

## Panik Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Vaka Formülasyonu

Berin ASLAN<sup>1</sup>

Derleme Makale / Review Article

### Özet

Panik bozukluk fobilerden ayrı değerlendirildiğinde toplumdaki yaygınlığının sanılandan da fazla olduğu görülmektedir. Bu bozukluk pek çok psikoterapi yaklaşımı ile ele alınsa da en etkili yaklaşımlardan birinin bilişsel davranışçı terapi olduğu bilinmektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşımda panik bozukluğun ele alınmasında en temel noktalardan biri, diğer bozukluklarda da olduğu gibi vaka formülasyonundan geçmektedir. Vaka formülasyonu, bilişsel davranışçı teoriyi merkeze alarak bireyin halihazırda var olan problemlerini tanımlamayı içerdiği gibi; müdahaleye rehberlik sağlayabilecek nedenler, problem listesi, işlevsiz inançlar, sürdürücüler ve koruyucu faktörler hakkında çıkarımlar yapmayı da sağlamaktadır. Ayrıca vaka formülasyonu ile bireyin sahip olduğu problemi neden şu anda yaşıyor olduğunu açıklamak, teoriye dayalı tutarlı ve açıklayıcı çıkarımlar yapmak, müdahaleye karar vermek için yol haritası oluşturulmaktadır. Bu nedenle panik bozuklukta vaka formülasyonu çeşitli araştırmacılar tarafından ilgi çekici bulunmuştur ve bu hususta çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu derleme çalışmasında panik bozukluğun formülasyonu için kullanılan panik modelden yola çıkılarak geliştirilmiş olan yenilenmiş bilişsel panik bozukluk modeline ve bu modelin vaka formülasyonunu oluşturmada üstlendiği rehber role odaklanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Panik Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi, Vaka Formülasyonu

## The Cognitive Behavioral Case Formulation of Panic Disorder

### Abstract

When it is possible to differentiate panic disorder from phobias, it is seen that its prevalence in the society is even higher than thought. Although this disorder is addressed with many psychotherapy approaches, it is known that one of the most effective approaches is cognitive behavioral therapy. One of the most fundamental points in addressing panic disorder in the cognitive behavioral approach is case formulation, as in other disorders. Case formulation involves defining the individual's current problems by focusing on cognitive behavioral theory, as well as making inferences about the causes, problem list, dysfunctional beliefs, maintainers and protective factors that can guide the intervention. In addition, with case formulation, a road map is created to explain why the individual is currently experiencing the problem, to make consistent and explanatory inferences based on theory, and to decide on intervention. For this reason, case formulation in panic disorder has been found interesting by various researchers and various models have been developed in this regard. This review focuses on the revised cognitive model of panic disorder, which was developed based on the panic model used for the formulation of panic disorder, and the guiding role of this model in case formulation.

**Keywords:** Panic Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Case Formulation

<sup>1</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Bakırçay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Programı. E posta: berinaslan13@gmail.com

<sup>1</sup> ORCID:0009-0004-1792-9841

Başvuru : 25 Ekim 2024  
Kabul : 15 Şubat 2025

DOI: 10.56955/bpd.1499866

## Giriş

DSM-5'e göre panik ataklar; nefes almada güçlük çekme, soluğun tıkanması, göğüste sıkışma ve ağrı, uyuşma, kalbin hızlanması ve kalp çarpıntısı, boğulma hissi, baş dönmesi, karın ağrısı ve mide bulantısı, titreme, terleme, ayakta durmakta zorlanma, bayılma ve üşüme ya da ateş basma hissiyatı gibi belirtilerin görülmesiyle beraber aşırı kaygı ve korkunç bir şey olacakmış hissi gibi ani ve açıklanamayan belirtiler ile karakterizedir. Bunlarla birlikte bireyi oldukça fazla etkileyen ve çaresizlik hissine sürükleyen derealizasyon ve depersonalizasyon gibi belirtiler, kontrolünü yitirme, aklını kaçırmaya, kalp krizi geçirme ve ölüm korkusu gibi durumlar da görülebilmektedir (APB, 2014).

