



Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu

Psk. Fatma ÇELİK

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakóltesi, Psikoloji Bölümü, Lefkořa, KKTC

faatma.clk1803@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-0218-1077>

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakóltesi, Psikoloji Bölümü, Lefkořa, KKTC,

meryem.karaaziz@neu.edu.tr ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu çalışmanın amacı; panik bozukluk yaşayan bireyde, süpervizyon eşliğinde uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımının etkililiğini olgu sunumu kapsamında incelemektir. Bu araştırmada, nitel yöntem olan olgu sunumu deseni tercih edildi. Çalışma kapsamında 28 yaşında bir kadın danışanla; hafta 1 kere toplam 8 seanstan oluşan BDT süreci yürütüldü. Seanslar ortalama 50 dakika sürmüş olup, süreç süpervizyon ile desteklendi. Yapılan değerlendirmelerde bedensel duyumları felakletleştirdiği, kaçınma davranışının panik döngüsünü sürdürdüğü ve seçici dikkatin kaygı belirtilerine yöneldiği gözlemlendi. Terapi sürecinde bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim, maruz bırakma teknikleri ve nefes egzersizleri uygulandı. Uygulanan müdahaleler sonucu; panik belirtilerde azalma, kaçınma davranışında azalma ve kaygıyı yönetebilme becerisinde artış gözlemlendi. Sonuç olarak BDT'nin panik bozukluk belirtilerini azaltmada etkili olduğu görüldü. Aynı zamanda kaçınma davranışları ve bilişsel çarpıtmaların terapötik süreçte önemli hedefler olduğu görüldü. Aynı zamanda süpervizyon desteği; terapi sürecinin etkililiğini artırıp daha yapılandırılmış ve etkili uygulama sağladığı gözlemlendi. Bu nedenle panik bozukluk yaşan bireylerle çalışırken yalnızca mevcut belirtilerden ziyade; bireyin temel inançlarının ve geçmiş yaşantılarının göz önüne alınması gerektiği düşünülür. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, panik bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamalarının etkinliği; geniş örneklem gruplarında değerlendirilmesi ve farklı terapi yaklaşımları ile karşılaştırılması önerilir.

Anahtar kelimeler: panik bozukluk, bilişsel davranışçı terapi, olgu sunumu, maruz bırakma

Cognitive Behavioral Therapy in Panic Disorder: A Case Report

Abstract

The aim of this study was to examine the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), conducted under supervision, in an individual diagnosed with panic disorder through a case study design. In this research, a qualitative case study method was preferred. Within the scope of the study, an eight-session CBT process was carried out with a 28-year-old female client, with sessions held once a week. Each session lasted approximately 50 minutes, and the process was supported through supervision.

During the assessments, it was observed that the client catastrophized bodily sensations, avoidance behaviors maintained the panic cycle, and selective attention was focused on anxiety symptoms. Throughout the therapy process, cognitive restructuring,

Research Article

Subject: Psychology

Article Citation

Information:

elik, F. (2026).

Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu, Journal of Social Research and Behavioral Sciences

(SADAB Journal),

(e-ISSN:2149-178X) Vol:12, Issue:03, p. 22-35.

DOI:

[10.52096/jsrbs.12.03.02](https://doi.org/10.52096/jsrbs.12.03.02)

Received D.: 21.03.2026

Accepted D.: 29.04.2026

Journal of Social Research and Behavioral Sciences

editorsadab@gmail.com

psychoeducation, exposure techniques, and breathing exercises were implemented. As a result of these interventions, a decrease in panic symptoms and avoidance behaviors, as well as an improvement in anxiety management skills, were observed.

In conclusion, CBT was found to be effective in reducing the symptoms of panic disorder. Additionally, avoidance behaviors and cognitive distortions were identified as important therapeutic targets during the treatment process. Furthermore, supervision support appeared to enhance the effectiveness of therapy by providing a more structured and efficient implementation process. Therefore, when working with individuals experiencing panic disorder, it is considered important to focus not only on current symptoms but also on the individual's core beliefs and past experiences. Future studies are recommended to evaluate the effectiveness of CBT interventions for panic disorder in larger sample groups and to compare CBT with different therapeutic approaches.

