

# **Kaygı Bozukluklarının Tedavisinde Bütüncül BDT**

*Bilişsel Davranışçı Terapinin  
Farkındalık ve Hipnoterapiyle  
Pekiştirilmesine Yönelik Kanıtla  
Dayalı Bir Yaklaşım*

Assen Alladin

Çevirmen: Mirel Benveniste

Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 235  
*Kaygı Bozukluklarının Tedavisinde Bütüncül BDT*  
Assen Alladin

Özgün Adı:

*Integrative CBT for Anxiety Disorders – An Evidence-Based Approach to Enhancing Cognitive Behavioral Therapy with Mindfulness and Hypnotherapy*

ISBN 978-605-9137-79-9

Copyright © 2016 John Wiley & Sons, Ltd.

Türkçe yayın hakları Psikoterapi Enstitüsü'ne aittir.

Tüm hakları saklıdır. Çevirinin doğruluğundan tamamen Psikoterapi Enstitüsü sorumludur. Özgün yayıncı John Wiley & Sons, Ltd. izni olmaksızın tümüyle veya kısmen yayımlanamaz, kısmen de olsa çoğaltılamaz ve elektronik ortamlarda yayımlanamaz.

Editör: Tahir Özakkaş

Çevirmen: Mirel Benveniste

Yayıma Hazırlayan: Menekşe Arık

Dizgi ve Kapak Tasarım: Yasemin Gümüş

Baskı: Acar Matbaacılık Prom. ve Yayın. San. ve Tic. Ltd. Şti.  
Osmangazi Mahallesi Mehmet Deniz Kopuz Caddesi No: 20/1  
Esenyurt - İstanbul

**PSİKOTERAPİ ENSTITÜSÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK  
ORGANİZASYON VE DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ.**

Eğitim ve Kongre Merkezi: Fatih Sultan Mehmet Caddesi No:285

Bayramoğlu Darıca-KOCAELİ

Tel: 0262 653 6699

[www.psikoterapi.com](http://www.psikoterapi.com) - [www.psikoterapi.org](http://www.psikoterapi.org) - [www.hipnoz.com](http://www.hipnoz.com)

## Sunuş

Merhaba,

Hipnoz ve hipnoterapinin tıp ve psikoloji alanında kullanımı, artan bilimsel araştırmalarla birlikte, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygınlaşmaktadır. Sağlık Bakanlığının Tamamlayıcı Tıp alanını tanıması ve yaptığı yeni düzenlemelerle hipnoz uygulamaları ülkemizde de resmiyet kazanmıştır. Dolayısı ile gittikçe daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Hipnoz Derneği olarak amaçlarımızdan biri de hipnoz ve hipnoterapi yöntemlerinin ülkemizde tıbbi ve psikolojik alanda bilimsel yaklaşımla kullanımının yaygınlaştırılmasıdır. Bu amaçla gerek yurt içi gerek yurt dışında bu alanda emek vermiş değerli eğitmenleri derneğimiz bünyesinde düzenlediğimiz eğitimlere davet etmekte, davet ettiğimiz yabancı eğitmenlerin kitaplarını Türkçemize çevirerek dernek üyelerimizle birlikte bu alanda emek veren hipnoz dostlarının kolaylıkla faydalanması için çalışmaktayız.

Assen Alladin ile de bu yolculukta tanıştık. Hipnoz Derneği olarak kendisini ilk olarak 2013 yılında ülkemize davet ettik ve 22-23 Haziran'da Duygulanım Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi adı altında bir atölye çalışması düzenledik. Hipnozun bilişsel-davranışçı terapi ve bilinçli farkındalık terapisi (mindfulness) ile sentezinden oluşan "Farkındalık Temelli Hipnoterapi" adını verdiği kendi yaklaşımını geliştirmişti. Tabii ki engin tecrübesi ve derin literatür bilgisi ile aktardığı pratik bilgiler bizim için büyük bir ziyafetti. Sadece eğitmenliği değil, alçak gönüllülüğü, ülkemize ve kültürümüze gösterdiği yakın ilgi de bizi etkilemişti. Öğrendik ki asıl adı Hasan Allaidin imiş. İngiliz sömürgesi olan, Hint Okyanusu'nda, Madagaskar'dan 500 mil kadar ötede Mauritius adasında doğmuştu. Nüfus kağıdına ailesinin verdiği Hasan ismini Assen, soyadı olan Allaidin'i de Alladin olarak yazmışlardı. Tabii ki hi-

kayesini öğrendikten sonra onu kendimize daha da yakın hissettik. Ülkesini anlatmış, psikoloji alanında çalışırken hipnoz yolcuğuna çıkmasında etnik kökeni de önemli bir rol oynamıştı. Depresyon tedavisini anlattığı ve henüz yayınlanmamış olan “The Power of Belief and Expectancy in Understanding and Management of Depression” isimli makalesini sıcak sıcak paylaşıverdi bizlerle. Dolu dolu geçirdiğimiz iki gündü. Sizler tarafından da beğenilerek okunan Açıklamalı Hipnoterapi kitabı da Psikoterapi Enstitüsü tarafından Türkçeye kazandırıldı o günlerde.

Daha sonra Fransa’da ESH’ın düzenlediği Avrupa Hipnoz kongresinde karşılaştık kendisiyle, ne zaman geleceğim tekrar, diye sordu. Biz de ikinci kez davet ettik kendisini. 1-2 Ekim 2016’da “Kaygı Bozukluklarına Kapsamlı Bir Yaklaşım” adı altında ikinci bir atölye çalışması düzenledik. Bu sefer eşini de getirmişti. Yine doyamamıştık bilgiye. Atölye çalışmasına katılan arkadaşlarımızın da isteği üzerine Kaygı Bozukluklarının Tedavisinde Bütüncül BDT isimli bu kitabını da çevirme kararı aldık ve değerli çevirmen arkadaşımız Mirel ile birlikte hemen çeviriye başladık. Ne hazindir ki çevirinin bitmesiyle birlikte kendisinden bir önsöz yazması için ricada bulunduğumuz günlerde aldık acı haberi. Assen Alladin, değerli dostumuz, hocamız vefat etmişti. Hüzne boğulduk. Oysaki onunla yapacağımız etkinlikler bitmemişti. Daha Ekim ayında 1. Bütüncül Psikoterapi Kongresi’nde Skype üzerinden bağlanmış ve bir oturum olarak katkıda bulunmuştu. Ve ülkesi Mauritius adasına davet etmişti bizi. Hep birlikte orada bir eğitim düzenleyeceğimiz konusunda anlaşmıştık kendisiyle. Çok genç yaşta ve erken kaybettiğimizi düşündük kendisini. Kitabın bitimi ve yayın aşamasına denk gelmesi de şaşırtıcıydı bizim için. Nurlar içinde uyusun, ruhu şad olsun.

Ve şimdi geriye baktığımızda “iyi ki gelmişsin ülkemize, iyi ki tanıdığımız seni” diye düşünüyor, Hipnoz ve Hipnoterapi literatüre yapmış olduğu değerli katkılardan dolayı da teşekkür ediyoruz.

Hipnoz Derneği olarak, Assen Alladin’in bilgi birikimi ve pratik yaklaşımını aktardığı bu kitabın, bu alanda çalışan arkadaşlarımız için de değerli bir rehber olacağını umuyoruz.

