer faktör vardır. Bunlardan biri ev ödevlerine itaat etmemek, diğeri ise her çalışmada olumsuz etkisi olmamış olsa da depresyondur. İki faktör de danışanın motive kalmasını olumsuz etkiler. Terapistin çok yetkin olduğu durumlarda bile gelişmeye sekte vururlar.

Belirli bazı sosyal fobileri bilişsel davranışçı grup terapisi ile ele almak zordur. Cinsel sorunlar üzerinde çalışmak güçtür.

Konu özgürce konuşulabilir hale gelse de uygulama ortamları bulmak zor olabilir. Simülasyonda danışanın başarısızlığa dair en büyük korkuları fark edildiğinde nasıl müdahale yapılacağı başka bir zorlayıcı konudur. Genel olarak, terapistin danışanın ihtiyaç ve endişelerini grubun geri kalanıyla dengelemesi gerektiğinden bireyin özel ihtiyaçları olduğunda bireysel bilişsel-davranışçı terapiye almak daha uygun olabilir.

Son Yorumlar

Sosyal fobikler için bilişsel-davranışçı terapi açıkça belirlenmiş bir hedefe sahip kısa dönemli bir terapidir. Terapinin hedef ve süresi tedavi başlamadan planlanır ve çerçevesi ve gidişatı tanımlanır. Bu çerçeve içinde danışanlar ve terapistler "şimdi" ve "burada" çalışırlar. Bilinçaltı faktörlerin yorumları yapılmaz. Odak ne geçmişte ne de kişiliğin değiştirilmesindedir. Odak güncel hayat stres vericilerini azaltmaktır. Terapistler ve danışanlar danışanın bugünkü hayatını geliştirebilmek için problem çözmeye yönelik bir işbirliği yaparlar. Bilişsel davranışçı grup terapisinde terapistlerin rolleri aktif ve yönlendiricidir, danışanları yapılandırılmış bir konuşmaya davet eder, daha akılcı düşünmeleri için onlara yol gösterirler. Nihai amaç, danışanları uygun duygusal deneyimlere ve davranışsal değişime yönlendirmektir.

Bilişsel-davranışçı terapinin odağı şimdi ve burada olsa da, grup üyelerinin geçmiş deneyimlerini grupla paylaşmaları yasaklanmaz. Örneğin;

Tina: Geçen cuma acayip bir şey yaşadım. Cuma günü fikirlerimi söylediğim kadınlar grubumuz vardı. Benim on numaralı, en yoğun korkum, düşüncelerimi yüksek sesle bir grup insanın önünde ifade etmekti.

Karin: Bu terapi hedefin için büyük bir adım.

Tina: Evet. Otomatik düşünceler kafamda uçuşmaya baş-

ladı: "Bu çok basit olabilir", "Bu kulağa aptalca gelebilir" ama yine de düşündüğümü söyledim. Gruptakiler bana konuştuğum için mutlu olduklarını, her seferinde onlara katkıda bulunduğumu söylediler.

Karin: Yani başka bir deyişle otomatik düşünce yanlış çıktı.

Tina: Evet! Orada bir şey söylemiş olduğum gerçeğinden ve geribildirimlerinden şaşırmış ayakta duruyordum. Bunu da size anlatmalıyım. Toplantıdan sonra arabayla uzaklaşırken fikirler aklıma gelmeye başladı neden bu sorunu yaşadığımı biliyordum. Büyürken çok meraklı ve araştırmacı bir çocuktum ne zaman annemle babama bir şeyler sorsam cevapları hep "Bu aptalca bir soru" veya "Bu gerçekten çok çocukça, neden sordun bunu?" olurdu. Ve işte en büyük korkum... konuşmak, fikrimi söylemek.

Karin: Bu güçlü bir kavrama. Farkında olman demek onlarla mücadele edebilmen ve değiştirebilmen anlamına geliyor. Başka bir deyişle artık otomatik olarak tepki vermek zorunda değilsin.

