

Araştırma Türü: Editöre Mektup

2021;2(1): 93 – 97

Geliş Tarihi: 03.01.2021

Kabul Tarihi: 25.03.2021

PANİK ATAĞ VE PANİK BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL HATALAR

Mehmet Hamdi ÖRÜM^{1*}, Gökçe MART¹, Mehmet MART²

¹ Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Adıyaman, Türkiye

² Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Adıyaman, Türkiye

Öz

Panik atak (PA) ve panik bozukluğu (PB) bilişsel süreçlerle bedensel belirtilerin etkileşim halinde olduğu psikiyatrik durumlardır. Bu iki durum bilişsel hata düzeyleri açısından henüz araştırılmamıştır. Biz bu çalışmada PA, PB ve sağlıklı kontrol gruplarının bilişsel hata düzeylerini karşılaştırmayı amaçladık. Bulgularımız bilişsel hata düzeyinin PB’de en yüksek seviyede olduğunu, onu da PA ve kontrol gruplarının takip ettiğini göstermektedir. Burdan yola çıkılarak bilişsel davranışçı yaklaşımların PB’deki bilişsel hatalar üzerine odaklanarak iyileşmeye katkısı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Biliş, bilişsel hata, panik atak, panik bozukluğu

*Sorumlu Yazar

Mehmet Hamdi ÖRÜM
e-posta: mhorum@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-4154-0738

Gökçe MART
ORCID: 0000-0002-3053-8931

Mehmet MART
ORCID:0000-0003-3487-3574

COGNITIVE ERRORS IN PANIC ATTACK AND PANIC DISORDER

Abstract

Panic attack (PA) and panic disorder (PD) are psychiatric conditions in which cognitive processes and somatic symptoms interact. These two conditions have not yet been investigated in terms of cognitive error levels. In this study, we aimed to compare the cognitive error levels of the PA, PD, and healthy control groups. Our findings indicate that the cognitive error level is the highest in PD, followed by the PA and control groups. Based on this, it is thought that cognitive behavioral approaches can contribute to improvement by focusing on cognitive errors in PD.

Keywords: Cognition, cognitive error, panic attack, panic disorder

Değerli Editör,

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın beşinci versiyonu (DSM-5) panik atağı (PA) "dakikalar içinde zirveye ulaşan ani yoğun korku veya yoğun rahatsızlık dalgası" olarak tanımlar. Panik bozukluğu (PB) için DSM-5 kriterleri, bir veya daha fazla atağın ardından en az bir ay boyunca başka bir PA'dan korkma veya ataklarla ilişkili önemli uyumsuz davranışla tekrarlayan PA'ların deneyimlenmesini içerir (American Psychiatric Association, 2013). PA geçiren kişilerin çoğunluğu tekrarlayan PA'lara sahipken, bu kişilerin yalnızca %12.8'i PB için DSM-5 kriterlerini karşılamaktadır (De Jonge ve ark., 2016). PA en sık görülen anksiyete türlerinden biridir ve akut bir durumu ifade eder. Buna karşılık PB genellikle kronik bir durumdur (American Psychiatric Association, 2013). Bilişsel modeller, psikolojik ve biyolojik yatkınlığı olan kişilerin bir stresöre bağlı olarak ortaya çıkan bedensel belirtilerini yanlış yorumlamaları sonucunda PB geliştirdiklerini öne sürmektedir (Manfro ve ark., 2008). PB'deki bilişsel süreçler çeşitli araştırmalarda incelenmiştir ancak PA ve PB'nin bilişsel hatalar açısından karşılaştırması henüz yapılmamıştır. Biz bu çalışmada PA, PB ve sağlıklı kontrol gruplarının bilişsel hata düzeylerini karşılaştırmayı amaçladık.

Bu kesitsel çalışmada, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) (Kılıç, 1991), Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) (Endicott, 1976), Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği-Erişkin Formu (PBŞÖ) (Monkul ve ark., 2004) ve Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) (Özdel ve ark., 2014) kullanıldı. Bilişsel hatalar DÖÖ aracılığıyla kişilerarası ilişkiler (DÖÖ-IP) ve bireysel başarı (DÖÖ-PA) alanlarında ayrı ayrı değerlendirildi. PA ve PB grupları hastanenin psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalardan oluşturuldu. Hastalar en az son altı aydır herhangi bir tedavi

almayan, ek psikiyatrik bozukluğu ve organik bir hastalığı olmayan kişilerden; sağlıklı kontrol grubu herhangi bir psikiyatrik ya da tıbbi hastalığı olmayan hastane personelinden seçildi. İstatistiksel analizde SPSS'in 22. versiyonu kullanıldı. Sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak, kategorik veriler frekans ve yüzde olarak ifade edildi. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile gruplar arasındaki farklılıklar belirlendi. Post-Hoc Tamhane's T2 gruplar arasında anlamlılık saptandığında kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak; Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve hastalardan onam alınarak gerçekleştirilmiştir (2020/11-24).