Hipnoz Derneği Başkanı  
**Betül SEZGİN**

# İÇİNDEKİLER

Yazar Hakkında .....	ix
Önsöz .....	xi
Giriş .....	xv
Teşekkürler .....	xix
<b>1. Kaygı Bozukluklarının Anlaşılması ve Tedavisinde</b>	
<b>Bütüncül Bir Yaklaşım .....</b>	<b>1</b>
Genel Bakış .....	1
Giriş .....	1
Kaygı Bozukluklarında Yaralı Kendilik Modeli .....	2
Özet .....	17
<b>2. Kaygı Bozukluklarının Tedavisinde Bütüncül Terapi .....</b>	<b>18</b>
Genel Bakış .....	18
Bütüncül Terapi .....	19
Kaygı Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi .....	21
Özet .....	72
<b>3. Sosyal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) .....</b>	<b>73</b>
Betty Vakası .....	73
Sosyal Kaygı Bozukluğunun (Sosyal Fobi) Tanısal Kriterleri .....	75
Sosyal Kaygı Bozukluğunun Yaygınlığı .....	76
Sosyal Kaygı Bozukluğunun Nedenleri .....	77
Sosyal Kaygı Bozukluğunun Tedavisi .....	78
Sosyal Kaygı Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi .....	80
Özet .....	104
<b>4. Özgül Fobiler .....</b>	<b>106</b>
Mandy Vakası .....	106
Özgül Fobi Tanı Kriterleri .....	107
Özgül Fobilerin Yaygınlığı .....	108
Özgül Fobinin Nedenleri .....	108

# İÇİNDEKİLER

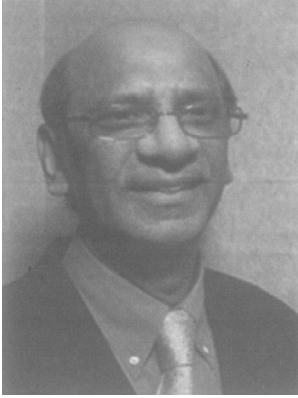
Özgül Fobilerin Tedavisi.....	112
Özgül Fobi Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi.....	112
Özet.....	137
<b>5. Panik Bozukluk .....</b>	<b>139</b>
Harry Vakası .....	139
Panik Bozukluğun Tanı Kriterleri.....	140
Panik Bozukluğun Yaygınlığı .....	142
Panik Bozukluğun Nedenleri .....	142
Panik Bozukluğun Tedavisi .....	145
Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi.....	147
Bilişsel Davranışçı Terapi .....	155
Özet.....	185
<b>6. Yaygın Kaygı Bozukluğu .....</b>	<b>186</b>
Fred Vakası .....	186
Yaygın Kaygı Bozukluğun Tanı Kriterleri.....	188
Yaygın Kaygı Bozukluğunun Nedenleri.....	189
Yaygın Kaygı Bozukluğunun Görülme Sıklığı .....	189
Yaygın Kaygı Bozukluğunun Tedavisi .....	191
Yaygın Kaygı Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi.....	193
Özet.....	231
<b>7. Agorafobi .....</b>	<b>232</b>
Margaret Vakası.....	232
Agorafobi Tanı Kriterleri .....	233
Agorafobinin Yaygınlığı.....	235
Agorafobinin Nedenleri .....	235
Agorafobi Tedavisi.....	239
Agorafobi Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi .....	243
Özet.....	272

# İÇİNDEKİLER

<b>8. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu.....</b>	<b>273</b>
Andrew Vakası .....	273
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu Tanı Kriterleri .....	275
Ayrılma Kaygısı Bozukluğunun Yaygınlığı.....	276
Ayrılma Kaygısı Bozukluğunun Nedenleri .....	277
Ayrılma Kaygısı Bozukluğunun Tedavisi.....	278
Ayrılma Kaygısının Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi .....	280
Fran Vakası .....	307
Özet.....	315
<b>9. Seçici Konuşmamazlık.....</b>	<b>317</b>
Jessica Vakası .....	317
Seçici Konuşmamazlık Tanı Kriterleri .....	320
Seçici Konuşmamazlığın Yaygınlığı .....	320
Seçici Konuşmamazlığın Nedenleri.....	321
Seçici Konuşmamazlığın Tedavisi.....	323
Seçici Konuşmamazlığın Tedavisinde Bilişsel Hipnoterapi .....	325
Özet .....	363
<b>10. Sonuçlar ve Hedefler .....</b>	<b>364</b>
Bilişsel Hipnoterapide Vaka Formülasyonu ve Tedavi Planı .....	367
Genel Bilgiler: .....	367
Tamamlanmış Vaka Örneği.....	370
Problem Listesi.....	370
Tanı .....	371
İlk Hipotez.....	371
Çekirdek inançların kökeni .....	373
İlk Hipotezin Özeti.....	374
Tedavi Planı.....	374
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>376</b>



## Yazar Hakkında



Dr. Assen Alladin, Calgary Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nde klinik psikolog ve misafir doçent olarak görev yapmaktadır. Kraliyet Tıp Derneği üyesi olan Dr. Alladin, Amerikan Klinik Hipnoz Derneği başkanlığına seçilmiştir; ayrıca Kanada Klinik Hipnoz Federasyonu'nun Alberta şubesinin iki dönem başkanlığını yapmış, şu anda da Konferans Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. 30 yılı aşkın süredir hipnoz, bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikoterapi ve klinik psikoloji eğitimi vermenin yanı sıra, 2005 yılında Amerikan Psikoloji Birliği 30. Çalışma Birimi tarafından verilen En İyi Araştırma Makalesi ödülünün de sahibidir.

Klinik hipnoz konusunda 35 makale ve bölüm yayınlamış, ayrıca 3 kitap yazmıştır: *Handbook of Cognitive-Hypnotherapy for Depression: An Evidence-Based Approach* [Depresyon Tedavisinde Bilişsel-Hipnoterapi Rehberi: Kanıta Dayalı Bir Yaklaşım] (2007), Açık-

lamalı Hipnoterapi (2008) ve *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders* [Bilişsel Hipnoterapi: Duygu Bozukluklarına Bütüncül Bir Yaklaşım] (2008). Bunlara ek olarak, *Journal of Preventive Neurology and Psychiatry* [Önleyici Nöroloji ve Psikiyatri Dergisi] (1992), *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* [Bilişsel Psikoterapi: Uluslararası Üç Aylık Yayın] (1994), *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* [Uluslararası Klinik ve Deneysel Hipnoz Dergisi] (Nisan 2007 ve Haziran 2007) ve *American Journal of Clinical Hypnosis* [Amerikan Klinik Hipnoz Dergisi] (2012) gibi yayınların özel sayılarında misafir editör olarak görev yapmıştır. Ayrıca *American Journal of Clinical Hypnosis* Danışma Kurulu üyesidir.

Dr. Alladin, duygusal bozuklukların idaresinde BDT ile hipnozu birleştirme konusunda uluslararası çapta uzman olarak kabul edilmektedir. Ulusal ve uluslararası organizasyonlarda 200'ü aşkın makale ve atölye çalışması sunmuştur. Mükemmel ve dinamik sunumlarıyla tanınır. Mauritius Adası'nda doğan yazar, İngiltere'de eğitim almıştır. Eğitim hayatına lisanslı hemşire ve sosyal hizmet uzmanı olarak başlamış, daha sonra psikoloji ve klinik psikoloji alanına geçmiştir. İki yetişkin çocuğu olan Dr. Alladin, Kanada'nın Alberta eyaletinde Calgary'de yaşamını sürdürmüş, 24 Kasım 2017'de hayata gözlerini yummuştur.

## Önsöz

Dünyada kaygı sorunu yaşayanların sayısı milyonları buluyor. Depresyon ve strese bağlı semptomlar gibi başka psikolojik bozukluklarla da bağlantılı olabilen kaygı bozuklukları, insanların psikoterapiye gelmesine neden olan en yaygın sorunlardan biri. Dr. Assen Alladin bu kitapta, kaygı bozukluklarının tedavisinde en etkili terapileri tespit edip uygulama konusunda bütüncül bir model sunuyor.

Kaygı sorunu yaşayan hastaları tedavi eden tüm öğrenciler ve klinisyenler, sağlam araştırma verilerine dayanan etkili terapi stratejilerini öğrenmek ve kaygı bozukluklarını doğru şekilde kavramlaştırmak için harika bir kaynak olan bu metinden fayda görecektir. Kaygı bozuklukları hem bilinçli hem de bilinçdışı dinamiklerin rol oynadığı, çok karmaşık olabilen rahatsızlıklardır. Dr. Alladin son derece yenilikçi ve klinik açıdan faydalı kitabında bizlere, farkındalık ve hipnoterapi tekniklerinin ustalıkla kullanımıyla bilişsel davranışçı terapinin nasıl pekiştirilebileceğini gösteriyor.

