

Vaka Çalışması

## Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu

Nida ATEŞ<sup>1\*</sup>, Kuntay ARCAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Kültür Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Maltepe Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

### Makale Bilgisi

#### Anahtar kelimeler:

panik bozukluk, bilişsel davranışçı terapi, maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma.

#### Keywords:

Panic disorder, cognitive behavioral therapy, exposure, cognitive restructuring.

### Öz

Bu olgu sunumunda, DSM-5'e göre panik bozukluk belirtileri gösteren, 19 yaşında erkek bir danışanın, Bilişsel Davranışçı Terapi yaklaşımıyla 11 seanslık tedavi süreci anlatılmıştır. Danışanın akut problemi olan panik atak semptomlarıyla başa çıkmak için yaptığı güvenlik sağlayıcı davranışlar ve kaçınma davranışları davranışçı yaklaşımla ortadan kaldırılmış, bedensel duyuları hakkındaki yanlış yorumlamaları ise bilişsel yaklaşımla değiştirilmiştir. Danışanın diğer şikayeti olan, evde yalnız kalmaktan korkma ile ilgili, yaşayarak maruz bırakma kapsamında ev ödevleri planlanmıştır. Bu uygulamaların neticesinde; güvenlik sağlayıcı davranışları ya da kaçınmaları olmaksızın, korktuğu felaketlerin gerçekleşmediğini deneyimlemesi sağlanmıştır. Panik bozuklukla ilgili psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, nefes ve gevşeme egzersizleri, duyguları ben dili ile ifade edebilme öğretimini içeren bu tedavi yaklaşımının detayları ve sonuçları ilgili literatür ışığında detaylandırılmıştır.

### Abstract

In the current case study, 11 sessions of Cognitive Behavioral Therapy process of a 19 years old male who had panic disorder symptoms according to DSM-5 was presented. Safety and avoidance behaviors of the client in order to cope with the acute panic attack symptoms were abolished with a behavioral approach, and the misinterpretations about his bodily sensations were changed with a cognitive approach. Homeworks based on exposure was planned for the other complaint of the client that was the fear of being alone at home. As a result of the treatment, the client realized that he did not experience the expected catastrophe in the lack of safety or avoidance behaviors. The treatment that included psycho-education about panic disorder, cognitive restructuring, exposure, breathing and relaxation exercises, supporting the expression of emotions and the outcome of the treatment was detailed in the light of the relevant literature.

\*Sorumlu Yazar, İstanbul Kültür Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, E-5 Karayolu üzeri, Bakırköy, 34158, İstanbul.

e-posta: nidaates@yahoo.com,

DOI: 10.31682/ayna.468240

Gönderim Tarihi (Received): 19.02.2018; Kabul Tarihi (Accepted): 15.08.2018

2148-4376/ All rights reserved.



## Giriş

DSM- 5'e (Amerikan Psikiyatri Birliği [APB], 2014) göre panik atak, o sırada ortaya çıkan çarpıntı, kalp hızının artması, terleme, titreme, boğuluyor gibi olma duyumu, soluğun tıkanıdığı duyumu, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu, titreme ya da ateş basması duyumu, uyuşmalar, gerçek dışılık (derealizasyon, depersonalizasyon), denetimi yitirme ya da çıldırma korkusu, ölüm korkusu belirtilerinden en az dördünün bulunması halinde söz konusu olmaktadır. Ayrıca ataklardan en az birinden sonra en az bir ay süreyle başka panik ataklarının olacağı ile ilgili sürekli kaygılanma, panik atak geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar geliştirme panik bozukluk kapsamında değerlendirilmekte ve bu bozukluğun bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamayacağı belirtilmektedir (APB, 2014).

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) panik bozukluğun tedavisinde etkili olduğunu ortaya koyan farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır (Bruinsma ve diğerleri, 2016; Butler ve diğerleri, 2006; Gould ve diğerleri, 1995; Oei ve diğerleri, 1999; Otto, Pollack ve diğerleri, 2016; Otto, Tolin ve diğerleri 2012; Otto, Tuby ve diğerleri, 2001). Gould ve diğerleri (1995) panik bozukluğun tedavisinde bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma ile kombine edilen BDT'nin, yalnızca bilişsel yeniden yapılandırma, yalnızca maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma ve gevşeme egzersizi eğitimi, maruz bırakma ve gevşeme egzersizi eğitimini içeren BDT kombinlerine ve farmakolojik tedaviye kıyasla daha güçlü etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Tedavi sonrası yürütülen 1 yıllık izleme çalışmasında BDT'nin tedavi etkisinde neredeyse hiç değişim olmadığı, farmakolojik tedavinin etkisinde azalma olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, panik atak semptomlarının nüksünü önlemede de BDT'nin farmakolojik tedavilere göre daha etkili olabileceğine işaret etmiştir.

BDT formülasyonuna göre panik atak döngüsü, öncelikle belirli bir dizi olay, bedensel duyum ya da zihinsel olayların felaketleştirilmesi ve yanlış yorumlanması ile başlar (Clark, 1986). Felaketleştirilen ve yanlış yorumlanan uyaranlar, genellikle kan basıncındaki durumsal değişimler, stres, yorgunluk gibi durumların normal sonuçları iken, kişi bu belirtileri yanlış yorumlar. Bu yanlış yorumlamalar boğulma, kalp krizi geçirme ve kontrolü kaybetme gibi kişiye o an oldukça inandırıcı gelen düşünceleri içerirler (Clark, 1986). Yanlış yorumlamalar ortaya çıktığında, baş etmeye yönelik olan güvenlik ve kaçınma davranışları gelişir ve bu davranışlar, içsel olaylara olan seçici dikkat sorunun sürmesine neden olur (Clark, 1986). Bazı güvenlik davranışları, belirtileri şiddetlendirebilir. Örneğin boğulma korkusundan dolayı derin nefesler almak hiperventilasyona sebep olabilir (Wells, 1997). Öte yandan, beklenen felaketin gerçekleşmemesi güvenlik davranışlarının yapılmasına

atfedilebilir ve bunun sonucunda güvenlik davranışları, yanlış yorumlamanın değişimini önleyebilir (Salkovskis, 1991).