Kring ve arkadaşlarına (2015) göre panik atak, bireylerin korku sistemlerinin hatalı ateşlenmesi sonucunda meydana gelmektedir ve bu panik belirtiler oldukça sık bir şekilde görülebilmektedir. Bu belirtiler bazı zamanlarda haftada bir veyahut birden fazla şekilde olabilmektedir ve bazı durumlarda dakikalarca, bazı durumlarda ise saatlerce sürebilmektedir (Davidson ve Neale, 2004). Ancak belirtilmelidir ki panik atak, DSM-5 içerisinde yer aldığı halde ruhsal bir bozukluk olarak değerlendirilmemektedir (APB, 2014).

Panik bozukluk ise bireylerin herhangi belirli bir duruma ya da tetikleyiciye bağlı kalmaksızın beklenmedik bir şekilde panik atak geçirmesi ve bu atakların tekrarlanacağı endişesidir (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Köroğlu, 2017). Bu belirtiler panik bozukluğun ayırt edici özelliklerindedir (Toprak ve Karaaziz, 2022).

Bireye panik bozukluk tanısı konulabilmesi için panik atak belirtilerinin en az dördünün olması gerektiği gibi ataktan sonra en az bir ay içinde tekrardan panik atak geçirme kaygılarına sahip olması ve atak geçirmekten kaçınmaya yönelik birtakım davranışlar geliştirmiş olması gerekmektedir. Ayrıca bu belirtilerin herhangi bir madde kullanımına bağlı gelişmiyor olması ve başka herhangi bir bozukluk ile daha iyi bir şekilde açıklanamıyor olması gerekmektedir (APB, 2014). Kısacası panik bozuklukta panik ataklar tipik bir şekilde ani ve tekrar eden bir örüntü gütmektedir. Bu örüntüye eşlikçi olarak da yeniden bu atakları geçirme korkusu bulunmaktadır (Tükel, 1998).

Panik bozukluğun başlangıcı daha çok stresli bir yaşam olayı ile tetiklenmekte ve çoğunlukla erken yetişkinlik dönemine tekabül etmektedir (Pollard ve ark., 1989). Aynı zamanda Panik bozukluğun fobilerden ayırdına gidilebildikçe görülme sıklığının varsayılandan daha çok olduğu fark edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

İstatistiklere bakıldığında genel nüfusta yaşam boyu görülme oranının 13-17 yaş aralığındaki bireylerde %2,3, 18-64 yaş aralığındaki bireylerde ise %5.2 olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda panik bozukluğun cinsiyetlere göre yaygınlığına baktığımızda, erkeklerde yaşam boyu görülme durumu 13-17 yaş aralığında %2.1, 18-64 aralığında %3.3 olarak öne sürülmekteyken kadınlarda ise 13-17 yaş aralığında %2.5, 18-64 yaş aralığında ise %7.0 olarak görüldüğü belirtilmektedir (Kessler ve ark., 2012).

Panik bozukluğun psikoterapötik müdahalesinde kullanılan pek çok kuramsal yönelim bulunmaktadır ve her biri kendine ait uygulamalara sahiptir (Aksakallı ve Karaaziz, 2023) ancak, bunların arasından öne çıkan ve oldukça etkili olduğu kanıtlanan yaklaşımlardan biri de bilişsel davranışçı terapidir (bkz. meta-analiz için, Cujipers ve ark., 2016; bkz. derleme için, Güler ve ark., 2021; bkz. meta-analiz için, Efron ve Wootton, 2021). BDT'nin panik bozukluğa sahip olan bireyler için etkili bir tedavi yaklaşımı olduğu öne sürüldüğü gibi tedavi kazanımlarının zaman içinde güçlü bir şekilde sürdüğü de tespit edilmiştir (bkz. meta-analiz için, Gould ve ark., 1995) ve özellikle ilaç tedavisine yanıt vermeyen bireyler için oldukça faydalı olduğu bilinmektedir (Pollack ve ark., 1994).

Tek başına ilaç tedavisi, psiko-eğitim ya da gevşeme alıştırmalarının kullanıldığı müdahalelere kıyasla bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ve gevşeme alıştırmalarının dahil edildiği BDT uygulamalarının tedavinin sonucuna yönelik çok daha olumlu katkılar sunduğu belirlenmiştir (bkz. derleme için, Güler ve ark., 2021).