Kaygı bozukluğu hastalarını tedavi eden klinisyenlere yönelik olan bu kitapta, birçok klinik vaka örneği ve gerçek terapi seanslarından alıntılar, ayrıca kaygı semptomlarının azaltılması ve altta yatan dinamiklerin ortaya çıkarılması amacıyla kullanılacak çok sayıda klinik teknik sunuluyor. Kaygı bozukluklarının etiolojisini anlamak ve bütüncül bir terapi yaklaşımı benimsemek için ‘yaralı kendilik’

kavramı temel alınıyor. Yaralı kendilik, danışanların zedeleyici yaşam deneyimleri ile bu deneyimlerle ilişkili kaygıyla başa çıkmak için benimsedikleri kendilerine zarar veren bilişsel ve duygusal stratejiler arasındaki etkileşimi anlatır. Kitapta vaka örnekleri ve psikoterapi araştırmalarıyla detaylandırılan *Yaralı Kendilik Modeli*, kaygı bozukluklarının genellikle hem örtülü (bilinçdışı) korku hem de bilinçli beklentilerin birleşiminden kaynaklandığını görmemize yardımcı oluyor.

Bu bütüncül modelden yola çıkılarak, farklı kaygı bozukluklarına uygun terapi protokolleri adım adım tarif ediliyor, vaka kavramlaştırma etabından tedaviye kadar bütün süreç ele alınıyor. Bu bütüncül yaklaşımın ilk aşaması doğru klinik değerlendirme yapılmasını, vakanın kavramlaştırılmasını ve terapötik ilişkinin kurulmasını içeriyor. Dr. Alladin DSM-V tanı kriterlerinin çeşitli kaygı bozukluklarının tespit edilmesinde ve terapinin planlanmasında nasıl kullanılacağını gösteriyor. İkinci aşamada semptomların yönetilmesine geçiliyor. Hastanın semptomlarının azaltılması ve belli bir kontrol sağlanması amacıyla kullanılacak gevşeme teknikleri ve diğer bilişsel-davranışçı yöntemler açık ve anlaşılır şekilde sunuluyor. Üçüncü aşamada kendilikteki yaraların ortaya çıkarılması ve iyileştirilmesi süreci anlatılıyor. Dördüncü aşamadaysa, psikofizyolojik bütünlüğün (PB), kabullenme davranışının, minnettarlık ve farkındalığın artırılması için faydalı olabilecek yöntemler üzerinde duruluyor

Psikoterapistler bu kitapta hem terapiyle ilgili hem de bilişsel, davranışsal ve hipnoterapötik stratejilere temel oluşturacak terapötik ittifakı kurmakla ilgili pratik bilgiler bulacak. Bu esnek ve kapsamlı terapi modeli, azami esneklik ve etki için, kanıta dayalı müdahalelerle kuramların entegre edilmesine dayanıyor. Bilişsel hipnoterapiyi (BH) geliştirmiş olan yazarımız, Bölüm 2’de kaygı bozuklukları tedavisinin her aşamasında kullanılacak son gelişmeler hakkında bilgi veriyor.

Fobiler, sosyal kaygı, panik bozukluk ve agorafobi gibi en yay-

gın kaygı bozukluklarının tedavisi için olağanüstü bir kaynak olan bu kitap, uyguladığımız terapilerin etkili olmasını sağlamak için birçok hassas yöntem içeriyor, her yöntemle ilgili deneysel araştırma verileri de kısaca sunuluyor. Buna ek olarak, müdahalelerin nasıl uygulandığını göstermek için vaka örnekleri kullanılıyor, seans alıntıları bu konuda çok zengin bir kaynak teşkil ediyor. Örneğin hipnoz telkinleri, bilişsel çarpıtmaların ele alınması, yaralı kendiliğin iyileştirilmesi ve farkındalık pratiği gibi uygulamalar, gerçek vakalardan alınmış metinlerle tasvir ediliyor.

En sık görülen kaygı bozukluğu olan yaygın kaygı bozukluğu (YKB) üzerinde duruluyor. Kronik de olabilen bu şikayetle terapiye başvuran hastaların bazılarının, 10 yıl boyunca aynı sorunu yaşadıkdan sonra çözüm aramaya başladıklarını görüyoruz. İlaç tedavisi semptomların hafifletilmesinde faydalı olsa da, psikoterapi sürecinde bilinçdışı problemlerin ortaya çıkarılması ve hastanın başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi gerekiyor. Bu bölümde çok çeşitli davranışsal, bilişsel, hipnotik, bilinçdışı, kabullenme ve farkındalık temelli stratejiler sunuluyor; kendini izleme, problem çözme ve farkındalığı artırma gibi yöntemler üzerinde duruluyor. Ayrıca ego güçlendirme, oto-hipnoz, farkındalık ve bilinçdışı sorunların araştırılması gibi tekniklerin nasıl uygulandığını göstermek için gerçek vakalardan alıntılar kullanılıyor.

Daha sonraki klinik bölümlerde ayrılma kaygısı ve seçici konuşmamazlık (SK) konuları ele alınıyor. Bu bozuklukları genellikle çocuklarda görüyoruz ama tedavi edilmedikleri takdirde ergenlik, hatta yetişkinlik çağına kadar devam edebiliyorlar. Bütüncül terapi modeli, kapsamlı bir yaklaşım çerçevesinde bilinçdışı duygular ve çatışmalarla terapötik yüzleşme dahil olmak üzere, semptomların sürmesine neden olabilecek tüm faktörleri ele alıyor. Bu bölümlerde de vaka örnekleri ve alıntılar sunuluyor.

Bu kitap, kaygı bozukluklarının niteliği ve tedavisi hakkında çı-

ğır açıcı bir kuramsal model tedarik ediyor. Yaralı kendilik kavramı derinlemesine işlenerek, kaygı bozukluklarıyla ilgisi net bir şekilde açıklanıyor. Ayrıca kaygı bozukluklarının tedavisi için en etkili psikoterapi yöntemlerini öğrenmek için çok değerli bir kaynak teşkil ediyor.

Son derece bilgili ve müstesna bir klinisyen olan Dr. Assen Alladin bu kitapta bize farklı kuramsal ekollerin en etkili yöntemlerini seçerek birleştirme konusundaki uzmanlığını gösteriyor, ayrıca modern psikoterapi araştırmalarıyla ilgiliengin bilgisini paylaşarak, klinik uygulamalarda nasıl kullanılacağına dair önemli bilgiler veriyor. Dr. Alladin klinik hipnoz alanındaki en üretken araştırmacılardan biri olmakla birlikte, öncelikle klinisyen olduğu için kitabında ağırlıklı olarak klinisyenlere hitap ederek kaygı bozukluklarını daha iyi anlamamızı sağlayan, gerçek anlamda bütüncül bir tedavi modeli sunuyor. Bu modelin klinisyenler için uzun yıllar boyunca son derece önemli ve faydalı bir kaynak teşkil edeceğine inanıyorum.

Gary Elkins, PhD, ABPP, ABPH

Baylor Üniversitesi Psikoloji ve Nörobilim Bölümü Profesörü

Texas Waco Baylor Üniversitesi Zihinsel-Bedensel Tıp Araştırma  
Laboratuvarı Müdürü

Psikolojik Hipnoz Derneği Başkanı

Klinik ve Deneysel Hipnoz Derneği Gelecek Dönem Başkanı

Amerikan Klinik Hipnoz Derneği Eski Başkanı

Uluslararası Klinik ve Deneysel Hipnoz Dergisi Yardımcı Editörü

## Giriş

Bu projeyi hem ayaktan hem de yatan hastaların klinik tedavisinde kazanılan 30 yıllık birikimin ürünü olarak tanımlayabiliriz. Yıllar içinde kaygı bozukluklarının sınıflandırılması, kavramlaştırılması ve tedavisinde büyük ilerlemeler kaydedildi; kitapta bu önemli gelişmeleri Kaygı Bozukluklarında Yaralı Kendilik Modeli (KBYM) altında bir araya getirerek bütüncül bir yaklaşım sunuyorum. Bu model, çeşitli etiyolojik kuramlardan ve tedavi yaklaşımlarından türetilmiş en faydalı kuramsal çıkarımları ve en etkili tedavi stratejilerini kapsıyor. Modeli oluşturan kuramsal bütünleştirme, Wolfe'un (2005, 2006) kendilik yaraları kavramına, yani çözümlenmemiş erken dönem incinmelerine dayanıyor. Bu kavrama göre kaygı, yaralı kendiliğe dayanılmaz bir saldırı geleceği yönündeki bilinçdışı korkudan kaynaklanıyor. Bu durumdaki kişiler yaralı kendiliği korumak için kaçınma, bilişsel çarpıtma, duygusal kısıtlama gibi bilinçli ama uyum bozucu stratejilere başvuruyor. Bölüm 1'de tarif edilen bu perspektif, kaygı bozukluklarının anlaşılması ve psikolojik yönetimi için davranışçı, bilişsel, psikodinamik, deneyimsel ve farkındalıkla ilgili öğelerin birleştirilmesine imkan veren kuramsal bir temel oluşturuyor.