BDT yaklaşımında, panik bozukluğu olan hastalara, psiko-eğitim kapsamında panik atakların doğası ve panik atak döngüsü açıklanır (Köroğlu, 2011). Bilişsel yeniden yapılandırma için, panik atak döngüsünde etkili olan kalp krizi geçirileceği ya da çıldırılacağı gibi bedensel duyuların yanlış yorumlamalarının fark ettirilmesine çalışılır (Köroğlu, 2015).

Panik atak döngüsünü değiştirmek için kullanılan BDT tekniklerinden bir diğeri ise maruz bırakmadır. Maruz bırakma (exposure), işlevsel olmayan kaçınma davranışlarının eşlik ettiği ruhsal sorunları olan danışanları, duygusal tepki gösterdikleri uyarımlarla karşı karşıya getirerek ve gösterdikleri duygusal tepkiyle uyumlu, çoğu kez kaçma ya da güvenlik sağlamaya yönelik davranışlarını önlemeye çalışarak uygulanan bir yöntemdir (Köroğlu, 2011). Maruz bırakma (karşı karşıya gelme) yöntemi; yaşayarak maruz bırakma, imgesel maruz bırakma, yapılandırılmamış maruz bırakma, beden-duyumsal maruz bırakma, anımsatıcılara maruz bırakma ve karşıt tepki geliştirme yöntemleri olarak kendi içerisinde sınıflandırılmaktadır (Köroğlu, 2011). Panik bozukluk özelinde uygulanan maruz bırakma teknikleri, panik atağı ortaya çıkaran ve sürdüren bedensel duylara danışanın maruz bırakılmasını içermektedir (Durna, 2016).

Bu olgu sunumunda, 1 yıl 1 aydır çarpıntı, kalp hızının artması, terleme, soluğun daraldığı ve boğuluyor gibi olma duyumu, soluğun tıkanıdığı duyumu, göğüs ağrısı ve göğüste sıkışma, kalp krizi geçirme ile ilgili tasalanma belirtileri ve korku yaşamamak için kaçınma davranışları ile DSM-5'e (APB, 2014) göre panik bozukluk tanısını karşıladığı düşünülen, 19 yaşındaki erkek danışanın, haftada bir gün, 50 dakika ve 11 seans olarak gerçekleştirilen BDT ile tedavisinin, uygulanan teknikler ve klinik izlem ışığında aktarılması amaçlanmıştır.

Alan yazın gözden geçirildiğinde panik bozukluğun BDT ile tedavisini içeren olgu sunumlarının fazla olmadığı gözlenmiştir. İlgili kaynaklar arasında ilaç (Onur, 2007; Yaşan ve Tamam 2009), yüzleştirme (Beck, Shipherd ve Zebb, 1997), BDT ve ilaç (Leahy, 2003) tedavi örneklerini içeren sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Olgu sunumlarını da içeren diğer BDT kaynaklarında ise panik bozukluk tedavisinin yaygın kaygı bozukluğu ve agorafobinin eşlik ettiği vakalarla birlikte ortak bir başlık altında sunulduğu (Oltmanns ve diğerleri, 2017; Savaşır, Soygüt ve Barışkın, 2009) ya da tedavi sürecinin detaylarından ziyade kısa diyalogların ve vaka fomülasyonlarının yer aldığı anlatımların öne çıktığı (Köroğlu, 2011; Wells, 1997) dikkat çekmiştir. Alan yazındaki gözlenen bu kısıtlılık nedeniyle şikayetleri panik bozukluk ile sınırlı olan bir danışanın formülasyon ve müdahaleleri de içerecek biçimde sadece BDT tekniklerinden faydalanılan psikoterapi sürecine ayrıntılarıyla yer veren bu olgu sunumunun alana yönelik uygulama örneği sağlaması açısından faydalı olacağı düşünülmüştür.

## Olgu

19 yaşında, meslek lisesi mezunu olan erkek danışan, 1,85 boylarında, uygun kilodadır ve öz bakımı yerindedir. Bir önceki yıl istediği bölüme yerleşemediği için, üniversite giriş sınavına hazırlanmakta, kursa gitmektedir. Babasını 1 buçuk yıl önce kalp krizi nedeni ile kaybetmiştir. Annesi ve ağabeyi ile yaşamaktadır. Ağabeyi lise mezunudur, yarı zamanlı bir işte çalışmaktadır. Annesi tam zamanlı bir işte çalışmakta ve ailenin geçimini sağlamaktadır.

İlk görüşme değerlendirmesinde danışan, henüz bir hafta önce ilişkilerinin başladığı bir kız arkadaşının olduğunu ifade etmiştir. Kız arkadaşıyla daha önceden de arkadaş olduğunu, birbirlerini tanıdıklarını ve en fazla vakit geçirdiği, en fazla duygusal paylaşımının olduğu kişinin kız arkadaşı olduğunu belirtmiştir.

Danışanın arkadaşları, annesi ve ağabeyi ile ilişkilerinin “iyi” olduğu bilgisi alınmıştır. Annesi ve ağabeyinin duyguları ifade etme, derin duyguları konuşma anlamında çekingen ve kaçınmacı olduğunu söylemiş; kendisini ise “sosyal ancak biraz çekingen biri” olarak tanımlamıştır. Klinik gözlem, danışanın kendisi ile ilgili bu anlatımını desteklemiştir. Eğitim hayatında uyumlu olduğu, öğretmenleriyle arasının iyi olduğu, ancak “çok çalışkan” olmadığı bilgileri alınmıştır. Arkadaş çevresinde “sevilen birisi” olduğunu ifade etmiştir. Boş zamanlarında arkadaşlarıyla vakit geçirdiğini, bilgisayar oyunu oynadığını ve telefonla mesajlaştığını aktarmıştır.

Terapiye geliş nedenlerini, bir yıl bir aydır devam eden çarpıntıları, daralma, boğulma hissi, babasının ölümü sırasında babasıyla yalnız olması ve bu sırada yaşadığı çaresizlik, yoğun korku ve endişe duyguları, evde yalnız kalmaktan korkma ve kaçınma olarak tarif etmiştir.