Keywords: panic disorder, cognitive behavioral therapy (CBT), case study, exposure therapy

1.Giriş

Panik bozukluk kavramının; 1980 de modern psikiyatride ilk defa DSM-III sınıflandırılmasından bağımsız olarak tanımlandığı görülür (American Psychiatric Association [APA], 1980). Panik bozukluğun; bireyin duygu, davranış ve düşünce örüntülerini etkileyen aynı zamanda yineleyici ve beklenmedik panik ataklarla karakterize olan anksiyete bozukluğudur (APA, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırma sistemi olan ICD-11 panik bozukluğu; aniden başlayan, belirgin bir tetikleyici olmadan ve kısa sürede yoğunlaşarak artan panik atakların, tekrarlayıcı şekilde ortaya çıkması olarak tanımlar (WHO, 2022). Bu ataklara eşlik eden belirtilerin oldukça geniş olduğu görülüp, bu belirtiler fizyolojik ve bilişsel olarak ikiye ayrılır. Fizyolojik belirtiler: Çarpıntı, kalp hızında artış, terleme, titreme, nefes darlığı, baş dönmesi, uyuşma-karıncaalma vb. gibi tanımlanırken, bilişsel belirtiler ise: ölüm korkusu, kontrolünü kaybetme korkusu, beden duyularını felaketleştirme, derealizasyon (çevrenin gerçek dışı algılanması) ve depersonalizasyon (kişinin kendine yabancılaşma hissi) olarak tanımlanır (Clark, 1986).

Panik bozukluğun aynı zamanda tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmayan: biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin etkileşimi ile gelişen çok boyutlu bozukluk olduğuna, epidemolojik çalışmalara bakıldığında ise panik bozukluğun; yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık %2-4 arasında olduğuna saptanır (Kessler et al., 2006). Fakat panik atak deneyiminin, panik bozukluk tanısından daha yaygın ve toplumun daha geniş kesiminde görüldüğü belirlenir (Barlow, 2020). Bu bozukluk göz önünde bulundurulduğunda kadınlarda erkeklere oranla

yaklaşık iki kat daha sık görüldüğü belirlenmiş olup, genellikle ergenlik sonu ve genç yetişkinlik döneminde (20-30 yaş arasında) başladığı görülür (APA, 2013).

DSM-5'e göre panik bozukluk tanısının koyulabilmesi için belirli ölçütleri karşılanması gerektiği görülür. Bu ölçütlerin başında, ani başlayan ve genellikle birkaç dakika içinde zirveye ulaşan yoğun korku ya da panik atakların tekrarlayıcı biçimde yaşanması gerektiği görülür. Bu ataklar sırasında belirtilerden en az dördünün bulunması beklenir; çarpıntı veya kalp hızında artış, terleme, titreme ya da sarsılma, nefes darlığı veya boğuluyor gibi hissetme, göğüs ağrısı ya da sıkışma hissi, mide bulantısı veya karın rahatsızlığı, baş dönmesi, sersemlik ya da bayılacak gibi olma, derealizasyon (gerçeklikten kopma hissi) ya da depersonalizasyon (kendine yabancılaşma), kontrolünü kaybetme ya da "delirme" korkusu, ölüm korkusu, pareteziler (uyuşma veya karıncalanma) ve üşüme ya da ateş basması gibi belirtiler. Kritik bir diğer unsur ise, bireyin en az bir panik ataktan sonra bir ay veya daha uzun süre boyunca yeni bir atak geçireceğine ilişkin sürekli kaygı duyması ya da atakların olası sonuçları hakkında (örneğin kalp krizi geçirme, kontrolünü kaybetme) yoğun endişe taşımasıdır (APA, 2013).

DSM-5'e göre panik bozukluk, sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür. Bu durum, klinik tablonun şiddetini ve tedavi sürecini önemli ölçüde etkiler. En yaygın eşlik eden durumlardan biri agorafobi; panik bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %30–50'sinde Agorafobi belirtileri de bulunabilir. Ayrıca majör depresif bozukluğun da oldukça sık eşlik ettiği ve görülme oranının yaklaşık %50–60 civarında olduğu belirlenir (Kessler et al., 2006).