Tina: Evet! Ve sonra—bunu gerçekten size anlatmam gerek—çarşamba günü yöneticimin toplantısında bir fikrimi söyledim. Fakat bundan da önemli olan ilk kez anksiyeteyi yaşamak için kendime izin verdim. İlk kez iletişimde hissettim.

NOTLAR

S. 287, *Eğer yeterince ağırsa*: Schneier, F. R, Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Bene, D. D., & Libowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.

S. 287, *En yaygın anksiyete bozukluğu*: Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Winchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month

prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

S 287, *sosyal fobi aynı zamanda hem alkolizm hem de depresyon için bir risk faktörüdür*: Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288; Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 29-40.

S. 287, *Birey aşağılanacağı ... korkar*: American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., p. 416). Washington, DC: Author.

S. 288, *Kısır döngü, ... açıklama sunar*: Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-94). New York: Guilford Press; Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., & Mattia, J. I. (1995). *Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Description, case presentation, and empirical support.* In M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 293-321). Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 289, *Bunları gizleme çabası*: Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.

S. 290, *Bilişsel-davranışçı Grup Terapisi (BDGT)*: Heimberg, R. G. (1991). *A manual for conducting cognitive-behavioral group therapy for social phobia* (2nd ed.). Unpublished manuscript, State University of New York at Albany, Center for Stress and Anxiety Disorders, Albany.

S. 290, *BDGT, kontrollü çalışmalarda*: Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.

S. 290, *kontrollü çalışmalarda ... tedavi yılı ile takip eden yıl arasında 4,5'tan 6,25'e bir gelişme sağlanmıştır*: Heimberg, R. G., Salzman, D., Holt, C. S., & Blendell, K. (1993). Cognitive behavioral

group treatment of social phobia: Effectiveness at 5-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 325-339; Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, E. J., Holle, C., Makris, G. S., & Leung, A. W. (1994, November 10-13). *Cognitive-behavioral versus pharmacological treatment of social phobia: Posttreatment and follow-up effects*. Poster presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego.

S. 291, *İlgili okur ... bölümün sonundaki referanslarda bulabilir*: Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1990). Dating anxiety. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluative anxiety* (pp. 217-246). New York: Plenum; Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psichological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed., pp. 99-136). New York: Guilford Press; Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1994). Social phobia. In C. Last & M. Hersen (Eds.), *Adult behavior therapy casebook* (pp. 125-138). New York: Plenum Press; Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., & Mattia, J. I. (1995). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Description, case presentation and empirical support. In M. B. Stein (Ed.), *Social phohia: Clinical and research perspectives* (pp. 293-321). Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 294, *Rahatsızlığın Subjektif Üniteleri Ölçeği (SUDS)*: Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.

S. 296, *ilk olarak Aaron T. Beck tarafından*: Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row. Republished (1970) as *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

S. 296, *Otomatik düşünceler şöyle tanımlanır*: Heimberg, R. G. (1991). *A manual for conducting cognitive-behavioral group therapy for social phobia* (2nd ed.). Unpublished manuscript, State University of New York at Albany, Center for Stress and Anxiety Disorders, Albany.

S. 299, *Otomatik düşünceler hakkındaki temel endişeniz*: Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.

S. 300, *Önce grup üyelerinin ödevlerini*: Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy.* New York: Morrow; Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach.* New York: Norton.

S. 302, *Yüksek standartlara sahip olmak bir çarpıtma değildir*: Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (in press). *Social phobia and perfectionism. Personality and Individual Differences.*

S. 302, *Bazı çalışmalarda sosyal fobikler düşük standartları benimserler*: Alden, L. E., Bieling, P. J.. & Wallace, S. T. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research,* 18, 297-316.