Danışan kalp krizi geçirebileceğini ve kalbinde bir sorun olabileceğini ifade ederek 5 kez kardiyoğa gittiğini, gittiği tüm doktorlardan kalbinde bir sorun olmadığı bilgisini aldığını, bunun üzerine şiddeti ve sıklığı azalsa da panik ataklarının devam ettiğini, bir öğretmenin tavsiyesi ile psikoloğa geldiğini, öncesinde herhangi bir psikiyatrik ya da psikolojik yardım başvurusunun olmadığını aktarmıştır.

Yaşadığı sıkıntıların, babasının ölümünden sonra başladığını, kalp krizi geçiren babasının ölüm sürecine tanıklık etmesinin kendisini derinden etkilediğini anlatmıştır. Bu olay sonrası dedesi ve bazı akrabalarında kalp rahatsızlığı olmasının da etkisiyle kalp krizi geçirmekten korktuğunu, kolda uyuşma, çarpıntı gibi kalp krizi belirtilerine sahip olduğunu düşündüğünü aktarmıştır. İlk panik atağını, babasının ölümünden 2 ay sonra geçirdiğini, midesinin bulanarak başının döndüğünü, uyuşmalarının olduğunu ve ailesine ambulansı aramalarını söylediğini aktarmıştır. Panik ataklarını, günde ortalama 3 kez yaşadığını ifade

etmiştir. Şikayetleri ilk başladığında “Şuan kalp krizi geçiriyorum” düşüncesinin aklından geçtiğini söylemiştir. Panik atakları sebebiyle kaçındığı durumun sadece evde yalnız kalmak olduğunu ifade etmiştir.

Değerlendirme görüşmesinde DSM 5'e (APB, 2014) göre ayırıcı tanı ve eş tanı kapsamındaki inceleme ve gözlemin sonucunda, panik bozukluk tanısına herhangi başka bir bozukluğun eşlik etmediği düşünülmüştür.

Danışanın psikoterapi süreci, 17 Mart 2017 ile 1 Haziran 2017 tarihleri arasında, bir üniversitenin klinik psikoloji doktora programının süpervizyon eğitimi kapsamında haftada bir ve toplamda on bir seans olarak gerçekleştirilmiştir. Bir danışmanlık merkezinde yürütülen seanslar, BDT ekolü çerçevesinde yapılandırılmıştır.

Değerlendirme görüşmesinin ardından; panik atak semptomlarını ortadan kaldırmak ve evde yalnız kalabilmesini sağlamak, danışanla beraber terapi hedefleri olarak belirlenmiştir. Uygulanan tedavi, belirlenen amaçlar doğrultusunda, panik atak semptomlarını ortadan kaldırmak hedefi ile ilgili yapılan çalışmalar, evde yalnız kalabilme hedefi ile ilgili yapılan çalışmalar olmak üzere 2 başlık altında sunulmuştur.

### **Panik Atak Semptomlarını Ortadan Kaldırmak Hedefi ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

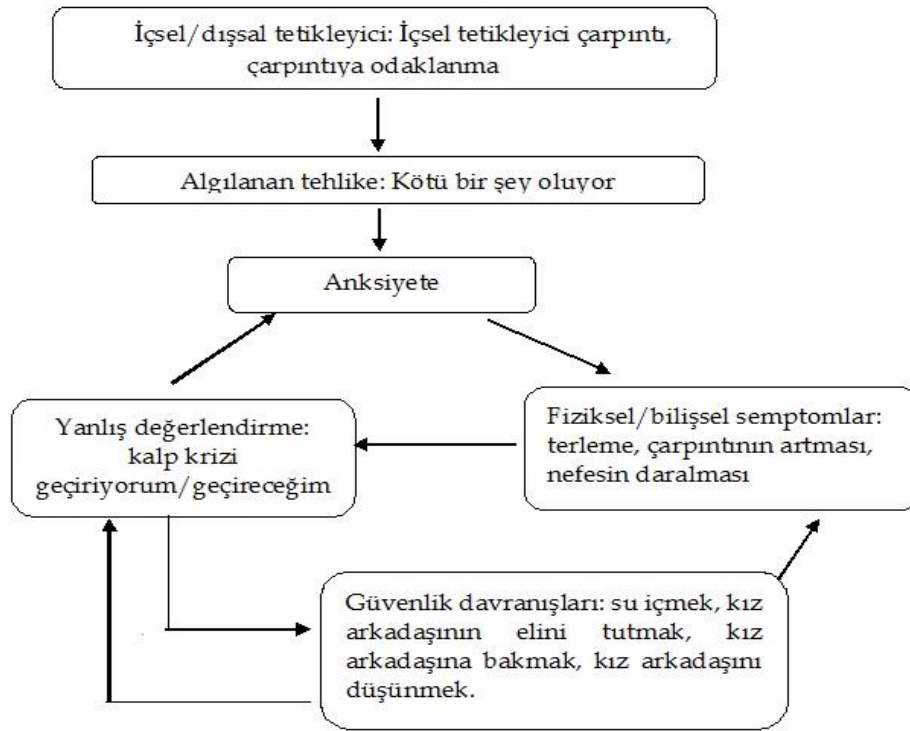
Danışandan ikinci seanstan itibaren panik günlüğü tutması istenmiştir. Danışanın getirdiği panik günlüğü Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1

#### *Danışanın Panik Günlüğü Kaydı*

Durum	Duygu	Düşünce	Fizyolojik Duyum	Davranış	Panik Atakın Süresi
Sinemada ışıkların kapatılması	Kaygı, korku		Kalp çarpıntısı, terleme, boğulma ve daralma.	Su içtim, kız arkadaşımın elini tuttum, kız arkadaşıma baktım.	10 dakika