Panik bozukluğun tedavisi hem psikoterapötik yaklaşımları hem de farmakolojik müdahaleleri kapsayan bütüncül bir süreç olup, DSM-5 çerçevesinde değerlendirildiğinde; panik bozukluk tedavisinde temel amacın panik atakların sıklığını azaltmak değil; bireyin ataklara ilişkin geliştirdiği felaketleştirici düşünceleri değiştirmek, kaçınma davranışlarını azaltmak ve genel işlevselliğini yeniden kazandırmak olduğu belirlendi (APA, 2013). Bu noktada en etkili ve bilimsel olarak en güçlü kanıta sahip psikoterapi yöntemi; bilişsel davranışçı terapi (BDT) olarak kabul edilir. BDT, bireyin panik atak sırasında yaşadığı bedensel duyumları; yanlış ve tehdit edici biçimde yorumlama eğilimini hedef olarak alır. Terapide kişi, çarpıntı ya da nefes darlığı gibi belirtilerin tehlikeli olmadığı konusunda eğitilir ve bu duyumlara karşı duyarsızlaşma sağlanıp, kaçınma davranışları yerine daha işlevsel baş etme stratejileri geliştirilir. Ayrıca maruz bırakma teknikleriyle bireyin korktuğu durumlarla güvenli bir şekilde yüzleşmesi sağlanır; böylece panik döngüsünü sürdüren kaçınma ve beklenti kaygısı kırılır (Barlow, 2002; Craske & Barlow, 2007).

Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu

Farmakolojik tedavi ise panik bozuklukta belirtilerin biyolojik boyutunu hedef alıp; orta-şiddetli vakalarda ya da psikoterapinin tek başına yeterli olmadığı durumlarda önemli bir yer tutar. Bu bağlamda en sık kullanılan ilaç grubuna bakıldığında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) olarak bilinen antidepresanlar olduğu belirlenir (Bandelow et al., 2012).

Bilişsel davranışçı terapi; panik bozuklukta önemli bir yere sahip olduğu görülüp, bazı çalışmalarda etkililiğini kanıtlamış. Bu terapi yönteminin, panik bozuklukta; temel inançlarını ortaya çıkardığı, olumsuz düşünceleri belirlediği ve bu düşünceleri yeniden yapılandığı görüldü (Clark, 1986; Beck, 2005)

Olgu sunumunda ele alınan danışanın, panik atak yaşaması sebebiyle yoğun korku ve kaygı hissettiği; işlevselliğinde azalma olduğu, sosyal geri çekilme ve uyku problemleri yaşadığı belirlendi. Aynı zamanda DSM-5 tanı kriterlerine göre panik atağa eşlik eden bedensel belirtilerden en az dördünü karşıladığı; atakların yaklaşık bir yıldır sürmesi, en az bir ay boyunca yeni atak korkusu taşıması ve kaçınma davranışları sergilemesinden dolayı DSM-5 tanı kriterlerini karşıladığı düşünülür.

Bu çalışmanın amacı; panik bozukluk yaşayan bireyde, süpervizyon eşliğinde uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımının etkililiğini olgu sunumu kapsamında incelemek, aynı zamanda klinik uygulamaya katkı sağlamak ve bu süreci gözlemlemektir.

2.Yöntem

Bu çalışma, panik bozukluk tanısı almış bir danışanın olgu sunumuna dayalı olarak hazırlandı. Olgu sunumu, bireyin yaşadığı psikolojik veya tıbbi durumun ayrıntılı şekilde ele alındığı bilimsel bir çalışma olarak bilinir. Aynı zamanda belirtilerin ortaya çıkış süreci, değerlendirme yöntemleri, elde edilen sonuçlar ve uygulanan müdahalelerde ele alınır (Yıldırım & Şimsek, 2018). Danışanla her seans ortalama 50 dakika sürmüş olup, toplamda 8 seanslık bir müdahale programı uygulandı. Süreç boyunca elde edilen veriler, gözlem notları ve elde edilen bulgular; bütüncül şekilde değerlendirildi. Araştırma sürecinde etik ilkelere göz önünde bulundurulup, danışanın kimlik bilgileri gizli tutuldu. Danışandan süreç hakkında sözlü olarak onam alınıp, aynı zamanda Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındı.

Süpervizyon Süreci

Olgu çalışması kapsamında yürütülen terapi süreci, süpervizyon kapsamında yapılandırıldı ve oturum sonrasında grup süpervizyonu şeklinde gerçekleşti. Süpervizyon oturumları ortalama olarak 120 dakika sürdü. Bu süreçte danışana ait bilgiler, gizlilik ilkesine uygun şekilde ele alınmış olup, terapistin müdahaleleri ve süreç içerisinde ortaya çıkan zorluklar değerlendirildi. Süpervizör tarafından sağlanan geri bildirimler göz önünde bulundurularak vaka formülasyonu düzenli gözden geçirildi; müdahaleler yeniden yapılandırıldı, sürecin daha işlevsel ilerlemesi sağlandı.