Bu model çerçevesinde, kaygı bozukluklarının homojen bir grup teşkil etmediği gerçeği göz önüne alınarak, çok bileşenli bir terapi anlayışı benimsenmiştir. Klinik uygulamalarda sizlere rehber olması amacıyla, DSM-V'in kapsadığı farklı kaygı bozuklukları için belir-

lenen protokoller detaylı olarak adım adım tarif edilmektedir. Literatürdeki önemli bir boşluğu dolduran bu kitap, en iyi kuramsal yapıları ve en etkili tedavi stratejilerini birbirine bağlayarak, kapsamlı ve bütüncül bir model sunmaktadır. Bu amaçla her bölümde belirli konular üzerinde durulmaktadır. Bölümlerin başında vaka tanımı yapılmakta, daha sonra kaygı bozukluğunun DSM-V kriterleri sıralanarak yaygınlık oranı hakkında bilgi verilmektedir. Bozukluğun nedenleri ve mevcut tedaviler konusunda kısa bir özet sunulduktan sonra, tedavi protokolünün detaylı tarifine geçilmektedir.

Terapi protokolü, birbirinden ayrı ama örtüşen dört aşamaya bölünmüştür: (i) değerlendirme, vaka kavramlaştırma ve terapi ittifakının kurulması; (ii) semptom yönetimi; (iii) kendilikteki yaraların ortaya çıkarılması ve iyileştirilmesi; (iv) kabullenme, farkındalık, minnet ve psikofizyolojik bütünlüğün (PB) teşvik edilerek pekiştirilmesi. Terapi genellikle haftada bir kez yapılan 16 seanstan oluşur ama bu süre hastanın klinik ihtiyaçlarına, sorun yaşadığı alanlara ve semptomların şiddetine göre uzatılıp değiştirilebilir. Semptomlarının örtülü nedenlerini ortaya çıkarıp onarmak isteyen hastalar için terapiye 10 seans daha eklemek gerekebilir. Genel kural olarak, daha dinamik olan ve derin hipnoterapi gerektiren ortaya çıkarma/keşif çalışması terapinin ilerleyen etaplarında uygulanır.

Değerlendirme, vaka formülasyonu ve terapi ittifakının kurulmasını kapsayan ilk aşama Bölüm 2’de kapsamlı olarak anlatıldığı için, her bölümde yeniden detaylandırılmamaktadır. İkinci aşama ağırlıklı olarak semptomların hafifletilmesine yöneliktir; bu amaçla zaten bildiğimiz, mevcut davranışsal, bilişsel ve hipnoterapötik stratejiler kullanılmaktadır. Fakat amacımız, üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler üzerinde yürütülen araştırma verilerine dayanarak, semptomları kontrol altına almaktan ziyade hastanın onlarla başa çıkmayı öğrenmesini sağlamaktır. Hasta semptomlarını aşmayı başardıktan sonra atılacak

olan adım terapist tarafından belirlenir. Durumunda düzelme görülen ve hedeflerine ulaştıklarını düşünen hastaların terapisi tamamlanmış sayılır ve sonlandırılır. Kaygı sorununun kökenine inmek isteyen hastalarsa, terapinin üçüncü aşamasına geçer ve örtülü kendilik yaralarının ortaya çıkarılarak iyileştirilmesi çalışmasına başlanır. Dolayısıyla, bazı hastalar için terapinin semptom yönetimi etabı sadece bir hazırlık etabıdır, ardından daha karmaşık bir çalışma olan kaygı sorunlarının kökenine inme aşaması gelir. Bu aşamada, kaygı bozukluğunun altında yatan nedenleri bulmak ve iyileştirmek için hipnoz ve gestalt terapisi uygulanır.

Terapinin son aşamasında, hastaya aşırı özdeşim kurmadan veya sıkıntı verici tepkiler yaşamadan semptomlarını gözlemlemeyi öğretmek amacıyla kabullenme ve farkındalık temelli stratejiler uygulanır. Bu aşama ayrıca, bozukluğun nüks etmesini engellemek için kanıt dayalı bir yaklaşım olarak da işlev görür. Bunlara ek olarak, psikofizyolojik bütünlüğü teşvik etmek amacıyla zihin-beden-kalp entegrasyonuna yardımcı olmak için hastaya yeni ve pratik bir yaklaşım olan “kalple nefes alma” tekniği öğretilir. Kalp odaklı pozitif duygusal durumların bütün beden sistemini senkronize ettiğini ve bu bütünleşmenin iyileşmeyi, duygusal istikrarı teşvik edip ideal performans düzeylerinin muhafaza edilmesine yardımcı olduğunu gösteren çok sayıda araştırma verisi mevcuttur.

Özetle, her klinik bölümde davranışçı, bilişsel, hipnotik, psikanalitik ve farkındalık stratejilerinden derlenmiş öneriler sunulmaktadır. Klinisyenler bu önerilerden hastalarına en uygun olanları seçebilirler. Önerilen teknikler uygulamaya imkan verecek şekilde detaylandırılmıştır, bu nedenle zaman zaman bazı tekrarlarla karşılaşabilirsiniz ama aynı tekniğin farklı kaygı bozukluklarına uygulanmasında bazı değişiklikler yapıldığını fark edeceksiniz. Örneğin agorafobi ve özgül fobi tedavisinde sistematik duyarsızlaştırma prosedürü benzer olsa da,

uygulama hiyerarşisi ve sunum şekli değişebilir. Bu şekilde her bölüm ve sunulan vakalar kendi başına bir bütün oluşturmaktadır.

Kitabın yazarı çoğunlukla terapi gören kişilerden “hasta” olarak bahsedilen ciddi vakalarda ve sağlık hizmeti ortamlarında çalıştığı için, “hasta” ve “danışan” terimleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. “Hasta” terimi, kaygı bozukluğu olan kişileri aşağılamak veya etiketlemek amacıyla kullanılmamaktadır.

Assen Alladin  
Ocak 2015

## **Teşekkürler**

Eşim Naseem Alladin'e bana verdiği kesintisiz destek için teşekkür etmek istiyorum, onun yardımları olmasaydı bu projeyi hayata geçiremezdim.

Ayrıca terapi çalışması yaptığım kaygı bozukluğu yaşayan herkese teşekkür etmek isterim. Onlardan çok şey öğrendim, bu kitabı da onların sayesinde yazdım.



# Kaygı Bozukluklarının Anlaşılması ve Tedavisinde Bütüncül Bir Yaklaşım

## Genel Bakış

Bu bölümde, en iyi kuramsal yapıları ve en etkili terapi stratejilerini birbirine bağlayarak kapsamlı ve bütüncül bir model elde etmemizi sağlayan yaralı kendilik kavramını ele alacağız. Bu kuramsal entegrasyonun odak noktası, kendilikteki yaralar yani erken dönemde yaşanan çözümlenmemiş incinmelerdir. Modelimiz, kaygı bozukluklarının doğası, gelişimi, ağırlaşması ve sürmesi konularına bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır. Bu perspektife göre kaygı, yaralı kendiliğe dayanılmaz bir saldırı geleceği yönündeki bilinçdışı korkudan kaynaklanır. Bu bölümde Kaygı Bozukluklarında Yaralı Kendilik Modeli (KBYM) tarif edilerek, kaygı bozukluklarının psikolojik yönetiminde BDT, farkındalık terapisi ve hipnoterapiyi bütünleştirmenin teorik ve ampirik gerekçeleri açıklanıyor.