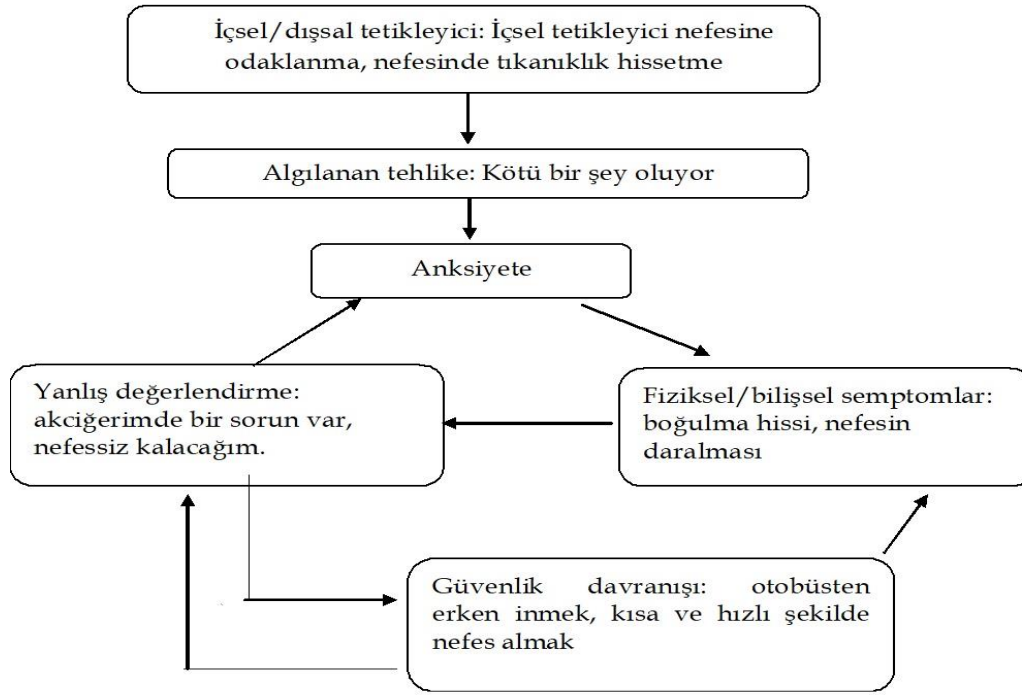
Danışanın getirdiği ilk panik günlüğü, Şekil 1’de sunulduğu gibi, Wells’in (1997) panik modeline göre formüle edilmiştir. Bu model üzerinden danışanın kendisini nasıl panik durumuna soktuğu, bilişsel ve fizyolojik aşamaları ile açıklanmıştır. Model üzerinden danışana panik bozuklukla ilgili psiko-eğitim verilmiştir.



Şekil 1. Danışanın Gündeme Getirdiği İlk Panik Atakın Formülasyonu

Şekil 1’de sunulan panik bozukluk formülasyonu kapsamında, öncelikle danışanın yanlış değerlendirmesi ele alınmıştır. Bu kapsamda ilgili çarpıntının kalp krizinin kanıtı olup olmayacağı konuşulmuş ve çarpıntı sonrası kalp krizi geçireceğine dair kanıt ve karşı kanıtlar gözden geçirilmiştir. Kanıt olarak 11 yaşında kalp krizi geçiren bir çocuğun gazetedeki haberi not alınmıştır. Karşı kanıt olarak ise 5 kardiyoloğun da danışanın sağlıklı olduğunu söylemesi, danışanın genç olması, danışanın herhangi bir fiziksel kronik rahatsızlığının olmaması bilgileri not edilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda akla yatkın sonuç değerlendirildiğinde, karşı kanıtların daha fazla olduğu ortaya konmuş, her çarpıntının kalp krizi olarak yorumlanmasının doğru olmadığı üzerinde danışanla uzlaşmıştır.

Danışan terapi süresince bir panik atak daha geçirmiştir. Danışanın otobüste nefessiz kaldığını hissetmesi ile başlayan panik atak deneyimi Şekil 2’de belirtildiği gibi formüle edilmiş, Wells’in (1997) panik bozukluk modeline uyarlanıp üzerinde çalışılmıştır.



Şekil 2. Danışanın Gündeme Getirdiği İkinci Panik Atakın Formülasyonu

Şekil 2’de görülen, danışanın nefessiz kalma ile ilgili yanlış değerlendirmesi olan “akciğerimde bir sorun var” düşüncesi sorgulanmış, akciğerinde bir sorun olduğu düşüncesine dair kanıt ve karşı kanıtlar araştırılmıştır. Akciğerinde bir sorun olabileceğine dair kanıt sunamayan danışan; hiç öksürmediğini, sigara içmediğini, alerji ya da astım gibi durumunun da olmadığını ifade etmiştir. Akciğerlerinin sağlıklı olması sebebiyle, otobüste ya da başka bir yerde nefesinde tıkanma fark ettiğinde bunun paniğe dönüşmemesi için, bu tıkanmayı tehlike olarak algılamaması gerektiği, tehlike olarak algıladığında güvenlik sağlama amacıyla hızlı ve kısa olarak düzensiz nefes aldığı, bunun sonucunda da kendisini panik atak döngüsüne soktuğu üzerine konuşulmuştur. Düzenli nefes alması için nefes egzersizi çalışması yapılmış ve stresli durumlar için gevşeme egzersizi öğretilmiştir.

Seanslarda, danışanın güvenlik sağlayıcı davranışlar sayesinde panik ataktan kurtulduğu gibi yanlış bir değerlendirmesinin olmasının, herhangi bir güvenlik sağlayıcı davranışta bulunmadan da panik durumunun geçebileceğini ve bu durumla baş edebileceğini deneyimlemesine engel olduğu vurgulanmıştır. Panik atakların etkisini azaltmak için yaptığı güvenlik sağlayıcı davranışlarının listesi ve bu davranışlarını bırakmasının zorluğunu derecelendirdiği değerlendirmesi, Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2

*Panik Atak Sırasında Danışanın Başvurduğu Güvenlik Sağlayıcı Davranışlar*

Güvenlik Davranışı	Güvenlik davranışını bırakmanın zorluk derecesi (0 hiç zor değil, 10 çok zor olmak üzere, 0-10 arasında)
kız arkadaşını düşünmek	8 puan
elini kalbine koyup kalbinin atıp atmadığını kontrol etmek	7 puan
içinden şarkı söylemek	7 puan
kız arkadaşına bakmak	6 puan
su içmek	6 puan
otobüsten erken inmek	6 puan
hızlı ve kısa nefes almak	6 puan