3.Bulgular

Olgu

Danışan, 28 yaşında, kadın, bekar, üniversite mezunu. İstanbul da annesi ve babasıyla birlikte yaşıyor. Danışan, son zamanlarda yaşamış olduğu; nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi ve terleme gibi bedensel belirtiler nedeniyle seansa geldi. Danışan yaklaşık 1 yıl önce yaşadığı; ani ve beklenmedik panik atak sonrasında yaşamında bazı belirgin değişiklikler olduğunu ifade etti. Fakat atak öncesinde genel olarak güzel bir yaşamı olduğunu belirtti. Son zamanlarda yaşamış olduğu bu belirtilerin şiddetlendiğini; özellikle akşamları evde yalnız kaldığında, panik hissi ve yoğun korku yaşadığını belirtti. Günlük işlerini yapmakta zorlanır. Ayrıca şu an çalışmıyor olması nedeniyle günleri pasif geçer. Danışan, sosyal çevresiyle olan ilişkisinin eskiye oranla azaldığını belirtti. Artık sosyal aktiviteler yapmaktan; keyif almadığını, sosyal ortamlardan; kaçındığını ifade etti. Danışanın, anne ve babasıyla olan ilişkisi genel anlamda iyi değil. Onlar çalıştığı için; çok görmediğini ve birlikte vakit geçiremediklerini ifade etti. Son zamanlarda uyku problemi yaşar. Geceleri uykuya dalmada zorluk yaşadığını ve genel anlamda uykusuz kaldığını belirtti. İştahında eskiye oranla azalma var. Gün içerisinde öğünleri atladığını fakat herhangi bir kilo kaybı yaşamadığını belirtti. Danışan, kalp krizi geçireceği düşüncesinin zihninde zaman zaman tekrar ettiğini ve bu düşüncüyü engelleyemediği için; terapiye gitme ihtiyacı hissettiğini belirtti.

Danışanın şimdiki şikayetlerinin; yaklaşık bir yıl önce ani ve beklenmedik panik ataklar yaşadktan sonra başladığı öğrenildi. Atakların genellikle birkaç dakika içinde yoğunlaşp kısa süreli olmasına rağmen, oldukça rahatsız edici ve korkutucu hissettirdiğini ifade etti. İlk panik

Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu

atağın, yoğun stres altında olduğu bir dönemde ortaya çıktığı ve danışanda “kalp krizi geçireceğim”, “kontrolümü kaybedeceğim” ve “öleceğim” gibi düşüncelerle beraber görüldüğü gözlemlendi.

Panik ataklar sonrası; danışanın, belirli durum ve ortamlardan kaçındığı ve bu ortamlara gitmediği görüldü. Özellikle toplu taşıma araçlarını kullanmak istemediğini, kalabalık mekanlar ve sosyal etkinliklere katılmak istemediğini dile getirdi. Bu kaçınma davranışlarının; sosyal yaşamını ve günlük işlevselliği kısıtladığı görüldü.

Son dönemlerde artan panik hissi ile sosyal geri çekilmenin arttığı, günlük işlevselliğin giderek azaldığı gözlemlendi. Danışan, günlük yaşamındaki sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanmakta ve erteleme davranışları sergilemekte. Ayrıca “kontrolümü kaybedeceğim” ve “öleceğim” gibi düşüncelerin sıklaştığını ifade etti. Danışan, yaşamış olduğu bu sürecin kontrolü dışında gerçekleştiğini ve baş etmekte zorluk çektiğini belirtti. Daha önce profesyonel destek almadığını, belirtilerin artması ve günlük yaşamı etkilenmesi sebebiyle; ilk kez destek almak istediğini dile getirdi.

Danışan, atak sonrası geçen süreçte; kaygı ve korkusunu çoğunlukla bastırmaya çalıştığını ifade etti. Bu durumun onda kontrolünü kaybetme ve kötü bir şey olacakmış hissine kapılmasına neden olduğunu düşünülür. Panik atak sonrası; gelecek yaşamına dair umutsuzluk yaşadığını dile getirdi. Danışan son günlerde sık sık kontrolünü kaybetme düşüncesine daldığını; öleceğim, kötü bir şey olacak düşüncelerinin yoğunlaştığını belirtti. Ayrıca ilk panik atağı yaşadığı zaman zihninde; “kalp krizi geçireceğim”, “öleceğim” ve “kontrolümü kaybedeceğim” gibi düşüncelerin istemsiz canlandığını ve bu durumun onu çok zorladığını belirtti.