S. 302, *etiketleme oluşur*: Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach.* New York: Norron.

S. 304, *Bu durumlarda, terapistin, ... bulması önemlidir*: Leung, A. W., & Heimherg, R. G. (in press). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy.*

S. 309, *Meydan okuma ikinci oturumda ... ele almanın yardımıyla yapılır*: Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). *A therapist's manual for cognitive-behavior therapy in groups.* New York: Plenum.

S. 317, *Tedavinin yeterince etkin olmamasında iki diğer faktör*: Klosko, J. S., Heimberg, R. G., Becker, R. E., Dodge, C. S., & Kennedy, C. R. (1984, Novemher 1-4). *Depression, anxiety, and the outcome of treatment for social phobia.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia; Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1990, November 1-4). *Success from the outset: Predictors of cognitive-behavioral therapy outcome among social phobics.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

YAZARLAR HAKKINDA

Richard Almond, M.D., Palo Alto California'da özel uygulamalar yapan bir psikiyatrist ve psikanalisttir. Stanford Tıp Fakültesi'nde klinik profesördür ve San Francisco Psikanaliz Enstitü'sünün üyesidir. Dr. Almond, Harvard Üniversitesi'ne gitmiş, tıbbi ve psikiyatrik eğitimini ise Yale Tıp Fakültesi'nden almıştır. *The Healing Community: Dynamics Of The Therapeutic Milie* (1974) (Barbara Almond'la beraber) ve *The Therapeutic Narrative: Fictional Relationships and Therapeutic Process* (1996) kitaplarının yazarı olmasının yanı sıra psikiyatri ve psikanaliz alanlarında profesyonel makaleleri bulunmaktadır.

Richard Carr, Psy.D., klinik psikologtur. Panik bozukluk ve astımda davranışsal ve psikofizyolojik faktörler üzerinde çalıştığı New Jersey Tıp ve Diş Hekimliği Üniversitesi, Piscataway Robert Wood Johnson Tıp Fakültesi Klinik Psikiyatri Bölümü'nde doçenttir. Bu iki bozukluk arasındaki ilişki üzerinde yaptığı pek çok araştırmanın sonuçlarını içeren makaleleri yayınlanmıştır.

Patricia Marten DiBartolo, Ph.D., doktora derecesini New York State, Albany Üniversitesi'nden almıştır. İlgi alanları, çocuklarda ve yetişkinlerde anksiyete bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisini içerir. Smith College, Northhampton, Massachusetts'de doçenttir.

Wolfgang Fiegenbaum, Ph.D. Braunschweig, Dresden ve Marburg Üniversiteleri ile Münster'de araştırma ve terapi merkezleri olan Klinik Psikoloji Christoph Dornier Foundation'un başkanıdır. Almanya'da Marburg Üniversitesi'nde klinik psikoloji profesörüdür. Dr. Fiegenbaum'un ilgi alanları bilişsel terapi, anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve seksüel disfonksiyondur. Panik bozukluk ve agorafobi üzerine makaleler yazmıştır.

Karin Gruber, Dipl. Psych. New York Syracuse Üniversitesi ve Almanya Marburg/Lahn, Philipps Üniversitesi'nde eğitim görmüş, 1991'de klinik psikoloji diplomasını almıştır. Anksiyete bozuklukları tedavilerinde klinik psikolog olarak çalıştıktan sonra, 1993'te sosyal fobi tedavisinde bilgisayarların kullanımını konu alan doktora derecesini aldığı Stanford Tıp Fakültesi'ne gelmiştir. Veterans Affairs Palo Alto Helath Care System'de ve Davranış Bilimleri ve Psikiyatri Bölümü'nde Walton T. Roth, M.D. ile birlikte araştırmacı olarak çalışmaktadır. Almanya ve

Amerika Birleşik Devletleri'nde bilişsel-davranışçı terapi üzerine özel eğitim almıştır.