Danışanın panik atakları sırasında yaptığı, Tablo 2’de yer alan güvenlik davranışları terapi süresince danışanla uzlaşılarak, kolaydan zora aşamalı olarak engellenmiştir. Danışana kalbinin hızlı atmasının kalp krizine sebep olmadığını göstermek ve danışanın bu uyarıya verdiği duygusal tepkinin yoğunluğunu azaltmak amacıyla, davranışçı tekniklerden beden-duyumsal maruz bırakma kullanılmıştır. Danışan seansta eşleştirilmiş ikili kelime çiftlerine (çarpıntı / kalp krizi) maruz bırakılırken, kalbine odaklanması istenmiştir. Aynı zamanda panik atak sırasında başvurduğu tespit edilen Tablo 2’de yer alan güvenlik sağlayıcı davranışları (hızlı ve kısa nefes almak, kız arkadaşını düşünmek, içinden şarkı söylemek, elini kalbine koyup kalbinin atışını kontrol etmek, su içmek) yapmaması konusunda uzlaşılmış, kaygı yaşadığı anda hiçbir şey yapmadan sadece beklemesi kararı alınmıştır. Danışan seanstaki bu uygulama sırasında, kalbinin hızlı attığını ve korktuğunu ifade etmiş ancak güvenlik sağlayıcı bir davranış içerisinde bulunmama konusunda başarılı olmuştur. Danışan bu çalışmanın sonunda “Kalbim hızlandığında kalp krizi geçirmeyeceğimi artık biliyorum” ifadesini kullanmıştır.

Danışanın kalp krizi geçirmekle ilgili tedirginliğinin babasının ölümü ile bağlantısı seanslarda ele alınmış; annesinin kendisine söylediği “ilk yardım yapabileceği, ambulansın daha erken gelebileceği, kalp masajı sırasında babasının sert bir yere yatırılması gerektiği” ifadeleri, korku ve suçluluk duyguları ile beraber değerlendirilmiştir. Bu kapsamdaki “keşke’li” düşüncelerini destekleyecek yeterince kanıt bulunmadığı ve babasının ölümünde kendisinin suçu, sorumluluğu olmadığı, doktoru ve ambulansı çağırmak dışında yapabileceği bir şey olmadığı hakkında uzlaşılmıştır. Beck’e (1995) göre, fark edilmesi daha zor olan ve en derinde yer alan temel inançlar ile fark edilmesi daha kolay olan ve en yüzeyde yer alan otomatik düşünceler arasında ara inançlar bulunur. Bu bağlamda danışanın; “Duygularımı ifade edersem insanlar bana acırlar ve benden uzaklaşırlar” varsayımına ve “Duygularımı anlatan insanlar zavallıdır” tutumuna sahip olduğu belirlenmiş; bu ara inançların değersizlik



ana inancıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu inançların ailede duyguların konuşulmasının teşvik edilmemesi, istenmeyen bir şey yaptığında annesinin kendisine küsmesi ve kendisinden uzaklaşması gibi erken yaşam deneyimlerinin neticesinde gelişmiş olabileceği hipotez edilmiştir. Belirtilen inançları bağlamında; yakınlarına babasının ölümü sırasında yaşadığı duygularını anlattığını düşünmesi istendiğinde, danışanın “Arkadaşlarıma duygularımı söylersem bana acırlar, bana içlerinden geldiği gibi davranamazlar” otomatik düşüncesi tespit edilmiştir. Bu otomatik düşünce, kendisinin gerçekten acınacak durumda mı olduğu, kendisine acırlarsa en kötü ne olacağı ve bir arkadaşı kendisi ile aynı durumda olsa ona karşı ne hissedip, nasıl davranacağı soruları üzerinden sokratik sorgulama tekniği ile ele alınmıştır. Ayrıca bu düşünceye sahip olmanın avantajları ve dezavantajları sorgulanmıştır. Danışan bu otomatik düşünce ile ilgili herhangi bir avantaj bulamamıştır. Dezavantaj olarak ise, danışanın duygularını bastırması ve rahatlayamaması not alınmıştır. Bu çalışma sonucunda, “Duygularımı ifade etmek beni rahatlatır, bana iyi gelir” alternatif düşüncesi üzerine uzlaşmış ve ben dili ile duygularını ifade etmesi çerçevesinde psiko-eğitim verilmiştir. Bu psiko-eğitimden sonra danışan, babasının ölümü sırasında yaşadığı duygularını kız arkadaşı ile paylaşmak istediğini ifade etmiştir. Kız arkadaşı ile duygularını paylaşma deneyimi sonrasında olası değersizlik temel inancına karşı alternatif olabilecek bir temel inanç geliştirmek amacıyla, kız arkadaşıyla duygularını paylaşmanın ne hissettirdiği üzerine konuşulmuştur. Danışan, anlattıklarını kız arkadaşının dikkatle ve ilgiyle dinlemesinin, ağlamasına kız arkadaşının da eşlik etmesinin kendisini “zavallı” yerine “iyi, rahatlamış ve değerli” hissettirdiğinden bahsetmiştir.

### **Evde Yalnız Kalabilme Hedefi İle İlgili Yapılan Çalışmalar**

Evde yalnız kalmak hedefi ile ilgili olarak öncelikle, kendisini evde yalnız kalmakla ilgili korkutan şeyler konuşulmuş, bu kapsamda danışan dokuzuncu sınıftayken bir arkadaşının anlattığı cin hikayesinden bahsetmiştir. Arkadaşının anlattığı hikaye ile bağlantılı olarak, “Onların canını sıkarsan görünürler”, “Çok düşünürsen başına gelir.” düşüncelerine sahip olduğu keşfedilmiş ve bu düşünceler sokratik sorgulama ile ele alınmıştır. Çok düşünülen şeylerin başa geleceği ile ilgili kanıt ve karşı kanıt aranmış, bu düşüncelerinin alternatifi oluşturulmaya çalışılmıştır. Kendisini korkutan düşüncelerini, “Onların canını sıkacak bir şey yapmıyorum, öyleyse görünmezler”, “Çok düşündüğüm şey, çok düşündüğüm için başıma gelmez, düşüncelerimizle olacakları kontrol edemeyiz” olarak değiştirmiştir. Bu korkularıyla baş etmek için güvenlik sağlayıcı davranışlarının olduğu keşfedilmiştir. Danışanın evde yaşadığı korkuyu azaltmak amacıyla, güvenlik sağlayıcı olarak düşündüğü davranışlarını bırakıp sadece o korkuyla kalıp beklediğinde korkusunun

azalacağını deneyimlemesi gerektiği üzerine uzlaşmıştır. Güvenlik davranışları ve bunları bırakmanın zorluğunun danışan tarafından derecelendirildiği liste Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3