## Giriş

Kaygı bozukluğu en yaygın psikolojik bozukluklardan biri olmasına rağmen, bugüne kadar ne tutarlı ve bütüncül bir etiyolojik kuram, ne de kapsamlı ve bütüncül bir tedavi yöntemi geliştirilmiştir. Literatürü gözden geçiren Wolfe (2005), ana akım görüşlerin kavramlaş-

tırma, etiyolojik kuram, tedavi yaklaşımları, araştırma hipotezleri ve yöntemleri açısından yetersiz olduğunu gördü. Psikanalitik, davranışçı, bilişsel-davranışçı, deneysel ve biyomedikal ekoller dahil olmak üzere, mevcut perspektiflerin tam ve kapsamlı bir kuram sunamadığını, her biri kaygı bozuklukları konusuna belli katkılarda bulunmuş olsa da, bütüncül bir bakış açısı oluşturulamadığını fark etti. Ayrıca mevcut terapilerin dayandığı etiyolojik kuramlar, kaygı semptomlarının oluşmasında kişilerarası, ailevi, kültürel ve ontolojik faktörlere yeterince önem vermiyordu. Bu eksiklikleri düzeltmek için mevcut etiyolojik kuramlardan ve tedavi yaklaşımlarından en iyi kuramsal yapıları, en etkili terapi stratejilerini ve kanıta dayalı spesifik teknikleri toplayarak bütüncül bir bakış açısı geliştirdi. Bu yaklaşımın klinik sonuçlarına geçmeden önce, Wolfe'un geliştirdiği modelin ana öğelerine bir göz atalım.

## **Kaygı Bozukluklarında Yaralı Kendilik Modeli**

Bu kitapta tarif ettiğimiz modeli diğerlerinden ayırmak için KBYM kısaltmasını kullanacağız. Modelimiz, birbiriyle bağlantılı iki kuramdan oluşuyor: kaygı bozukluklarının bütüncül etiyolojik kuramı ve bütüncül psikoterapisi. Her iki kuram da başlıca kaygı bozuklukları perspektiflerinin ve tedavilerinin sentezinden oluşuyor (Wolfe, 2005, 2006) ve her ikisi de kendilikteki yaralar kavramına odaklanıyor. Kendilikteki yaralar en genel haliyle, “hastanın öznel deneyimleriyle kronik mücadelesi” olarak tanımlanabilir. KBYM modeline dayanan bütüncül psikoterapiye geçmeden önce, modelin öğelerini ele alacağız.

### *Yaralı kendiliğin kökeni*

Yaralı kendilik, zedeleyici yaşam deneyimleri ile bireyin kendini gelecek felaketlerden korumak için kullandığı bilişsel ve duygusal stratejiler arasındaki etkileşimin ürünüdür. Wolfe (2005, 2006) yaralı

kendilik kavramına, kaygı bozukluğu hastalarını gözlemleyerek varmıştır. Hastaların büyük bölümünde kaygı semptomlarının kendilerine fiziksel veya psikolojik (kendilikle ilgili dayanılmaz kadar acı verici şeyler görme korkusu) zarar verecek dayanılmaz felakete karşı duyulan korkudan kaynaklandığını görmüş ve bu gözleme dayanarak, insanların belli durumlarda şiddetli kaygı yaşamalarının daha sonra sürekli felaket beklentisi içinde olmalarına yol açtığı sonucuna varmıştır; bu beklentinin bilinçdışı düzeydeki hali, kendilikle ilgili acı verici ve dayanılmaz şeylerin açığa çıkması korkusu olarak tanımlanabilir. Bu açıdan bakıldığında kaygı bozukluklarının etiolojik kuramı, iki bilgi işlem katmanından oluşmaktadır: birinci katman, felaket beklentisi nedeniyle yaşanan kaygı semptomlarının bilinçli bir şekilde farkında olmak, ikinci katmansa o kaygı semptomlarının hasta için taşıdığı örtülü veya bilinçdışı anlamlardır (bkz. Şekil 1.1.)



**Şekil 1.1:** Kaygı bozukluğunun şematik modeli (Wolfe, 2005, s. 112'den uyarlanmıştır)

Kaygılı hastalar kendilikteki yaraların gözler önüne serilmesinin, yani kendileri ya da başkaları tarafından açıkça görülmesinin aşağılanma, öfke, ümitsizlik ve kontrolü kaybetmek gibi boğucu ve yıkıcı sonuçları olacağına inanırlar ve bu sonuçlardan kaçınmak için ellerinden geleni yaparlar. Kendilikle ilgili bu acı verici bakış açısı hastanın hayatla başa çıkamayacağına dair bir algı edinmesine neden olur. Bu durum, ‘kaygı düzeyi yüksek olan hastaların kontrol kaybı, tehdit veya tehlikeyle ilgili otomatik düşüncelere sahip olduğunu’ tespit eden Kendall ve Hollon (1989) tarafından da desteklenmektedir. Gündelik hayatın zorlukları ve gerçekleri kaçınılmaz olduğu için, bu kişiler davranışsal kaçınma, bilişsel çarpıtmalara tabi tekrarlayan negatif düşünceler, kafayı semptomlara takmak ve duygusal kısıtlama gibi uyum bozucu başa çıkma stratejileri geliştirir, bu şekilde kendilerini acı verici duygulara neden olacağını düşündükleri nesne ve durumlarla karşı karşıya kalmaktan korurlar. Ne yazık ki bu dolaylı manevralar genellikle istenmeyen kişilerarası durumlara neden olur (Alden & Taylor, 2004), bu durumlar da hastanın kendiliğiyle ilgili acı verici temel düşüncelerini pekiştirir (Whisman & Beach, 2010). Üstelik bu stratejiler kişiyi korkuları ve yaralarıyla doğrudan doğruya yüzleşmekten de alıkoyduğu için, semptomların devam etmesine neden olur. Bunlara ek olarak, hastalar ilk kaygıdan sonra sürekli kaygılı olma üzerine düşünme alışkanlığı geliştirip, sonunda kaygı hissetmekten kaygılanmaya başlarlar (Goldstein & Chambless, 1978).

### *Kaygı bozukluklarında negatif oto-hipnoz*

Alladin (1994, 2007, 2013a, 2014a) bilişsel çarpıtma, kafa yorma, tekrarlayan negatif düşünceler, endişe ve negatif oto-hipnoz kavramları arasındaki benzerlikleri tasvir etmiştir. Bu kavramlar arasında bazı küçük farklar olsa da, benzerlikler daha fazladır. Örneğin Fresco, Frankel, Mennin, Turk, Heimberg (2002) ve Segerstrom, Tsao, Alden,

Craske (2000) tarafından yürütülen çalışmalarda, endişe ve ruminasyon ölçümlerindeki ortak faktörün sürekli tekrarlanan düşünceler olduğu görülmüştür. Ayrıca yukarıda sözü edilen beş kavramın beşinin de tipik ortak özellikleri negatif değer taşımaları, tekrarlanmaları, inatçı şekilde devam etmeleri, kendine odaklı ve aşırı genelleştirilmiş olmalarıdır; hepsi de bilişsel katılık [esnek olmama] ve dikkati negatif uyaranlardan uzaklaştırma konusunda zorluk yaşama haliyle bağlantılıdır. Bu faktörler performans yetersizliğine, odaklanma ve dikkat sorunlarına, problem çözme yetilerinin zayıflamasına, çözüm uygulama kapasitesinin düşmesine ve semptomların ağırlaşmasına neden olur (Papageorgiou & Wells, 2004).

### *Bilişsel çarpıtmalar*

Bilişsel kuramcıların öteden beri savunduğu görüş, hastanın kendi zihnini sürekli tehdit, tehlike, kontrol kaybı ve başa çıkma yetersizliğiyle ilgili bilişsel çarpıtmalarla meşgul etme davranışının, kaygı bozukluklarıyla ilgili bilişsel kuramların temelini oluşturduğudur (Beck, 1976, 2005). Örneğin Barlow (2002, s. 104) kaygıyı “kontrolünün ve öngörülmesinin mümkün olmadığı düşünülen olası olumsuz olaylarla ilgili geleceğe yönelik bir duygu, dikkatin hızlı bir şekilde tehlike potansiyeli taşıyan olaylara ya da kişinin o olaylara verdiği duygusal tepkilere odaklanması” şeklinde tanımlamaktadır. Benzer şekilde Clark ve Beck de (2010, s. 5) kısa süre önce yayımlanan kaygı bozuklukları konulu kitaplarında kaygının “karmaşık bir bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal cevap sistemi (yani tehlike modu)” olduğunu yazmışlardır. Bu cevap sistemi, bireyin ilerideki olayların ya da şartların hayati çıkarlarına tehlike teşkil edeceğini düşündüğü, ayrıca kontrol edemeyeceğine ve öngöremeyeceğine inandığı zaman etkinleşir.