Panik bozuklukta komorbiditenin de yaygın olduğu bilinmektedir. Araştırmacılar BDT'nin panik bozuklukta bu gibi durumlarda da olumlu etkilerinin olduğunu ortaya koymuşlardır (Woody ve ark., 1999). Bazı araştırmalara göre komorbid depresyonu olan ve olmayan panik bozukluğa sahip bireylerin BDT'ye benzer yanıtlar verdiği ortaya konmuştur (McLean ve ark., 1998; Tsao ve ark., 2002). Tsao ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmaya göre komorbid tanılarda bir iyileşme olduğu ve 6 aylık bir takip değerlendirmesi sonucunda bu iyileşmenin korunmuş olduğu belirlenmiştir. Otto ve Deveney (2005), panik bozukluğun BDT ile tedavisinin ilaç tedavisi ile eşdeğer etkililikte kalıcılığa sahip olduğunu

fakat bireyin tedaviyi kabul etmesi ve tedavi kazançlarının korunması bakımından ise BDT'nin daha avantajlı bir konumda olduğunu aktarmıştır.

## Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), duygusal rahatsızlığı azaltmak, bazı ruhsal sıkıntılar ya da uyum sorunları olan bireylerde uyumlu davranışı artırmayı hedeflemek gibi amaçlar güden aktif, sorun odaklı ve zamana duyarlı bir psikoterapi yaklaşımıdır (Wenzel, 2013). BDT, tarihsel olarak bilişler ve davranışlar olmak üzere iki ana alana odaklanmaktadır. Bu yüzden BDT'ye göre psikopatolojik bozukluğu anlamının temelinde uyumsuz ve işlevsiz bilişler yatmaktadır (Beck, 1993) ve bu yaklaşım bireylerin kendileri, dünya ve gelecek hakkında sahip olduğu olumsuz inançlarla karakterize olan "negatif bilişsel üçlü" kavramına önem vermektedir (Beck ve ark., 1979).

Aynı zamanda BDT'ye göre bireyin erken yaşamındaki deneyimleri, öğrenme üzerinden birtakım inanç ve düşünce sistemlerinin oluşmasında etkili olmaktadır ve bunlar şemalar- temel inançlar (sevilmem, çaresizim ve yetersizim) olarak adlandırılmaktadır (Sungur, 1997). Daha sonraki yaşam olayları ile bireyin sahip olduğu bu temel inançlar ile tutum, kural ve birtakım diğer inançlardan oluşan ara inançları tetiklenebilmektedir. Bunun sonucunda da olumsuz otomatik düşünceler meydana gelebilmektedir. Bu olumsuz otomatik düşünceler ise bireyde olumsuz bazı duygulara ve davranışlara neden olabilmektedir (Sungur, 1997).

BDT'nin hedeflediği en temel noktalardan biri; bireyin sahip olduğu gerçek dışı inançlar, negatif kendilik algısı, olumsuz duygu ve düşüncelerin değiştirilmesi üzerinedir (akt., Demiralp ve Oflaz, 2007). Bu noktada BDT'nin yararlandığı sorunu saptama ve ele alma gibi sorun çözme teknikleri, maruz bırakma ve tepki önleme gibi davranış teknikleri, otomatik düşüncelerin saptanması ve yeniden yapılandırılması gibi bilişsel teknikler devreye girmektedir (Türkçapar, 2014).

BDT'de bahsi geçen bu teknikler stratejik bir şekilde sunulmaktadır ve bu sayede müdahaleler; bireyin biricikliğine hitap ederek onların özelleştirilmiş vaka formülasyonlarından yola çıkarak seçilmektedir. Aynı zamanda bu müdahaleler danışan ile iş birliği içinde gerçekleştirilmekte, danışanlar için belirlenen tedavi hedeflerine ulaşmaya yönelik olmakta ve etkinliği değerlendirilebilecek şekilde uygulanmaktadır (Wenzel, 2013). Bu sebeple BDT stratejileri formülasyon üzerinden gelişen bir odağa sahip olduğu gibi aynı zamanda hedefe yönelik verimli stratejilerdir (Wenzel, 2017).

## Panik Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Terapi

Panik bozukluğun tedavisinde en etkili olan psikoterapi yaklaşımlarından birinin BDT olduğu bilinmektedir (bkz. derleme için, Güler ve ark., 2021).