Danışan son zamanlarda dikkatinin azaldığını, odakta sorun yaşadığını ve günlük karar verme yetisinde zorluk çektiğini ifade etti. Bedensel olarak sık sık; çarpıntı, nefes darlığı yaşadığını dile getirdi. Danışanın sosyal destek kaynakları yeterlidir. Fakat bu konuyu konuşmaktan kaçınması nedeniyle; yalnızlaşma duygusunda artış olduğunu ifade etti. Anne ve babasıyla ilişkisinin genel olarak iyi olmadığını; atak sonrasında bu durumun değişmediğini ve aynı olduğunu ifade etti.

Seans sırasında danışan; kaygılı olduğu görülür. Ayrıca konuşma temasının korku etrafında şekillendiği gözlemlendi. Danışan yaşadığı atakların, yaklaşık bir yıldır sürmesi nedeniyle;

endişelendiğini ifade etti. Bu endişelerini gidermek, korku ve kaygısını azaltmak istediğini belirtti. Bu nedenle psikolojik destek almaya istekli olduğu gözlemlendi.

Geçmiş Yaşam Öyküsü

Danışan, 1998 yılında İstanbul da ailenin tek çocuğu olarak dünyaya gelmiş. Çocukluk döneminde, ailesinin ekonomik sıkıntılar yaşadığını ve bu sıkıntılarla baş etmeye çalıştığını ifade etti. Anne ve babasının yoğun çalışması nedeniyle; onları çok göremediğini ve anne baba figüründen yoksun kaldığını dile getirdi. Babası ve annesiyle olan ilişkisinin iyi olmadığını; aile ortamında yeterli ilginin olmadığını belirtti. Danışanın, çocukluk dönemi; yalnızlık hissi ile geçtiği belirlendi.

Lise döneminde yatılı okulda kaldığını bu nedenle kendini daha yalnız hissettiğini dile getirdi. Anne ve babasıyla ilişkisinin bu dönemde daha çok gerilediğini ifade etti. Bu dönemde ailesinin ona karşı baskıcı bir tavır aldığını bu tavrın nedeni ise; aile ilişkilerinin daha da gerilemiş olmasından kaynaklı olduğunu ifade etti. Bu yüzden kendisini zaman zaman savunmasız hissettiğini belirtti.

Genel olarak geçmiş yaşam deneyimlerine bakıldığında; savunmasızlık hissi, yalnızlık hissi, sorumluluk yükü, duygusal ilgisizlikten oluşan yaşam öyküsüne sahiptir. Bu yaşantıların, yaşadığı atak süreciyle birlikte duygusal açıdan zorluk yaşamasını arttırdığı düşünülür.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Danışanın klinik tablosu değerlendirilmiş olup; belirtilerin panik atak süreciyle ilişkili olduğu düşünülüyor. Fakat benzer belirtiler gösteren diğer psikiyatrik bozukluklarla, ayırıcı tanısının incelenmesi gerekir.

İlk olarak Panik bozukluk ayırıcı tanıda önce çıkar. Ani beklenmedik panik ataklar, atak sırasında yoğun korku, bedensel belirtiler, atak tekrarına dair kaygı duyma, “öleceğim”, “kontrolümü kaybedeceğim” bilişleri, işlevsellikte bozulma ve yaklaşık bir yıldır bu belirtilerin devam etmesinden dolayı bu tanıyı destekler.

Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu

İkinci olarak Majör Depresif Bozukluk ayırıcı tanı çerçevesinde değerlendirildiğinde; sosyal geri çekilme, isteksizlik, pasifleşme ve işlev kaybı nedeniyle düşünülebilirdi fakat belirtiler daha çok anksiyete ve kaçınma ekseninde ilerler. Bu yüzden eş tanı olarak değerlendirilebilir.

Üçüncü olarak Agorafobi ile ayırıcı tanı ayrılır. Agorafobide, toplu taşıma, açık alan, kapalı alan gibi özgül fobiler görülür atak sürecinde ise danışan daha çok sosyal ortamlardan kaçınır, dışarı çıkma ve yalnız kalma korkusu yaşar ve güvenli alan ihtiyacı arayışındadır. Bu yüzden agorafobi eş tanı olarak değerlendirilmez.