*Evde Yalnız Kalma İle İlgili Danışanın Güvenlik Sağlayıcı Davranışlarının Listesi*

Gündüz Yaptığı Güvenlik Sağlayıcı Davranışlar	Güvenlik davranışını bırakmanın zorluk derecesi (0 hiç zor değil, 10 çok zor olmak üzere, 0-10 arasında)
evi kontrol etmek (tüm odaları korkunç bir şey var mı diye kontrol etmek)	10 puan
duşta gözünü açık tutmak (babası ölmeden önce duş aldığı için, duşta korkunç bir şey görmekten korktuğu için)	8 puan
televizyon açmak (evin salonunda korkmamak için)	3 puan
Gece Yaptığı Güvenlik Sağlayıcı Davranışlar	Güvenlik davranışını bırakmanın zorluk derecesi (0 hiç zor değil, 10 çok zor olmak üzere, 0-10 arasında)
odasında sürekli aydınlık tarafa bakmak (karanlık tarafa bakarsa korkunç bir şey görmekten korktuğu için)	8 puan

Gündüz evde yalnız kalma ile ilgili zaman yaratması ve güvenlik davranışlarının aşamalı olarak engellenmesi üzerine danışanla uzlaşmış ve davranışçı yaklaşımın tekniği olan yaşayarak maruz bırakma kapsamında ev ödevleri planlanmıştır. Gündüz 30 dakika evde yalnız kalma ile başlayan ev ödevinin, haftada 1 gün olacak şekilde ve her hafta yalnız kalma süresi 30 dakika arttırılarak uygulanması konusunda uzlaşmıştır. Gündüz başvurduğu tüm güvenlik davranışlarını bırakarak gündüz evde yalnız kalma deneyiminde başarılı olduktan sonra, danışanın gece evde yaşadığı korkular üzerine konuşulmuş, danışan evde annesi ve ağabeyi uyuyorken ya da gece evde yalnızken odasında karanlık tarafa bakmaktan korktuğunu ifade etmiştir. Sürekli aydınlık tarafa bakarak durması, bırakması gereken güvenlik sağlayıcı davranış olarak değerlendirilmiştir. Karanlık tarafa bakarsa ne olacağı sorgulanmış ve danışanın “Karanlık tarafa bakarsam cin görürüm” otomatik düşüncesi ortaya çıkarılmıştır. Bu varsayımını test etmesi için, sadece karanlık tarafa bakıp bekleme ev ödevi 1 dakikadan başlayarak ve her gece 2 dakika arttırılarak haftalık olarak planlanmıştır. Danışan odasında karanlık tarafa bakıp bekleme denemelerinde çok korktuğunu ifade etmiştir, ancak bekleme süresinin son aşamasını (20 dakika) tamamlamada başarılı olmuştur. Gece odasında karanlık tarafa bakıp durabilmesi sonrasında, gece evde yalnız kalması için zaman yaratması üzerine uzlaşmış, danışan 2 saatlik denemede başarılı

olmuştur. Son seansta danışan, artık gündüz ve gece evde yalnız kalmaktan korkmadığını ifade etmiştir.

### Tartışma

Bir yıl bir aydır devam eden ve günde ortalama üç kez yaşadığı panik atak semptomlarını en acil şikayeti olarak tarif eden danışanın, tedavi sonucunda panik atakları sona ermiştir. Bu değişimi sağlamada, kalp krizi geçireceği ile ilgili yanlış yorumlamalarını değiştirmek üzere uygulanan bilişsel yeniden yapılandırma ve endişelendiği durumlara maruz bırakma tekniklerinin etkili olduğu düşünülmüştür. Maruz bırakma tekniği ile eşleştirilmiş ikili kelime çiftlerine (çarpıntı/kalp krizi) maruz bırakılan danışanın, kalbi hızlı attığında bu belirtilerin kendisini kalp krizine götürmediğini deneyimlemesi sağlanmış, bu sayede danışan kalp krizi geçireceğine yönelik yanlış yorumlamasını tanımış ve değiştirmiştir. Kalbin hızlı atmasının kalp krizine sebep olacağı yanlış yorumlaması yerine, zaman zaman kalbin hızlı atabileceğini ve bunun normal olduğunu öğrenmiştir. Nefesinde tıkanma hissettiğinde akciğerinde bir sorun olduğuna dair yanlış bir değerlendirme yapmak yerine, arada bir nefesinin tıkanmasının normal olduğunu ve düzenli nefes aldığı zaman bunun geçeceğini öğrenmiştir. Bunlarla beraber ataklarının felakete sonuçlanmasını engellemek için başvurduğu kalbini kontrol etmek, içinden şarkı söylemek gibi güvenlik sağlayıcı davranışlarının, ataklarının devamında etkili olduğunu anlayan danışan, bu davranışlardan tamamen uzaklaşmıştır.

Danışanın diğer terapiye geliş nedeni olan evde yalnız kalamama şikayeti ile ilgili olarak terapi sonucunda, evde yalnız kalabilme hedefine hem gece hem gündüz için ulaşılmıştır. Danışanın gündüz evde yalnız kalma ile ilgili aşamalı olarak zaman yaratması ve probleminin devamında etkili olduğu düşünülen güvenlik davranışlarının aşamalı olarak engellenmesi sağlanarak, yaşayarak maruz bırakma kapsamında ev ödevleri planlanmıştır. Bu egzersizlerin neticesinde; güvenlik sağlayıcı davranışları ya da kaçınmaları olmaksızın korktuğu felaketlerin gerçekleşmediğini deneyimlemesi sağlanmıştır. Arkadaşının anlattığı, korkutucu cin hikayesi ile bağlantılı olan, “Onların canını sıkarsan görünürler”, “Çok düşünürsen başına gelir.” otomatik düşüncelerini; “Onların canını sıkacak bir şey yapmıyorum, öyleyse görünmezler”, “Çok düşündüğüm şey, çok düşündüğüm için başıma gelmez, düşüncelerimizle olacakları kontrol edemeyiz” olarak değiştirmiştir. Evin içinde korktuğu şeylerle karşılaşma ile ilgili kaygısı azalmıştır.