Panik bozukluğun tedavisinde BDT'nin asıl amacı, bireyin panik ile alakalı olan duymalara yönelik gelişen tepkiselliğini azaltmak, katastrofik (öleceğim, kalp krizi geçireceğim şeklinde olan felaketleştirilmiş düşünceler) yorumlamalara yönelik olan inancı zayıflatarak bu yorumlamalara yönelik alternatif düşünceleri geliştirebilmek (Clark ve Beck, 2009), korkulan uyarana yönelik (panik bozuklukta kaygı hissinin bizzat kendisi) yeni bir güvenlik duygusunun öğrenilebilmesi (Otto ve Deveney, 2005), güvenlik sağlayıcı davranışları ve kaçınma davranışlarını önlemek, anksiyeteye tahammülü artırabilmektir (Clark ve Beck, 2009).

Panik bozukluğun BDT ile tedavisi yaklaşık olarak 12 ila 15 seans arasında sürmektedir. Uygulamalar içerisinde oldukça mühim olan noktalar; panik atakların mekanizması, bozukluğun belirtileri, panik ve korku yaratan durumun nedenleri hakkında psikoeğitim vermek olduğu gibi aynı zamanda davranışsal, fiziksel ve bilişsel yapılarıdaki bozulmalardan oluşan panik döngüsünün açıklanmasıdır (Craske ve Barlow, 2014). Bu gibi bilgi amaçlı atılan adımlar aynı zamanda BDT müdahalelerinin gerekçesini de sunmaktadır (Otto ve Deveney, 2005).

BDT ile panik bozukluğun tedavisinde içsel veya dışsal kaygı uyaranlarının bulunduğu koşullarda güvenliğin yeniden öğrenilmesi özellikle iki temel tedavi bileşeni vasıtasıyla gerçekleşmektedir. Bunların ilki maruz bırakmadır (Barlow ve Craske, 2006). Maruz bırakma, bozukluğun kökeninde yattığı düşünülen kaygı uyandıran bedensel duymalara yönelik olduğu gibi (içsel maruz bırakma) aynı zamanda bu kaygıların meydana geldiği dışsal durumlara (in vivo maruz bırakma) yönelik de gerçekleştirilebilmektedir. (Otto ve Deveney, 2005). Bir diğer temel tedavi bileşeni ise bilişsel

yeniden yapılandırma (Barlow ve Craske, 2006). Bu müdahale tekniği ile duyular ve durumların yarattığı tehlike üzerinden gelişen otomatik düşünce ve varsayımlar hedef alınmakta, bunların doğruluğu test edilmektedir. Bu teknik sayesinde bireyler, korkularının kaçınılmaz sonuç olmadığını fark etmektedir. Aynı zamanda bilişsel yeniden yapılandırma ile bireylerin maruz bırakma prosedürlerine güven duymaları amaçlanmaktadır (Otto ve Deveney, 2005). Panik bozukluğun BDT ile tedavisinde bu gibi temel tekniklerin yanında kendini izleme ve nefes egzersizleri gibi teknikler de kullanılabilir (McCabe ve Antony, 2005).

Kısacası bilişsel davranışçı terapi, panik bozukluğunu yapılandırılmış teknikler ile ele almakla beraber panik atakların bilişsel ve fiziksel semptomlarına, beklenti anksiyetesine ve kaçınma davranışlarının miktarını azaltmaya odaklanmaktadır (Kılıç ve Alkar, 2020). Tedavinin ilk aşamalarında sunulan bilgi amaçlı müdahaleler; seans süresince bireyin panik bozukluk döngüsünü kırmasına katkı sunacak deneyim odaklı tekniklerin uygulanması ve ardından bu uygulamaların klinik bağlam dışında en uygulanabilir ortamlarda tekrarlanmasına yönelik ödevlerle gerçekleştirilmektedir (Otto ve Deveney, 2005). Bahsedilen tüm bu öğeler ise formülasyon üzerinden bütüncül olarak ele alınmaktadır (Tarrrier ve Johnson, 2006; Persons, 2008).

### **Panik Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Vaka Formülasyonu**

Vaka formülasyonu, kanıta dayalı Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamasının temel taşlarından biridir (Tarrrier ve Johnson, 2006) ve bireyin sahip olduğu bozukluk ya da problemlerin nedenleri ile sürdürücüleri gibi altta yatan psikolojik mekanizmalar ve diğer faktörler ile bağlantılı olan bir hipotezdir (Persons, 2008).

Çeşitli araştırmacılar Bilişsel Davranışçı vaka formülasyonunu; "teori ve pratiği bir arada tutan kilit bir nokta" (Butler 1998), "kanıta dayalı uygulamaların kalbi" (Bieling ve Kuyken, 2003) ve bilişsel terapi yaklaşımının temelini oluşturan bir ilke olarak görmektedir (Beck, 2020).