Richard G. Heimberg, Ph. D., doktorasını Florida State Üniversitesi'nden klinik psikoloji üzerine almıştır. West Virginia Tıp Fakültesi'nde stajını ve Florida State'de bir yıllık doktora üstü çalışmasını tamamladıktan sonra New York Albany State Üniversitesi'nin klinik psikoloji eğitim programına katılmış, profesör ve üniversitenin Stres ve Anksiyete Bozuklukları Merkezi'nin sosyal fobi programının direktörü olmuştur. Dr. Heimberg kısa zaman önce Philadelphia'ya taşınmıştır ve Temple Üniversitesi'nde psikoloji profesörü olarak çalışmaktadır. Çoğunluğunu, sosyal fobi, anksiyete bozukluklarındaki eğilimler ve bilişsel-davranışçı değerlendirme ve tedavi üzerine yazıların oluşturduğu 120'nin üzerinde makale ve kitap bölümü yazmıştır. Ayrıca yayınlanmış iki kitabı bulunmaktadır. *Cognitive and Therapy Research* dergisinin yardımcı editörü olmasının yanı sıra beş farklı bilimsel derginin de yayın kurulundadır.

Stefan G. Hofmann, Ph.D., New York Albany'de Fobi ve Anksiyete Bozuklukları Kliniği'nin Stres ve Anksiyete Bozuklukları Merkezi'nde araştırma yapmaktadır. Dr. Hofmann Stanford Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve Veterans Affairs Palo Alto Health Care System'de uzman ve Dresden Üniversitesi Almanya'da ise doçent olarak (wissenschaftlicher Angestellter) çalışmıştır. İlgi alanları arasında sosyal fobinin psikopatoloji ve tedavisi, özgül fobi ve panik bozukluğu vardır.

Paul Lehrer. Ph.D., New Jersey Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi ile Robert Wood Johnson Tıp Fakültesi Piscatoway, New Jersey'de klinik psikolog ve psikiyatri profesörüdür. Okulun Stres ve Davranışçı Tıp Merkezi'ni yönetmektedir. Edmund Jacobson ile progresif relaksasyon çalışmış ve progresif relaksasyon literatür ve araştırmalarına büyük katkılar sağlamıştır. Ayrıca öz-düzenleme üzerine çalışan terapistler üzerinde ciddi etkileri olmuştur. Stres ve gevşemede solunum faktörleri üzerindeki pek çok çalışması için fedaral ödenekler verilmiştir. Şu anda ikinci basımı yapılan ve büyük beğeni toplayan *Principles and Practice of Stres Management* kitabının yardımcı editörüdür.

Joseph W. Lenz, Ph.D., klinik psikoloji doktora derecesini halen araştırmacı olarak çalışmakta olduğu Vancouver British Columbia Üniversitesi'nden almıştır. Devam etmekte olan araştırma projeleri içerisinde, yatan hastalara yönelik kısa, kriz-odaklı psikiyatrik programların etkilerinin değerlendirilmesi ve hipertansiyonun kısa psikolojik tedavisinin geliştiril-

mesi de yer almaktadır. Dr. Lenz klinik olmayan panik ataklar üzerinde araştırma yapmış ve hastane temelli programlarda panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, depresyon, baş ağrısı ve irritabl bağırsak sendromu tedavilerinde terapist olarak çalışmıştır.

Wolfgang Linden. Ph.D., Vancouver British Columbia Üniversitesi'nde klinik psikoloji profesörüdür. Almanya'da doğmuş ve ilk psikoloji eğitimini Münster Üniversitesi'nden almıştır. 1981'de McGill Üniversitesi'nden doktora derecesini aldığından beri Vancouver British Columbia Üniversitesi'nde çalışmaktadır. Kardiyovasküler bozukluklardaki psikolojik faktörler üzerine bir araştırma yürütmektedir. Dr Linden çeşitli kitap bölümlerinin, önemli bir incelemenin ve *Autogenic Training: A Clinical Guide* (1990) kitabının yazarıdır.