Dördüncü olarak Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile ayırıcı tanı incelendiğinde; sosyal anksiyete de temel korku sosyal değerlendirilme fakat danışanda ise; panik yaşama ve kontrolünü kaybetme korkusu olduğu için bu noktada ayırıcı tanı olarak değerlendirilemez.

Sonuç olarak, danışanın klinik tablosu Panik Bozukluk ile daha uyumlu olduğu ancak Majör Depresif Bozukluğunda eş tanı olarak değerlendirilebileceği düşünüldü.

Vakanın Teknik Özetlenmesi

28 yaşında, kadın, danışanla Bilişsel Davranışçı Terapi kapsamında seanslar gerçekleşti. Ortalama 50 dakikadan oluşan toplam 8 seans gerçekleşti.

Tablo 1: Vakanın Teknik Özetlenmesi-Vaka Formülasyonu

Erken Yaşam Deneyimi	Anne- Baba ile zayıf ilişki, çocukluk döneminde yoğun yalnızlık hissi, anne-babanın yoğun çalışması nedeniyle duygusal ilgi ve desteğin yetersiz olması, yatılı okul sürecinde terk edilmişlik ve yalnızlık hissi, baskıcı aile tutumu nedeniyle yetersizlik ve savunmasızlık hissi
Çekirdek İnanç	“Yalnızım”, “zayıf ve savunmasızım”
İşlevselliği Bozan Varsayım	“Eğer kontrolü kaybedersem kötü bir şey olur ve bununla baş edemem”
Kritik Olay	İlk panik atağın yoğun stres döneminde ortaya çıkması

Olumsuz Otomatik Düşünceler	“Kalp krizi geçiriyorum”, “Öleceğim”, “Kontrolümü kaybedeceğim”
Belirtiler	Bilişsel: felaketleştirme düşünceler, dikkat ve odak sorunları Somatik: Çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi, terleme Davranışsal: kaçınma davranışı (kalabalık ortam ve sosyal aktivitelerden), erteleme davranışı Duygusal: korku, yoğun kaygı, yalnızlık, umutsuzluk Motivasyonel: isteksizlik, pasifleşme

Oluşturulan bu vaka formülasyonu, süpervizyon kapsamında düzenli şekilde gözden geçirilmiş olup, bilişsel ve davranışsal yapılandırmalar süpervizyon oturumlarında ele alınıp, yeniden değerlendirildi. Bu süreçte, erken dönem yaşantılarına bağlı olarak gelişen çekirdek inançlar daha kapsamlı şekilde ele alınıp; süpervizyon katkısıyla müdahale hedefleri daha net belirlendi.

Tedavi Planı

Danışanla yürütülecek terapi sürecinde temel amaç: Otomatik düşünceleri tanımak ve yeniden yapılandırmak, kaçınma davranışlarını azaltmak, sosyal ve günlük yaşam işlevselliğini artırmak ve bedensel duyumlara karşı tolerans geliştirmek.

Seans 1: Danışanla terapötik ilişki kurulup, güven ortamının sağlanacak ve terapi hakkında genel bilgilendirme yapılacaktır.

Seans 2: Danışana panik atak süreci hakkında psikoeğitim verilir, yaşadığı belirtilerin anlaşılıp; normalleştirilmesi sağlanacaktır.

Seans 3: Danışanın otomatik düşünceleri belirlenip bu düşünceleri üzerinde durulacaktır.

Seans 4: Danışanın belirlenen olumsuz otomatik düşünceleri; bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri ile ele alınıp daha işlevsel ve daha gerçekçi düşünceler geliştirilmesi sağlanacaktır.

Seans 5: Danışanın göstermiş olduğu kaçınma davranışları belirlenip, bunlar üzerinde çalışılacaktır.

Seans 6: İlk panik atağa ait ortam, duygular ve anılarla yüzleştirilip; kontrolü ve aşamalı şekilde maruz bırakma çalışması yapılacak.

Seans 7: Danışanın günlük yaşam aktiviteleri katılımı sağlanacak. İşlevselliği artırmak ve kaçınma davranışlarını azaltmak için davranışsal canlandırma çalışmaları yapılacak. Başa çıkma becerileri geliştirilecek.