### *Kafa yorma*

Wolfe'a göre kafa yorma, bir başka deyişle sürekli semptomlarla meşgul olma hali, kaygılı hastalar tarafından kullanılan başlıca savunma stratejilerinden biridir. Hastalar bu şekilde kendiliklerine bakmaktan, dolayısıyla da yıkıcı acılardan kaçabiliyorlar (s. 117). Hissettikleri kaygının örtülü anlamını araştırmak yerine kendilerinden uzaklaşarak, olmasını bekledikleri felakete odaklanıyorlar. Bu felaketleştirme davranışı BDT terapistlerinin (örn. Beck, 1976, 2005), akılcı-duygusal davranış terapistlerinin (Ellis, 2005) ve bilişsel hipnoterapistlerin (Alladin, 2014a) tarif ettiği bilişsel çarpıtmaların tipik bir örneğidir.

### *Tekrarlayan negatif düşünceler*

Tekrarlayan negatif düşünceler de negatif bilişsel düşünme stiline bir ögesi olarak tanımlanmaktadır (Martin & Tesser, 1989, 1996). Tekrarlayan negatif düşünceler yani ruminasyon (Hazlett-Stevens, Pruit & Collins, 2009) kaygı, aşırı yemek yeme, aşırı içki içme ve kendine zarar verme gibi çeşitli psikopatolojilerde görülür (Nolen-Hoeksema ve diğ., 2008; genel inceleme için Papageorgiou & Siegle, 2003). Nolen-Hoeksema (1991), depresyonda tekrarlayan düşüncelerle ilgili bilgi edinmemize çok önemli katkılarda bulunmuş, tekrarlayan negatif düşünceler ile depresyon arasındaki sinsi ilişkiyi açıklamak için "depresyonda cevap stilleri teorisini" önermiştir. Bu teoriye göre, tekrarlayan negatif düşünceler hastanın yaşadığı sıkıntıya tepki verme şeklidir; pasif bir şekilde tekrar tekrar semptomlara ve yaşanan semptomların olası nedenleriyle sonuçlarına odaklanılır. Bu tarz bir düşünce şekli, semptomların ortaya çıkmasına neden olan şartları değiştirmek için elle tutulur problem çözme stratejileri bulmaya faydalı olmaz, onun yerine hastanın yaşadığı sorunlara ve duygularına sapanıp kalmasına neden olur. Ayrıca bu alışkanlığın depresyonu ağırlaştırdığı, negatif düşünceleri pekiştirdiği, problem çözme becerilerini

baltaladığı, araçsal davranışları (belli bir amaca ulaşmak için yapılan eylemler) engellediği ve sosyal desteğin azalmasına neden olduğu yönünde güçlü veriler mevcuttur (Nolen-Hoeksema, 1991; Papageorgiou & Wells, 2004). Deprese kişilerde bu tarz düşüncelerin içeriği, bilişsel kuramcılar tarafından (örn. Beck, 1967, 2005) kapsamlı şekilde incelenmiş olan otomatik düşünceler, şemalar ve negatif bilişsel stillere benzer şekilde, genellikle negatif değer taşır. Depresyona ek olarak kaygı, aşırı yemek yeme, aşırı içki içme ve kendine zarar verme gibi başka psikopatolojilerle de ilintili olduğunu gösteren veriler bulunmaktadır (Nolen-Hoeksema ve diğ., 2008).

### *Patolojik endişe*

Kaygıyla depresyonun birbirine ne kadar sık eşlik ettiği göz önünde alındığında, tekrarlayan negatif düşüncelerin hem kaygı bozukluğu hem de depresyon riskini artırdığı bilinmektedir (Nolen-Hoeksema ve diğ., 2008). Ancak kaygı bozukluklarındaki inatçı düşünce örüntüsü, depresyondakinden farklıdır; kaygı hastaları tipik olarak aşırı veya patolojik endişe içeren düşüncelere saplanırlar (Borkovec, 1994; Papp, 2010). Borkovec, Robinson, Pruzinsky ve DePree (1983, s.10) aşırı endişeyi “negatif duygularla yüklü ve nispeten kontrol edilemeyen bir düşünce ve imge zinciri” olarak tanımlamıştır. Endişe süreci, sonucu belirsiz olan ama bir veya daha fazla negatif sonuç potansiyeli barındıran bir problemi çözme girişimidir. Dolayısıyla endişe, korku süreciyle yakından ilintilidir.

Endişeyle ilgili deneysel araştırmalar 1970’lerde, sınav kaygısı kapsamında yapılmaya başladı, daha sonra 1980’li yılların başında kaygı durumlarıyla ilintili yaygın bir bilişsel süreç olarak tanımlandı (Hazlett-Stevens ve diğ., 2009). Araştırmalarda endişenin şimdiki zamandan çok gelecekle ilgili olduğu ve kaygı, vesvese, genel gerginlik gibi hislerle bağlantılı olduğu görüldü. Endişe düzeyi yüksek olan ki-

şilerin “endişeli olmayanlara” göre daha fazla kontroldışı istenmeyen düşüncesi olduğu, bir işe odaklanma kabiliyetlerinin düştüğü ve öznel kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Daha yakın zamanda yapılan bir çalışmada (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005), YKB (yaygın kaygı bozukluğu) hastalarının stres, kaygı ve duygusal tepkilerle ilgili negatif deneyimlerden kaçmaya daha eğilimli olduğu görüldü. Dolayısıyla aşırı veya gerçekçi olmayan endişe, YKB'nin temel tanımlayıcı özelliği olarak görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) ve kaygı bozukluklarının çoğunda mevcuttur (Barlow, 2002). Tekrarlayan negatif düşünceler ve endişenin birbiriyle yakında bağlantılı olduğu (Fresco ve diğ., 2002; Muris, Roelofs, Meesters, & Boomsma, 2004; Segerstrom ve diğ., 2000; Watkins, 2004; Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005) ve birçok ortak özellik arz ettikleri (McLaughlin, Sibrava, Behar & Borkovec, 2006) görülmüştür. Örneğin her ikisi de kişinin kendisine odaklı, tekrarlayan, ısrarcı ve aşırı genelleştirilmiş düşünce şekilleridir (Barlow, 2002; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Segerstrom ve diğ., 2000; Watkins, Teasdale, & Williams, 2000), ayrıca her ikisinde de bilişsel katılık ve dikkati negatif uyarılardan uzaklaştırmakta zorluk yaşanır (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000; Hazlett-Stevens & Borkovec, 2001). Bu bilişsel stiller performans problemlerine, odaklanma ve dikkat sorunlarına, problem çözme yetilerinin zayıflamasına ve çözüm uygulamalarının yetersiz kalmasına neden olur (Davey, 1994; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky ve diğ., 1999; Ward ve diğ., 2003; Watkins & Baracaia, 2002; Watkins ve diğ., 2005). Dolayısıyla hem tekrarlayan negatif düşüncelerin hem de endişenin kaygı ve depresyon semptomlarını pekiştirdiği görülmüştür (Abbott & Rapee, 2004; Barlow, 2002; Fresco ve diğ., 2002; Harrington & Blankenship, 2002; Kocovski ve diğ., 2005; Muris ve diğ., 2005; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Schwartz & Koenig, 1996).

Kaygı bozukluklarında yaşanan endişe geleceğe yöneliktir ve henüz meydana gelmemiş ama gelebilecek tehlikelere odaklıdır. Barlow (2002), kaygı bozukluğu hastalarının geçmişte olan bir olay nedeniyle, örneğin sosyal bir ortamda bir hata yapmak gibi bir olay yüzünden endişelendikleri zaman bile, o olayın gelecekteki muhtemel sonuçlarına odaklandıklarını söylüyor (örn. ‘Herkes benim salak olduğumu düşünecek’). Ayrıca YKB hastaları, kaygılı olmayan kişilere göre, küçük şeylerle ilgili daha fazla ve kontrolsüz bir endişe duyma eğilimi arz ediyorlar (Craske, Rapee, Jackel & Barlow, 1989). Dolayısıyla YKB’nin, endişenin işlevleri ve sonuçlarıyla ilgili üstbilişsel inançlarla sürdürüldüğü düşünülüyor (Hazlett-Stevens, ve diğ., 2009).