Jürgen Margraf, Ph.D., 1993'ten beri Almanya Dresden Teknik Üniversitesi'nde klinik psikoloji ve psikoterapi profesörüdür. Doktora derecesini Stanford Üniversitesi'nde 1983-1986 yılları arası çalışmalarıyla Tübingen Üniversitesi'nden almıştır. 1986-1991 yılları arasında Marburg Üniversitesi'nde doçent olarak çalışmış, 1992-1993'te ise Free Universitesi Berlin'de klinik psikoloji profesörlüğü yapmıştır. İlgi alanları anksiyete bozukluklarında bilişsel-davranışçı terapiler, mental bozuklukların tanısal değerlendirmesi ve halk sağlığıdır. Dr. Margraf Dresden Üniversitesi Psikoloji Bölüm başkanıdır. 200'den fazla yayında yazar veya yardımcı yazardır ve pek çok bilimsel derginin yayın kurulunda yer almaktadır.

Matig R. Mavissakalian, M.D., Columbus Ohio State Üniversitesi'nde psikiyatri profesörüdür. 1986'dan beri Tıp Merkezi'nde bulunan Fobi ve Anksiyete Bozuklukları Kliniği'ni yönetmektedir. Doktorluk ünvanını Beyrut, Lübnan Amerikan Üniversitesi'nden almış, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki psikiyatri eğitiminden sonra seçkin bir akademik kariyere sahip olmuştur. Başlıca ilgi alanı, panik atak ve agorafobide kombine farmakoloji ve davranış tedavisinin etkinliğinin araştırılmasıdır. Otuzdan fazla araştırma ve inceleme yazısı vardır.

Walton T. Roth, M.D., Veterans Affairs Palo Alto Health Care System Psikiyatri Consultation Servisi'nde şef ve Stanford Tıp Fakültesi'nde psikiyatri ve davranış bilimleri profesörüdür. New York Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıbbi eğitimini tamamladıktan sonra psikiyatri ihtisası için Stanford'a gelmiş ve burada kalmıştır. Psikiyatrik bozukluklarda psikofizyoloji konulu 125'ten fazla makalenin yazarıdır. Son dönemde, öğrencileri ile birlikte korktukları durumlarla yüzleşen fobiklerin fizyolo-

jik tepkilerini ölçmektedir: Uçuş korkusu olup uçağa binenler, araba kullanma fobisi olup otobanda araba kullananlar, bir alışveriş merkezinde yürüyen agorafobikler, doğaçlama konuşma yapan sosyal fobikler ve utanmaktan korkup aptalca bir şarkı söyleyenler.

Martina Ruhmland, Dipl, Psych., Yetişkinlerin anksiyete bozuklukları tedavilerinde çalıştığı Dresden Üniversitesi, Almanya, Christoph Dornier Foundation for Clinical Psychology'de doktora adayıdır. İlgi alanları anksiyete hastalarının çocuklarında anksiyete bozuklukları gelişiminde psikofiyolojik ve bilişsel mekanizmalardır.

Martin T. Ryan, M.D., Ohio Wesleyan Üniversitesi Phi Beta Kappa mezunudur ve ana dalları felsefe, pre-teoloji ve pre-tıp'tır. Doktor ünvanını ihtisasının dördüncü yılında olduğu Psikiyatri Departman okutmanlığı yaptığı Ohio State Üniversitesi'nden almıştır. Ohio Delaware'de yaşamaktadır.

Silvia Schneider, Ph.D., Almanya, Dresden Üniversitesi, Christoph Dornier Foundation for Clinical Psychology'nin direktörüdür. Davranış terapisti ve süpervizörüdür. Şu anki pozisyonundan önce Marburg ve Berlin Üniversitelerinde psikoloji doçenti olarak çalışmıştır. İlgi alanları anksiyete bozukluklarında bilişsel-davranışçı terapi, anksiyete bozukluklarında aile transmisyonları ve mental bozuklukları teşhiste yapılandırılmış görüşmelerin kullanımıdır.