Terapiye başvuru nedenini oluşturan temel şikayetlerinin azalmasının yanı sıra süreç içerisinde keşfettiği, “Duygularımı ifade edersem insanlar bana acırlar ve benden uzaklaşırlar” varsayımını ve “Duygularını anlatan insanlar zavallıdır” tutumunu, “Duygularımı ifade etmek beni rahatlatır, bana iyi gelir” olarak değiştiren danışanın, ilerleyen

seanslarda duyguları hakkında daha rahat konuşabildiği, duygularını daha iyi ifade ettiği gözlenmiştir. Danışan ben dili ile duygularını ifade etmeye başlamıştır. Duygularını yakınlarıyla paylaşabileceğini ve yakınlarının kendisine ilgi gösterecekleri değerinde birisi olduğunu fark etmeye başlaması, değersizlik kapsamında olduğu varsayılan ana inancının zayıflatılması için önemli görülmüştür. Bunların yanı sıra babasının ölümünün kendi suçu, sorumluluğu olmadığı konusunda uzlaşılmasının, babasının ölüm anı ile ilgili hissettiği suçluluk duygusunun azalmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

Gallagher ve diğerleri (2013), öz yeterlilik düzeyi ve kaygı duyarlılığının BDT kullanılan panik bozuklukta değişim için oldukça önemli etkisi olan iki yapı olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu vakada uygulanan bilişsel yeniden yapılandırma sonrası, bedensel duyularını yanlış yorumlamasının değiştirilmesi ve seçici dikkatinin azaltılması ile danışanın kaygı duyarlılığının değiştiği düşünülmektedir. Öte yandan, uygulanan maruz bırakmalar sonrasında, danışanın korkusuyla kalıp, o korkuyla baş edebildiğini farketmesinin, danışanın öz yeterliliğini arttırmış olabileceği değerlendirilmektedir.

Öncelikli şikayetleri panik atak olan bu vaka BDT yaklaşımı ile formüle edilmiş ve terapi süreci yapılandırılmıştır. Şikayetlerin azaltılmasında BDT yaklaşım ve tekniklerinin etkili olduğu gözlenmiştir. Belirlenen psikoterapi hedeflerine ulaşılmasında uygulanan BDT tekniklerin yanı sıra danışanın değişime hazır ve bunun için istekli olmasının, seanslara düzenli ve aktif olarak katılmasının, seans içi ve dışı egzersizlerde zaman zaman zorlanmasına rağmen yoğun çaba göstermesinin, terapistle güçlü biçimde ittifak kurmasının da etkilerinin olduğu düşünülmüştür.

Sunulan olgu çalışmasının bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan ilki klinik değerlendirme ve gözlem neticesinde düşünülen panik bozukluk tanısını ve uygulanan BDT'nin sonucunda izlenen olumlu etkiyi değerlendirmeye yönelik bir ölçek kullanılmamış olmasıdır. Değerlendirme ve sonlandırma seansları ile beraber süreç içerisinde ölçüm araçlarının kullanılmamış olması, psikoterapi sürecinde izlenen ilerlemenin daha objektif bir biçimde gözlenmesini sınırlandırmıştır. Öte yandan takip seanslarının eksikliği, sunulan olgu çalışmasının bir diğer sınırlılığı olarak öne çıkmıştır. Bu eksiklik terapi sürecinde oluşan değişimin zaman içerisindeki kalıcılığını izlemeyi ve değerlendirmeyi engellemiştir.

Belirtilen sınırlılıklara rağmen mevcut olgu sunumunun panik bozukluğun BDT ile tedavisinde uygulamacılar için iyi bir örnek oluşturabileceği düşünülmüştür. Giriş bölümünde işaret edilen alan yazındaki eksiklik göz önünde bulundurulduğunda, bu tür örnekleri arttırmak için farklı özellikler gösteren panik bozukluk olgularının BDT ile tedavisini aktaran gelecek çalışmaların alan yazında yer alması yararlı olacaktır. Geçmiş tedavilere yanıt vermeyen, sıkıntıları kronik seyreden, terapistle ittifakı sınırlı olan ya da ev ödevleri konusunda işbirliği düşük olan hastalar ifade edilen farklı özellikler gösteren panik

bozukluk olgularının örnekleri olabilir. Öte yandan ana ve ara inançları burada aktarılan olguya kıyasla daha belirgin ve işlevsellik ve kişiler arası ilişkiler bağlamında daha yıkıcı etkileri olan olgular gelecek çalışmalara konu olabilir. Böylesi olgular panik bozukluğun BDT ile tedavisinin daha zorlayıcı olabilecek danışanlarla nasıl yürütülebileceğinin uygulama örneklerini oluşturması bakımından öğretici olacaktır.