### *Negatif oto-hipnoz*

Kaygı bozukluğu hastalarının kaygılı olmayan kişilere göre telkinlere (örn. kendi kendine veya başkası tarafından hipnoza) çok daha açık olduklarını ve çözülme yaşama kapasitelerinin daha yüksek olduğunu gösteren veriler mevcut (Bryant, Guthrie, & Moulds, 2001; Cardena, 2000; Heap & Aravind, 2002; Spiegel, Hunt & Dondershine, 1988; Stutman, & Bliss, 1985). Clark ve Beck (2010) ve Taylor (2006), çevreye yabancılaşma, kendine yabancılaşma, hissizleşme gibi çözülme semptomlarının, travmayı hatırlamayı önlemeye veya aşırı uyarılma semptomlarını bastırmaya hizmet eden otomatik ya da kasti bilişsel stratejiler olduğunu söylüyorlar. Bildiğimiz gibi, çözülme semptomları travma anılarının detaylarına inilmesini ve diğer otobiyografik anılarla entegre edilmesini engeller. Sosyal kaygısı yüksek düzeyde olan hastalar tekrarlayan düşüncelere daha eğilimli oluyor (Mellings & Alden, 2000). Abbott ve Rapee de (2004) sosyal fobisi olan hastaların tekrarlayan negatif düşüncelere daha fazla daldığını gördüler. Tekrarlayan negatif düşünceler sadece kaygı düzeyini artırmakla kalmıyor, kafa yorma ve negatif oto-telkinleri de pekiştiriyor.

Panik atak hastalarında bu kısır döngünün tırmanmasına şahit oluyoruz. Panik bozukluk hastaları bedensel etkileri hissetmeye başlayınca, hemen hissettiklerini felaketleştirmeye başlar ve kontrollerini kaybedeceklerinden, bayılacaklarından, kalp krizi geçireceklerinden korkar. Clark (1986, 1997), hazırladığı PB modelinde hastaların bedensel duyularıyla ilgili kafa yormaya takılı kaldıkları süreci de tarif ediyor. Tüm bu modeller tekrarlayan felaketleştirici düşüncelerin kaygıyı alevlendirdiğini ve sonunda kişiyi panik atağa götürdüğünü gösteriyor. Aynı şekilde DSM-V’te de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) panik atağın tanımı “dakikalar içinde zirve yapan ani ve yoğun korku ya da yoğun sıkıntı dalgası” olarak yapılıyor. Fakat DSM-V beklenen ve beklenmedik panik ataklar diye bir ayrım yapıyor. Beklenmedik panik ataklar, herhangi bir tetikleyici etken olmaksızın yaşananlar. Buna karşılık beklenen ataklar belli bir sebeple tetikleniyor, örneğin kalp krizi geçirip ölmekten korkan bir hastanın kalp atışlarının hızlanması tetikleyici işlevi görebiliyor. Buna göre, öngörülebilir panik atak yaşayan hastalar fiziksel semptomlarına daha fazla odaklanıyor, semptomların ne anlama geldiğine dair kafa yoruyorlar. Bu hipotezler üzerinde deneysel araştırmalar yapıldığı takdirde, DSM-V’in öne sürdüğü bu iki farklı PB tipi hakkında daha fazla veriye ulaşılabilir.

Wolfe’un kaygı bozukluğu yaklaşımıyla hipnoz arasındaki bir başka ortak nokta da, kaygının deneyimlenmesiyle ilgili. Wolfe (2005) kaygı bozukluklarına yaklaşımında deneyimsel bir model kullandığını belirtiyor çünkü bu sendrom “kendilikle ilgili dayanılmayacak kadar acı verici duygulara yol açacak olan bir felakete karşı duyulan korku” olarak tanımlanıyor (Wolfe, s. 51). Bu açıdan baktığımızda kaygı, kişiyi o andaki duygusal deneyimini yaşamaktan alıkoyan (duygusal kısıtlama), gelecekle ilgili bir duygu. Kendiliğin tehlikede olduğuna dair yaşanan bu deneyim (yani kaygının veya paniğin öznel deneyimi), altta yatan intrapsişik çatışmalardan, kendilikle ilgili negatif düşüncelerden ve kişinin öz-değeri ya da sevilebilirliği hakkında hissettiği utanç

duygusundan kaynaklanıyor. Tüm bu kendilik patolojileri kişinin acı verici bir öz-farkındalık yaşamasına neden oluyor. Kaygı bozukluğu hastaları bu acı verici ve ani öz-farkındalığı tehlikeli bir şey olarak görüyorlar. Bu tehlike duygusu negatif kafa yorma ile birleşince, yavaş yavaş kronik bir tehlike duygusuna dönüşüyor.

### *Kaygı bozukluklarında bilinçdışı zihinsel süreçler*

Davranışçı ve bilişsel kuramlar bir hasta ilk nöbeti geçirdikten sonra (örn. panik atak) neler olduğunu açıklıyor ama o ilk nöbetin kaynağını izah etmiyorlar. Ayrıca bilişsel-davranışçı modeller genellikle kaygı ataklarının örtülü anlamlarına da yeterince önem vermiyor. Günümüzde insan davranışlarının büyük bölümünün bilinçdışı zihinsel süreçlerden kaynaklandığını gösteren çok sayıda veri mevcut (bkz. Wilson, 2002; Dijksterhuis & Aarts, 2010; Baumeister, Masicampo, Vohs, 2011; van Gaal, de Lange & Cohen, 2012). Bilinçdışı zihinsel süreçler, hedefe yönelik davranışları (Bargh, Gollwitzer, Lee-Chai, Barndollar, Trotschel, 2001), bellek pekiştirmeyi (Tamminen, Payne, Stickgold, Wamsley, Gaskell, 2010), yaratıcılığı ve içgörüyü (Wagner, Gais, Haider, Verleger & Born, 2004) ve karar vermeyi (Creswell, Bursley & Satpute 2013; Dijksterhuis, Bos, Nordgren & van Baaren, 2006; Dijksterhuis & Nordgren, 2006; Soon, Brass, Heinze & Haynes, 2008; Strick, Dijksterhuis, Bos, Sjoerdsma, van Baaren & Nordgren, 2011) kolaylaştırıyor. Bunlara ek olarak Creswell ve diğ. (2013) tarafından yürütülen bir çalışmada, kandaki oksijen seviyesinin değişimine bağlı (BOLD tekniği) fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme vasıtasıyla dorsolateral prefrontal korteksin ve sol orta görsel korteksin bilinçdışı düşünce süreçleri sırasında etkinleştiği görüldü. Bu verilerin ışığında, bir dizi bilişsel-davranışçı terapist içsel çağrışımsal bilgi işlem süreçlerinin varlığını kabul etmeye başladılar. Örneğin Barlow (2000) ve meslektaşları (Bouton, Mineka & Barlow, 2001), panik bozukluğun etiolojisinde bilinçdışı duygusal şartlanmanın ve

erken dönemdeki şartlanmanın rolüne dikkat çektiler. Benzer şekilde Rapee de (1991) şartlanmanın, örtülü bilgi işlem faaliyetlerini içeren bir dizi bilişsel süreç olduğunu savunuyor. Bunlara ek olarak, bilişsel kuramlar insan davranışlarının ve deneyimlerinin, bellekte belli bir düzen içinde depolanan içsel süreçlerle belirlendiği görüşüne dayanır (Mahoney, 1991). Bu üstü kapalı yapıların insanların duyguları, davranışları ve tepkileri üzerinde çok güçlü etkisi olduğu düşünülüyor. Bu açıdan bakıldığında kaygı da, kişinin bilişsel yetileriyle bağlantılı olarak, belli durumların teşkil ettiği olası tehlikelere dair şemaların içselleştirilmesiyle oluşuyor. Korku şemaları hastanın kendisine, dünyaya ve geleceğe bakışını genellikle üstü kapalı bir şekilde etkiliyor (Beck & Emery, 1985, 2005 ). Ayrıca bilişsel perspektife göre, belli uyarılarla kişinin kaygı cevapları arasındaki işlevsel ilişkiler ağırlıklı olarak üstü kapalı psikik yapılar tarafından şekillendiriliyor. Clark ve Beck de (2010) korku şemalarının “kendiliğin tehdit ve tehlikelere ne kadar açık olduğu bilgisinin yanı sıra, içeride veya dışarıda yaşanan belli deneyimlerin veya durumların tehlike düzeyine dair somut inançları da içerdiğine” dikkat çekiyorlar (s. 45). Korku uyarılarının bilinçdışı dikkat ve biliş süreçlerini etkinleştirdiğini gösteren çok sayıda araştırma sonucu var (örn. McLeod, 1999; Wells & Matthews, 1994; Williams, Watts, MacLeod & Matthews, 1997), dolayısıyla “kaygıya bilişsel açıdan bakarken bilişin sadece bilinçli değerlendirme olarak tanımlanması hata olacaktır” (s. 27). Foa ve Kozak (1986) da kaygının bilinçli ya da bilinçdışı korku yapılarına veya şemalarına dayandığının altını çiziyorlar. Bu şemalar, gerçeklerle bağlantılı olan veya olmayan uyaran-cevap eşleşmelerini içeriyor. Kaygı bozukluklarında bilinçdışı tehlike şemalarının varlığı fark edilince, bazı bilişsel-davranışçı terapistler (örn. Foa & Kozak, 1986; Leahy, 2003; Young, 1990) altta yatan bilişsel şemaları etkinleştirmek için yeni teknikler geliştirmeye başladılar. Bu şekilde, altta yatan bilişsel şemaları yeniden yapılandırarak terapötik değişim elde etmeyi amaçlıyorlar. Bu kitapta