Vaka formülasyonu, bilişsel davranışçı teoriyi merkeze alarak bireyin halihazırda var olan problemlerini tanımlamayı içerdiği gibi; müdahaleye rehberlik sağlayabilecek nedenler, problem listesi, işlevsiz inançlar, sürdürücüler ve koruyucu faktörler hakkında çıkarımlar yapmayı da sağlamaktadır (Tarrrier ve Johnson, 2006).

Özetle vaka formülasyonunun temel amacı; bireyin sahip olduğu problemi neden şu anda yaşıyor olduğunu açıklamak, teoriye dayalı tutarlı ve açıklayıcı çıkarımlar yapmak, müdahaleye karar vermek için yol haritası oluşturmaktır (Tarrrier ve Johnson, 2006).

Erken dönem BDT formülasyonları genel şema kuramlarına dayanmaktadır (Beck, 1976; Beck ve ark., 1985). Tarrrier ve Johnson'a göre (2006) sonraki modellere de aktarılan temel ilke; tehlike ile ilişkili olan temel inançlar ve varsayımların panik bozukluğu da bünyesinde bulunduran kaygı bozukluklarının (APB, 2014) gelişmesine duyarlılık oluşturduğudur. Aynı araştırmacılara göre geliştirilen inançlar bireylerin kendi deneyimlerini yorumlamasına müdahalede bulunmaktadır ve tetikleyiciler ile ateşlendiklerinde olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte bilişsel çarpıtmalar ve davranışsal tepkiler, bireylerin kendi inançlarını ve yorumlamalarını gerçeklik bağlamında ele alamamalarından ötürü bozuklukların sürdürülmesine neden olmaktadır. En nihayetinde BDT'nin kapsadığı bu yaklaşım anksiyete bozukluklarının genel şema modelinin geliştirilmesine yol açmış vaziyettedir (bkz. Şekil 1) (Wells, 1997).

**Şekil 1. Anksiyete Bozukluklarının Genel Şema Modeli (Wells, 1997).**

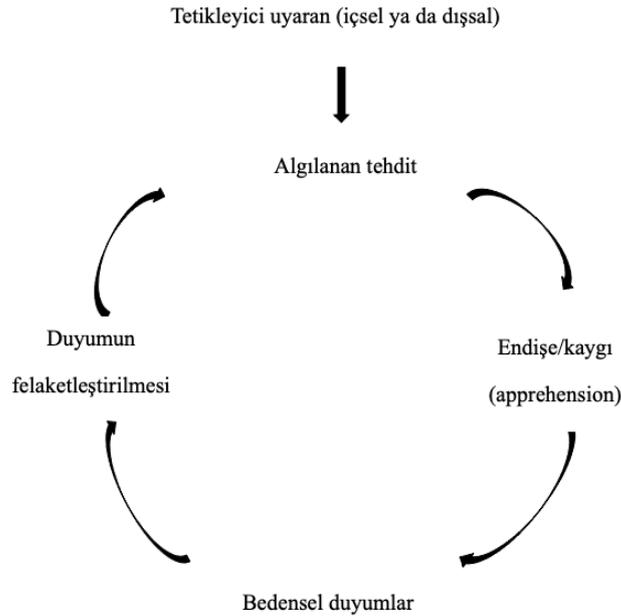
Panik bozukluğun bilişsel davranışçı formülasyonuna odaklandığımız noktada Clark'a göre (1986), panik bozukluktaki panik ataklar belirli bir dizi olayın sonucunda meydana gelmektedir. Bu olaylar, içsel duyuların felaketle sonuçlanacağına yönelik olan yanlış yorumlanmalarını içermektedir ve bu yorumlar bireyin kendisi tarafından anlık bir felaketin patlak vereceğinin işareti olarak algılanmaktadır. Hatalı yorumlanan bu olaylar genellikle bireyin vücudunda hissettiği duyular veyahut zihinsel deneyimlerdir. Felaketle sonuçlanacağına inanılan bu uyarılar çoğunlukla olağan anksiyete tepkilerinde, stres ya da yorgunluk gibi durumların sonucunda beklenen çıktılar ya da bedensel diğer duyumlardır. Birey tarafından hatalı yorumlanan bu inanışlar panik atak esnasında oldukça inandırıcı olabilmektedir ve kalp krizi geçirme, aklını yitirme, çıldırma, davranışlarını kontrol edemeyecek olma korkusu, ölüm, nöbet geçirme, boğulma gibi temaları barındırmaktadır. Wells'e (1997) göre ise bu şekilde gelişen yanlış yorumlamalardan sonra