Her grupta 30 olgu olmak üzere toplam 90 kadın denek çalışmaya dâhil edildi. Ortalama yaş ($p=0,103$) ve eğitim düzeyi ($p=0,061$) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ANOVA, SCL-90-R'nin tüm alt ölçekleri, DÖÖ ve alt ölçekleri ile GAS açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğunu gösterdi ($p < 0,001$). Post-Hoc analiz sonuçları, tüm ölçek ve alt ölçekler açısından üç grubun kendi aralarındaki ikili karşılaştırmalarının da anlamlı farklılıklara sahip olduğunu gösterdi ($p < 0,05$). PBŞÖ açısından, PB ($27,50 \pm 6,52$) ile PA ($11,46 \pm 3,31$) arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$). PA ve PB'nin ikili karşılaştırmasına göre DÖÖ-IP, DÖÖ-PA için Cohen's d değerleri sırasıyla 0,59 ve 1,47 olarak saptandı. Grupların ölçek verileri Tablo 1'de gösterildi.

Tedavi edilmeyen PA'lar PB'ye ve işlevselliğin azalmasına yol açabilir (De Jonge ve ark., 2016). PB, bilişsel süreçlerle bedensel belirtilerin etkileşim halinde olduğu karmaşık bir süreçtir (Manfro ve ark., 2008). Böke ve ark. (2015), PB'de 'kontrol edilemezlik ve tehlike' ile 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' üst bilişlerinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada araştırmacılar bu bilişler ile beklenti anksiyetesi arasında zayıf bir ilişki saptamıştır. Bu çalışmaya göre PB hastaları kendilerini güvende hissedebilmek için endişelerini kontrol etmeye çalışmakta, bununla birlikte yine aynı bilişsel süreç bu endişeyi kontrol etmekten aciz olduğuna karar vermekte ve yetersizlikten de kendisini sorumlu tutmaktadır. Literatürde doğrudan bilişsel hataların araştırıldığı bir PB veya PA çalışması bulunmamakla birlikte anksiyete bozukluklarında bilişsel hatalar çalışılmıştır. Weems ve ark. (2001) aşırı genellemenin sürekli kaygının en güçlü yordayıcısı olduğunu, felaketleştirmenin ve kişiselleştirmenin anksiyete duyarlılığının ve belirgin kaygının en güçlü yordayıcısı olduğunu bildirmiştir. Anksiyete belirtileriyle seyreden PB'de de bilişsel hata düzeyinin artmış olabileceği düşünülmüştür. Çalışma bu hipotezi destekler nitelikte sonuçlara ulaşmıştır. Çalışma bulgularına göre bilişsel hata düzeyi hem IP hem de PA alanlarında PA ve PB grupları arasında anlamlı farklılık

göstermiştir. Bilişsel hata düzeyinin PB’de daha yüksek saptanması, tedavide bilişsel davranışçı yaklaşımlara daha fazla rol düşebileceğini göstermektedir. Bu anlamlı bulguların yanında çalışmanın çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bilişsel hataların PB’ye ayrı ayrı etkilerinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Geçmiş psikoterapi ya da farmakolojik tedavi öyküsünün mevcut çalışmaya etkisi bilinmemektedir.

Tablo 1. PB, PA ve Kontrol Gruplarının Ölçek Verileri

Değişkenler	PB	PA	Kontrol	p
Yaş (yıl)	27,53±5,92	27,70±6,71	30,80±7,09	0,103
Eğitim (yıl)	7,53±2,19	7,70±3,21	9,16±3,16	0,061
GSI	1,99±0,62	1,49±0,30	0,22±0,19	<0,001**
GAS	60,10±12,95	67,33±9,01	89,23±4,56	<0,001**
DÖÖ-IP	45,80±9,70	41,50±3,37	26,93±3,03	<0,001**
DÖÖ-PA	37,60±6,09	30,00±3,14	25,30±2,97	<0,001**
DÖÖ-T	83,73±15,32	72,56±4,86	52,23±4,29	<0,001**
PBŞÖ	27,50±6,52	11,46±3,31	4,52±3,98	<0,001**

**p<0,001; İstatistiksel analizde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı;

Kısaltmalar: PB: Panik Bozukluğu; PA: Panik Atak; GSI: Genel Belirti İndeksi (Belirti Tarama Listesi-90-R’nin Alt Ölçeği); GAS: Global Değerlendirme Ölçeği; PBŞÖ: Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği-Erişkin Formu; DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği; IP: Kişilerarası İlişkiler; PA: Bireysel Başarı

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: APP.

Böke, Ö., Pazvantoğlu, O., Babadağı, Z., Ünverdi, E., Ay, R., Çetin, E., Şahin, A. R. (2015). Panik bozukluğunda üst bilişler. Anadolu Psikiyatri Derg 2015, 16(1), 1-6.

De Jonge, P., Roest AM, Lim CCW, et al. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety*, 33(12), 1155-1177.

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 33(6), 766-771.

Kilic, M. (1991).Belirti tarama listesi (SCL-90-R)’nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikolojik Danışma Rehberlik Dergisi*, 1(2), 45-52.

Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V. ve Otto, M. W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 81-87.

Monkul, E. S., Tural, U., Onur, E., Fidaner, H., Alkin, T., Shear, M. K. (2004). Panic Disorder Severity Scale: reliability and validity of the Turkish version. *Depress Anxiety*, 20(1), 8-16.

Özdel, K., Taymur, I., Guriz, S. O., Tulaci, R. G., Kuru, E., Turkcapar, M. H. (2014). Measuring cognitive errors using the cognitive distortions scale (CDS): Psychometric properties in clinical and non-clinical samples. *PLoS ONE*, 9(8), e105956.

Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K., Saavedra, L. M. (2001). Cognitive errors in youth with anxiety disorders: the linkages between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognit Ther Res*, 25(5), 559-575.