üstü kapalı bilişlere erişmek ve yeniden yapılandırmak için kullanılacak bir dizi strateji sunuluyor. Psikodinamik psikoterapinin kaygı bozukluklarında etkili olması, altta yatan korku şemalarının yeniden yapılandırılmasının kaygıyı azalttığını gösteren dolaylı bir kanıt olarak görülebilir (Alladin, 2014a; Leichsenring, 2005; Milrod ve diğ., 2007; Shedler, 2010).

Yukarıda bahsi geçen örtük süreçler, Freud'un (1926/1959) psikodinamik modellerinden pek farklı değil; Freud'un modelleri de, kaygı bozukluklarının korku verici veya tahammül edilemez duygular olarak algılanan bilinçdışı istekler, duygular ve fantazilerden kaynaklandığı görüşüne dayanıyor (Busch, Milrod & Shear, 2010). Freud kaygıyı iki tipte kategorize ediyor: travmatik kaygı ve uyarıcı kaygı (sinyal kaygı). Algıyı, savunmaları, bilişi, kaygıyı ve duygudurum düzenlemesini örgütleyen psişik sistem olan egonun tehlike nedeniyle boğulması, travmatik kaygıya yol açar. Korkulan tehlike hasta için özel bir anlam taşımaktadır ve travmatik kaygıyı tetikleyerek, DSM-V'de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) tanımlanan şekliyle bir kaygı nöbeti ya da panik atak yaşamasına neden olur. Uyarıcı kaygıya, kişinin intrapsişik mekanizmasından doğan daha küçük dozda kaygılardan oluşur ve ego durumunu psikolojik açıdan önemli olduğunu düşündüğü tehlikelere karşı uyardırmaya çalışır. Başka bir deyişle uyarıcı kaygı, egoyu boğacak ve savunma yapılamayacak travmatik kaygı durumlarının yaşanmaması için savunmaları harekete geçirecek bir uyarıcı gibi işlev görür. Örümcek fobisi yaşayan hastalar üzerinde yapılan çalışmalar, bu kişilerin tehdit ve iğrenme duygularıyla ilgili bilinçdışı bilişler beslediklerini açıkça göstermiştir (Teachman & Woody, 2003). Son zamanlarda manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmaları, dönüştürme semptomlarının negatif olayların bastırılmasıyla oluştuğunu göstermiştir (Aybek, Timothy, Zelaya, O'Daly, Craig, David & Kanan, 2014).

### *Kaygı bozuklukları nasıl oluşur?*

Kaygı bozukluklarına yaralı kendilik açısından baktığımız zaman, iki faktörden oluştuğunu görürüz: 1) duygusal çatışma 2) travmayı yeniden deneyimlemenin baskılanması. Duygusal çatışma, daha önce yaşanan travmatik olaylardan kaynaklanır; travmayı yeniden deneyimlemekten kaçmak amacıyla yaşanan ketlenme durumuysa, travmanın niteliğine ve hastanın kullandığı bilişsel-duygusal başa çıkma stratejilerine bağlıdır. Algılanan veya hayal edilen tehlikeler içsel veya dışsal olabilir, ama kaygı bozuklukları arasındaki farklar, kendiliği tehdit eden deneyimin içeriğinden ve o tehlikeyi savuşturmak için kullanılan süreçlerden kaynaklanır. Kişinin kullandığı stratejiler kaygıyı bir süreliğine azaltsa da, altta yatan uyum bozucu inanç ve kanaatleri pekiştirir. Dolayısıyla, bu modele göre, psikolojik savunmalar kişinin kendine dair imgesini korumak üzere gösterdiği kendine zarar veren çabalar olur (bkz. Wolfe, 2005).

Wolfe'a göre (2005, 2006), kaygı uyandıran içsel ve dışsal işaretlerin kaynağı, kişinin belli hayat olaylarıyla yoğun korku arasında kurduğu bağlantılarda yatıyor. Başka bir deyişle, kişi bazı olayları tehlikeli deneyimler olarak algılıyor. Daha önce de belirttiğim gibi, kaygı uyandıran etken, işaretler veya olaylar değil, kişinin o olaylarla ilgili tehlike algısı ve bu algıdan doğan korkudur. Bu olay veya işaretler genellikle bilinçdışındaki acı verici bir anıya giden kestirme yol işlevi görürler. Wolfe (2006) bu konuda agorafobik bir hastasını örnek gösteriyor; kadın hastanın kontrolünü kaybetme (tehlike) korkusu, baş dönmesiyle (içsel işaret) tetikleniyor. Baş dönmesi ona, yıllar önce bir huzurevini ziyaret ederken fiziksel engelli insanları gördüğünde yaşadığı ilk panik atağı hatırlatıyor. Yani kadının kaygısı doğrudan doğruya içsel işaretle (baş dönmesi) bağlantılı değil, ama o işaret kadının fiziksel bir sakatlık yaşayıp bir huzurevine tıklımaya dair bilinçdışı korkusunu (yoğun korku) temsil ediyor.

Wolfe (2005) kaygı bozukluklarının kendilik deneyimi bağlamındaki gelişim sürecini aşağıdaki şekilde tarif ediyor:

1. Kaygı süreci genellikle erken dönemlerde yaşanan travmatik olaylardan kaynaklanır ve kişinin içinde bulunduğu anı yaşamasına engel olur. Wolfe, kaygıyla bağlantılı travmaların çoğunun kişilerarası bağlamda yaşandığını söylüyor; her travma kişinin kendisini çaresiz ve kapana kısılmış hissetmesine, tehlikede olma duygusunu bertaraf edemeyecek hale gelmesine neden oluyor. Tehlikede olma deneyimi çeşitli duygulara yol açabiliyor, kişi bunu acı verici bir öz-farkındalıktan şiddetli travmaya kadar çeşitli şekillerde deneyimleyebiliyor. Bu travmalar genellikle ayrılma, reddedilme, kayıp, aşağılanma, hayal kırıklığı veya kendilik kaybı (kendilik deneyiminin kaybedilmesi) gibi durumlarla bağlantılı oluyor.
2. Daha önce geçirilen travmaya benzeyen bütün durumlar kaygı yaratıyor. Kişi kaygıyı, muhtemelen bir felaket yaşanacağına dair bir işaret gibi algılıyor.
3. Felaket düşünceleri kişinin dikkatini kendiliğini veya dünyayı doğrudan deneyimlemekten uzaklaştırıp, bir korku ve incinebilirlik refleksine yönlendiriyor. Greenberg, Rice ve Elliott (1993) bu süreci “birincil kaygı deneyimine verilen ikincil duygusal tepki” olarak tanımlıyorlar. Bu ikincil duygusal tepki kişinin dikkatini o anda yaşadığı şeyleri deneyimlemekten uzaklaştırıp, yaşanan şeylerle ilgili düşünmeye yönlendiriyor. Dikkatin deneyimden düşünceye kayması, kaygının felaketleştirilmesini artırıyor, bunun sonucunda kaygının şiddeti de artıyor. Goldstein ve Chambless (1978) bu olayı “korku tepkisinden korkmak” olarak tanımlıyorlar (örn. kaygı hissettiği için kaygılanmak, korktuğu için öfkelenmek vs.).
4. Kaygı bozukluklarının gelişmesinde bir başka etap da, kaçınma davranışlarıdır. Kaygılı hastalar genellikle kaygı nöbetlerini daha