Brunna Tuschen, Ph.D., Malburg Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü'nde araştırmacı ve eğitimcidir. İlgi alanları arasında anksiyete hastalarıyla bilişsel ve davranışçı terapi, yeme bozuklukları ve infertilite vardır. Yatan ve ayakta tedavi gören bulimia nevroza hastalarının tedavisi için bir yöntem geliştirmiştir ve yöntemin etkinliğini değerlendiren bir araştırma yürütmektedir. Buna ek olarak Dr. Tuschen psikolojik bozuklukların mekanizmaları üzerine bir başka araştırma daha yapmaktadır.

Frank Wilhelm, Ph.D., 1992-1996 arasında Stanford Üniversitesi'nde yaptığı çalışmalara dayanan klinik psikoloji doktora derecesini 1996'da Marburg/Lann Almanya Philipps Üniversitesi'nden almıştır. Stanford'da laboratuar ve ambulatuar ortamlarda uçma fobisi, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluktaki otonomik ve solunum anormalliklerini araştırmıştır. Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi'nde yaptığı doktora sonrası araştırması anksiyete bozukluklarında kardiyovasküler hastalık riskini artıran psikofizyolojik mekanizmalara odaklanacaktır.

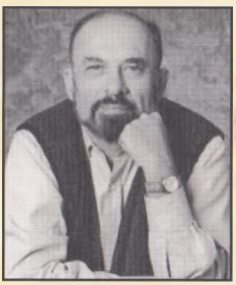
PSİKOTERAPİDE GÜNCEL KLİNİK YAKLAŞIMLAR DİZİSİ

Anksiyete terapisi, panik atak, agorafobi ve sosyal fobiler gibi birçok anksiyete bozukluğunun klinik tedavisine yönelik kapsamlı ve güncel bir rehberdir. Alanlarındaki uzman kişiler tarafından yazılan ***Anksiyete terapisi,*** bir dizi etkili klinik teknik ve müdahale hakkında yararlı bilgiler sunmaktadır. Hem sağlık profesyonellerine hem de konuyla ilgili okuyucuya hitap eden kitapta, birçok vaka öyküsünün yanı sıra, ilacın rolü incelenmekte ve maruz kalma terapisi, bilişsel-davranışsal terapi, progresif relaksasyon ve psikodinamik psikoterapi gibi spesifik teknikler ele alınmaktadır. Yazarlar, bu tekniklerin pratikte nasıl işlediğinin açıkça anlaşılması için klinisyenlerle danışanlar arasındaki diyalog metinlerini de yazılarına dahil etmiştir.

"Bu kitapları okumak, yaptığınız işte daha iyi olmanızı sağlayacaktır. Klinik örneklerle, somut öneriler kombine edilerek yalnızca ne yapılacağının değil, nedeninin de anlaşılmasına olanak verilmektedir. Bu dizi, psikoterapötik ve psikiyatrik teknikler üzerine, yeni standartlar getirerek açık ve ustaca yazılmış klinik yazıları içermektedir."

David Speigel, M.D.
Stanford Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Psikiyatri ve davranışsal bilimler profesörü

Walton T. Roth, editör— Palo Alto Sağlık Sis-temi, Veteran Sorunları Psikiyatrik Konsültasyon Servisi şefi ve Stanford Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri ve davranışsal bilimler profesörü.



Irvin D. Yalom, genel editör– Stanford Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri profesörüdür. Yalom'un *"Bağışlanan Terapi," "Annem ve Hayatın Anlamı," "Aşkın Celladı"* adlı best selling kitabı ve *"Nietzche Ağladığında"* adlı ödüllü romanın da aralarında bulunduğu çok sayıda kitabı vardır.

ISBN 975-6435-34-2
9 789756 435342

PRESTİJ