Seans 8: Gevşeme egzersizleri ve duygu düzenleme teknikleri üzerinde çalışılıp, korku ve kaygı duyguları ele alınacak Ayrıca nüks çalışmaları yapıp, gelecekte kullanacağı baş etme yöntemleri pekiştirilecek.

Tedavi Süreci

1.Seansta: Danışanın seansa başvuru nedeni detaylı ele alınıp; mevcut belirtileri ve yaşam öyküsü değerlendirildi. Terapi süreci hakkında genel bilgi verilip, terapötik ilişki kurulup ayrıca güven ortamı sağlandı.

2. Seansta: Danışana Panik Bozukluk süreci hakkında psikoeğitim verilip, duygusal ve davranışsal tepkilerinin normalleştirilmesin sağlandı. Ayrıca yaşadığı belirtilerin anlaşılması sağlandı.

3. Seansta: Panik atak sonrası yaşanan olumsuz düşünceler belirlendi. “Kalp krizi geçireceğim”, “öleceğim”, “kontrolümü kaybedeceğim” gibi düşüncelerinin hangi durumlarda ortaya çıktığı değerlendirilip, danışana düşünce-duygu-davranış ilişkisi hakkında bilgi verildi.

4. Seansta: Daha önceki seansta belirlenen olumsuz otomatik düşünceler, yeniden yapılandırılıp ele alındı. Ayrıca danışanın bu düşüncelere yönelik daha işlevsel ve daha gerçekçi düşünceler geliştirmesine katkı sağlandı.

5. Seansta: Bu seansta danışanın kaçınma davranışları üzerinde durulup, bu davranışlar belirlendi Atak sürecinde kaçınma davranışlarının nasıl sürdürüldüğü üzerinde duruldu.

6. Seansta: Danışanı ilk panik atağa dair anılar ve ortamlar ile yüzleştirip, kaçınma davranışlarının uzun vadede mi yoksa kısa vadede mi sorunları devam ettirdiği fark ettirildi. Duyguların ifadesi sağlanıp ve maruz bırakma çalışmaları planlanıp uygulanmaya başlandı.

7. Seansta: Danışanın, günlük yaşam aktiviteleri planlandı, sosyal geri çekilmeyi azaltmak için keyif aldığı aktiviteler belirlendi. Ayrıca kaçınma davranışlarını azaltmak için davranışsal canlandırma çalışmaları planlandı.

8. Seansta: Gevşeme egzersizleri ve nefes teknikleri öğretilip, başa çıkma becerileri geliştirildi. Duygu düzenleme stratejileri öğretilip, terapinin genel değerlendirilmesi yapıldı. Nüks çalışmaları yapıp, baş etme becerileri pekiştirildi.

Süpervizyon kapsamında elde edilen geri bildirimler baz alınarak; farkındalık temelli müdahaleler süreçte öne plana çıkarılıp, danışana uygun ve bütüncül terapi süreci gerçekleştirildi.

4.Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın amacı, panik bozukluk yaşayan bireyin; süpervizyon eşliğinde yürütülen Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımının etkililiğini, olgu sunumu kapsamında incelemektir. Ayrıca olgunun, literatürde bildirilen BDT uygulamalarıyla uyumlu olarak yürütülmesi etkinliğini artırdığı düşünüldü. Ayrıca terapötik sürecin klinik uygulamalara ışık tuttuğu düşünülür (Craske et al., 2022). Danışanın yaşadığı belirtiler göz önünde bulundurulduğunda; nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi, terleme gibi. Bu belirtilerin varlığı DSM-5-TR’de (2022) panik bozukluk, “Panik Bozukluk (Panic Disorder)” kriteri ile uyumlu olduğu sonucuna varıldı (APA, 2022). Panik atağın, yaygın görülmesine rağmen bazı bireylerde süreklilik kazanıp panik bozukluk düzeyine kadar ulaştığı bazı çalışmalar ile paralellik gösterir (Clark, 1986; Beck & Emery, 2005).