bireyin geliştirmiş olduğu başa çıkma stratejileri ve iç olaylara yöneltilen seçici dikkat bu sorunun sürdürülmesine katkıda bulunabilmektedir. Bu nedenle bazı baş etme davranışları var olan belirtileri daha da kötüleştirebilmektedir.

Clark'ın (1986) geliştirmiş olduğu panik atak modeline (bkz. Şekil 2) göre tetikleyici uyaranlar dışsal (daha öncesinde bir atak geçirmiş olan agorafobik birey için süpermarket) olabileceği gibi daha çok içseldir (bedensel bir duyum, düşünce veya imge). Bu uyaranlar birey tarafından tehdit olarak algılandığında endişe durumu ortaya çıkmaktadır ve bu endişe durumu beraberinde oldukça geniş bir bedensel duyum yelpazesi taşımaktadır. Kaygıya neden olan bu duyumların katastrofik sonuçlara neden olacağı şeklinde yorumlanması endişede bir çeşit yükselişe neden olmaktadır. Bu da bedensel duyumlarda daha çok artışa neden olmakta ve bu sıralama birbirini takip eden kısır bir döngü haline dönüşerek panik atakla sonuçlanmaktadır.

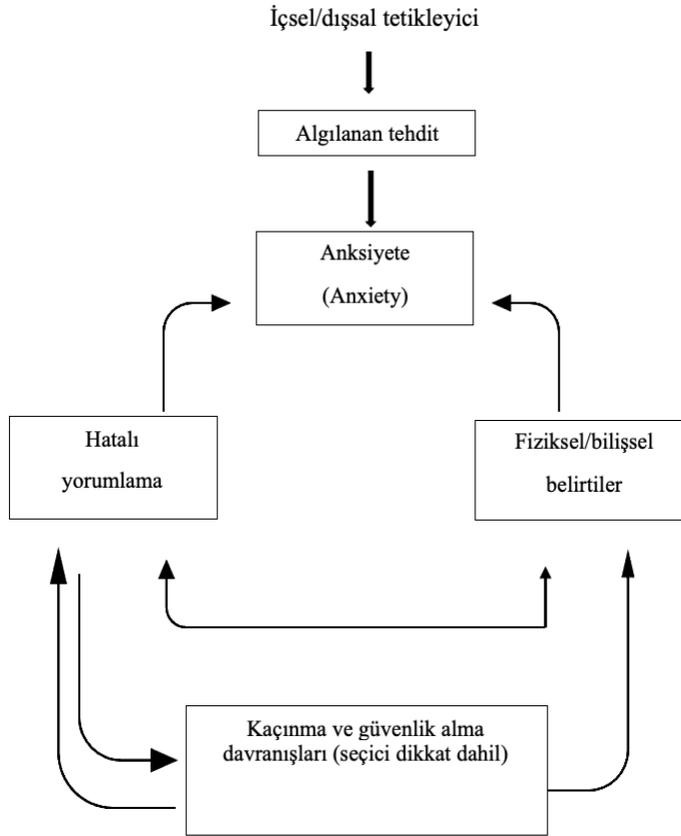
Clark'ın (1986) modelinde panik atakla sonuçlanan olayların sıralaması; düşünceler-duygular-duyumlar-duygular-duyumlar şeklinde olabileceği gibi farklı alternatifler halinde (duygu-duyum-düşünce/duyum-düşünce-duygu) de seyrediyor olabilmektedir. Ancak her şekilde kısır bir döngü içinde devam etme söz konusudur (Tarrier ve Johnson, 2006).

**Şekil 2. Paniğin Bilişsel Modeli (Clark, 1986).**



Daha sonraları Clark'ın panik modeli Wells (1997) tarafından gözden geçirilerek güvenlik alma davranışları, seçici dikkat gibi öğeleri içerecek şekilde revize edilmiştir ve orijinal modelde daha çok belirli bir kaygıya ithafen kullanılan apprehension (endişe-kaygı) terimi yerine genel bir kaygıyı temsil eden anxiety (anksiyete) terimi kullanılmıştır (bkz. Şekil 3). Bu gözden geçirilmiş model, panik bozuklukta bilişsel davranışçı vaka formülasyonu için bir şablon sunmaktadır (Tarrier ve Johnson, 2006).