### Kaynakça

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal elkitabı* (DSM 5). E. Köroğlu. (Çev.). (5. Baskı). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Beck, J. G., Shipherd, J. C., & Zebb, B. J. (1997). How does interoceptive exposure for panic disorder work? An uncontrolled case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 541-556. Doi: 10.1016/S0887-6185(97)00030-3.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. ve Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. Doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003.
- Bruinsma, A., Kampman, M., Exterkate, C. C. ve Hendriks, G. J. (2016). An exploratory study of “blended” cognitive behavioural therapy (CBT) for patients with a panic disorder: Results and patients' experiences. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 58(5), 361-370.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470. Doi: 10.1016/0005-7967(86)90011-2.
- Durna, H. (2016). *Kim korkar panik ataktan*. Ankara: Pegem Akademi.
- Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Gorman, J. M. ve Barlow, D. H. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: the unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 767-777. Doi: 10.1016/j.brat.2013.09.001.
- Gould, R. A., Otto, M. W. ve Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-844. Doi: 10.1016/0272-7358(95)00048-8.
- Köroğlu, E. (2015). *Psikiyatri başvuru elkitabı*, (3.Baskı). Ankara: HYB yayıncılık.
- Köroğlu, E. (2011). *Bilişsel davranışçı psikoterapiler*, (2. Baskı). Ankara: HYB yayıncılık.
- Leahy, L. R. (2007). *Bilişsel terapi ve uygulamaları*. (H. Hacak, M. Macit, F. Özpilavcı Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Oltmanns, T. F., Martin, M. T., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2011). *Case studies in abnormal psychology*. John Wiley & Sons.
- Onur, E. (2006). Panik bozukluğu tedavisinde ketiapin ile güçlendirme: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 17, 203-206.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
- Savaşır, I., Soygüt, G., Barışkın, E. (Ed). (2009). *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, (4. Baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Oei, T. P. S., Llamas, M. ve Devilly, G. J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63- 88.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Dowd, S. M., Hofmann, S. G., Pearlson, G., Szuhany, K. L., ve Tolin, D. F. (2016). Randomized trial of d-cycloserine enhancement of cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Depression and Anxiety*, 33(8), 737-745. Doi: 10.1002/da.22531.
- Otto, M. W., Tolin, D. F., Nations, K. R., Utschig, A. C., Rothbaum, B. O., Hofmann, S. G., ve Smits, J. A. (2012). Five sessions and counting: Considering ultra brief treatment for panic disorder. *Depression and Anxiety*, 29(6), 465-470. Doi: 10.1002/da.21910.

Otto, M. W., Tuby, K. S., Gould, R. A., McLean, R. Y. ve Pollack, M. H. (2001). An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 1989-1992. Doi: 10.1176/appi.ajp.158.12.

Wells, A. (1997). *CBT for anxiety disorders*. England: Wiley Press.

Yaşan, A., Tamam, L. (2009). Panik atakların tetiklediği cinsel kaçınma ve cinsel istek bozukluğu: Bir olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 159-162.

## **Cognitive Behavioral Therapy in Panic Disorder: A Case Study**

### **Summary**

#### **Introduction**

According to the DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) panic attacks are identified with the presence of symptoms such as palpitations, pounding heart, sweating, muscle trembling, shaking, shortness of breath, chest pain or discomfort, nausea, derealization, depersonalization, fears of losing control or dying. For the diagnosis of panic disorder, the individual must worry about having additional attacks or their implications and/or must change his/her behavior in a maladaptive way such as avoiding situations that may trigger panic sensations (APA, 2014).

Case presentation literature on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) of panic disorder is limited to a few studies that utilize exposure therapy (Beck, Shipherd, & Zebb, 1997) and CBT and pharmacotherapy (Leahy, 2003). Other CBT sources include case studies of panic disorder co-morbid with generalized anxiety disorder and agoraphobia (Oltmanns et al., 2017; Savasir, Soygut & Bariskin, 2009). Thus, this study aims to exemplify the utilization of CBT techniques in a panic disorder case.

#### **Case**

The client was a 19 years old male who reported that he was living with his mother and brother. His father died of a heart attack thirteen months ago, approximately two months before the panic attacks of the client have started. He complained of ongoing palpitations, feeling of breathing obstruction, constriction in addition to fear and avoidance of being alone at home. His complaints were assessed as panic disorder taking the DSM-5 criteria (APA, 2014) into account.

The client stated that he consulted for cardiac inspection five times because he thought that he might have a problem with his heart. Although the doctors told him that he had no cardiac problems his panic attacks had continued. The client stated that he consulted with the psychologist on the advice of a teacher who witnessed him during a panic attack in the class. The client did not have any previous psychiatric or psychological help.

#### **CBT Treatment**

The treatment was composed of 11 sessions. Ceasing panic attacks and being able to stay at home alone were settled as therapy goals in collaboration. The treatment included psycho-education about panic disorder, cognitive restructuring, exposure, breathing and



relaxation exercises, and supporting the expression of emotions. Safety behaviors of the client such as drinking water or crooning in order to cope with the panic attack symptoms were targeted in the initial sessions. The client was exposed to the pair of heart attack reminding words (palpitations/heart attacks) in session, and his safety behaviors were prevented. Although this experience provoked fear of heart attack according to the report of the client, it helped him to realize that his panic attack symptoms did not lead to a heart attack even in the lack of safety behaviors. In addition, the misinterpretations about the bodily sensations of the client were restructured. His catastrophic automatic thoughts in relation to the panic attack sensations were replaced with more realistic and adaptive thoughts such as “Increase in heart rate does not necessarily initiate a heart attack.” As the result of the treatment, the client's panic attacks ended. Cognitive restructuring and exposure techniques are thought to be effective in both altering the catastrophic misinterpretations about the bodily sensations and also recognizing the maintaining role of the safety behaviors in the panic cycle.

Homework that was planned in a hierarchical order of gradually increasing the time of staying at home was also carried out for the second target of the treatment. The client was afraid of terrifying wights, and he avoided to stay at home alone. Avoidance and security behaviors of the client such as not looking at the dark side of the house or trying to sleep when the television is on were quitted gradually as part of the homework. Moreover, the automatic thought of the client about staying at home was challenged with the alternative thought of “Thinking about bad things does not cause those things to occur.” Finally, the client realized that he did not experience the expected catastrophe in the lack of safety or avoidance behaviors when he stayed at home alone.

In addition to the treatment of main complaints, the client's beliefs of “If I express my feelings, people can pity me or leave me”, “People who express their feelings are miserable” were replaced with the belief of “Expressing my feelings may relieve me.” In the following sessions, it was observed that he could talk more easily about his feelings and express them better. This change was assumed to be important in the initiation of alternatively forming the belief of “I'm valuable enough to be cared by the others” instead of former worthlessness core belief that was hypothesized for the client.

## **Conclusion**

It is expected to contribute to the CBT practice understanding of the panic disorder with the case study presented here especially taking into account the limitations of the relevant literature that are outlined in the introduction section. Presenting various CBT

processes of panic disorder cases that include different features such as chronic problems or low homework commitment in future studies is required to enrich the relevant literature.