Terapi süreci boyunca uygulanan bilişsel davranışçı müdahaleler, maruz bırakma uygulamaları, bilişsel yeniden yapılandırma ve psikoeğitimin belirtilerin azalmasına etki ettiği için; BDT’nin, panik bozukluk tedavisinde etkililiğiyle ortaya koyan daha önceki çalışmalarla aynı doğrultuda olduğu düşünülür (Clark, 1986; Clark et al., 1994; Beck&Emery, 2005). Ayrıca uygulanan maruz bırakma temelli müdahalelerin, korkulan bedensel duyumlara yönelik tehdit algısını azaltıp, kalıcı ve iyi yönde iyileşme sağladığı görüldü (Craske et al., 2022). Bu olguda ele alınan süreçte de uygulanan müdahaleler sonrasında danışanın panik belirtilerinde belirgin bir azalma gözlenmiş olup; bedensel duyumlara yönelik felaketleştirici yorumların zayıfladığı, kaygı toleransının arttığı ve kaçınma davranışlarının azaldığı tespit edildi. Elde edilen bu bulgular,

Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu

panik bozukluğun bilişse modele göre önceki çalışmalarla tutarlılık gösterdiği görüldü (Carl, 1986). Ayrıca bu olguda elde edilen bulgular, bilişsel davranışçı terapinin yalnızca semptomları değil, aynı zamanda bu semptomları sürdüren bilişsel ve davranışsal belirtileri hedef aldığını gösteren güncel çalışmalarla tutarlıdır (Gloster et al., 2020; Knowles et al., 2022). Fakat olgu sunumunun sınırlı olması göz önünde bulundurularak; süpervizyon, farklı terapilere ait tekniklerin seçilmesine katkı sağlayıp bilişsel yaklaşımın daha yapılandırılmış şekilde uygulamasına katkı sundu.

Bu çalışma sonucunda; Bilişsel Davranışçı Terapinin panik bozukluk belirtisi yaşayan danışanda etkili bir müdahale yöntemi olduğu görülüp, danışanın terapi sürecinin sonunda; kaçınma davranışlarında gerileme, işlevselliği kazanma, olumsuz otomatik düşüncelerde azalma, sosyal aktivitelere katılım sağlandığı ve uyku problemlerinde düzelme olduğu görüldü (APA, 2022). Bu da panik bozuklukta; bilişsel, davranışsal ve duygusal boyutların birlikte ele alınmasının önemine değinir. Ayrıca terapi sürecinde erken dönem yaşantılarıyla şekillenen bilişsel şemalar, bedensel duyumlara yüklenen anlamlar ve kaçınma davranışları, bozukluğun gelişiminde ve sürdürülmesinde temel rol oynadığı belirlendi. Bu süreçte erken yaşam deneyimlerinin dikkate alınması tedavi etkililiğini artırdığı görüldü. Bu bulgular, panik bozukluğun bilişse modelini ele alan çalışmalarla tutarlılık gösterir (Clark, 1986). Ayrıca süpervizyonun terapistin klinik becerilerine katkı sağlayıp, sürecin niteliğini artırdığı görüldü.

Panik bozukluk belirtisi yaşayan bireylerle çalışırken sadece mevcut şikayetlerden ziyade temel inanç ve geçmiş yaşantıların değerlendirilmesi; duygusal yoksunluğunda, panik bozukluğunun kronikleşmesini önleyen bir faktör olduğu düşünülür. Bu nedenle belirtileri yaşayan bireylerin psikolojik destek almasına teşvik edilmesi ve terapiye gitme düşüncesi desteklenmesi önem taşır (Beck & Emery, 2005). Gelecekte yapılacak araştırmalarda, panik bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamalarının etkinliği; daha geniş örneklem gruplarında değerlendirilmesi ve farklı terapi yaklaşımları ile karşılaştırılması önerilir. Ayrıca bu kapsamda alanyazına katkı sağlayacağı düşünülür.

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Author.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). *Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial*. *JAMA*, 283(19), 2529–2536. <https://doi.org/10.1001/jama.283.19.2529>

Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., & Möller, H. J. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(2), 77–84. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.667114>

Carl, E., Witcraft, S. M., Kauffman, B. Y., Gillespie, E. M., Becker, E. S., Cuijpers, P., Van Ameringen, M., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2020). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): A meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 1-21.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1560358>

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502–514.
<https://doi.org/10.1002/da.22728>

Clark, D. M. (1986). *A cognitive approach to panic*. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)

Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage Publications.

Gloster, A. T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydın, G., Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Ruiz, F. J., Garcia-Martin, M. B., Obando-Posada, D. P., Segura-Vargas, M. A., Vasiliou, V. S., McHugh, L., Höfer, S., & Karekla, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLOS ONE*, *15*(12), e0244809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). *The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of General Psychiatry*, *63*(4), 415–424. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.415>

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2018). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (11. bs.). Seçkin Yayıncılık.

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th rev.). [ICD-11 Browser](#)