Şekil 3. Paniğin Yenilenmiş Bilişsel Modeli (Wells, 1997).



Clark'ın (1986) modelinde tanımlanan düşünce-duygu-duyum sıralaması (ya da diğer alternatif sıralamalar) Wells'in (1997) modelinde de yerini ana döngü içerisinde almaktadır. Var olan sıralamaya dikkat kesilmek terapistin birey için geliştireceği formülasyon bakımından önem arz etmektedir (Tarrier ve Johnson, 2006).

Mevcut sıralamayı takip edebilmek adına terapist, danışandan son günlerde yaşadığı bir panik atak deneyimini anlatmasını isteyerek ilişkili bir dizi soruya yanıt aramaktadır. Bu nedenle kişiselleştirilmiş bir panik bozukluk formülasyonu oluşturulurken panik döngü bağlamında anksiyetenin meydana çıktığı an merceğe altına alınmaktadır ve bunun üzerinden döngüye neden olan yanlış yorumlamaları belirlemek adına bireyde meydana gelen belirtiler incelenmektedir (Tarrier ve Johnson, 2006).

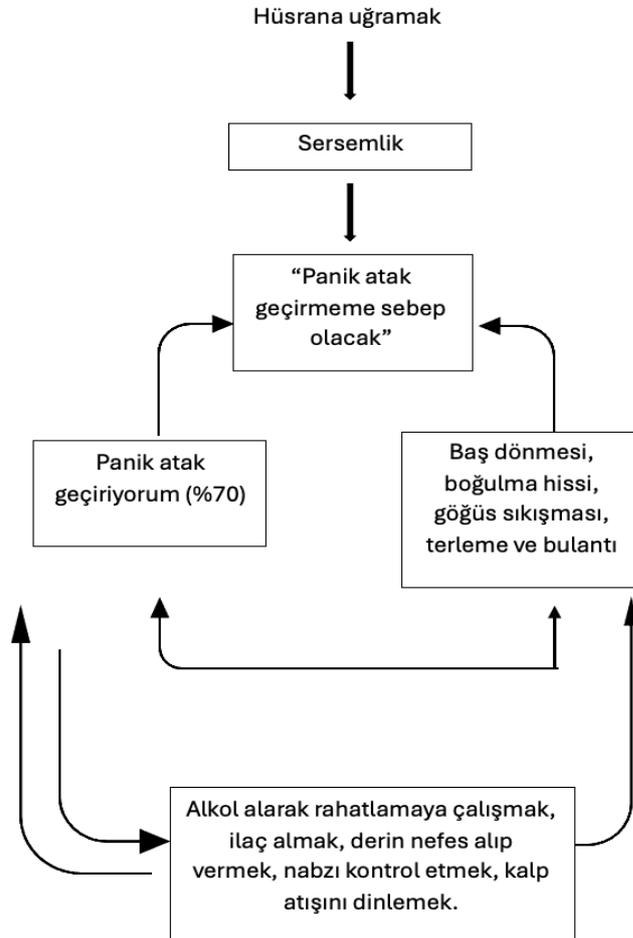
Hatalı yorumlamalar belirlendikten sonra gerçekleştirilecek olan adım ise bireyin panik esnasındaki inanç derecesini belirlemektir. Ardından bu döngü, anksiyete ile bağlantı kurularak bağlamına oturtulmaktadır. Bir sonraki adım ise, bireyin baş etme davranışlarını ve seçici dikkati kapsayan geri bildirim döngüsünü belirlemekten geçmektedir. Bu adım, bireyin hatalı yorumlanmış katastrofik çıkarımlarını önlemek amacıyla geliştirmiş olduğu stratejileri sorgulamak ile gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte bireye bedenine yönelmiş olduğu aşırı dikkat durumu hakkında da sorular sorulmaktadır (bkz. Tablo 1) (Tarrier ve Johnson, 2006).

**Tablo 1.** Panik Bozuklukta Formülasyonu Oluşturmak İçin Sorulabilecek Spesifik Sorular (Tarrrier ve Johnson, 2006).

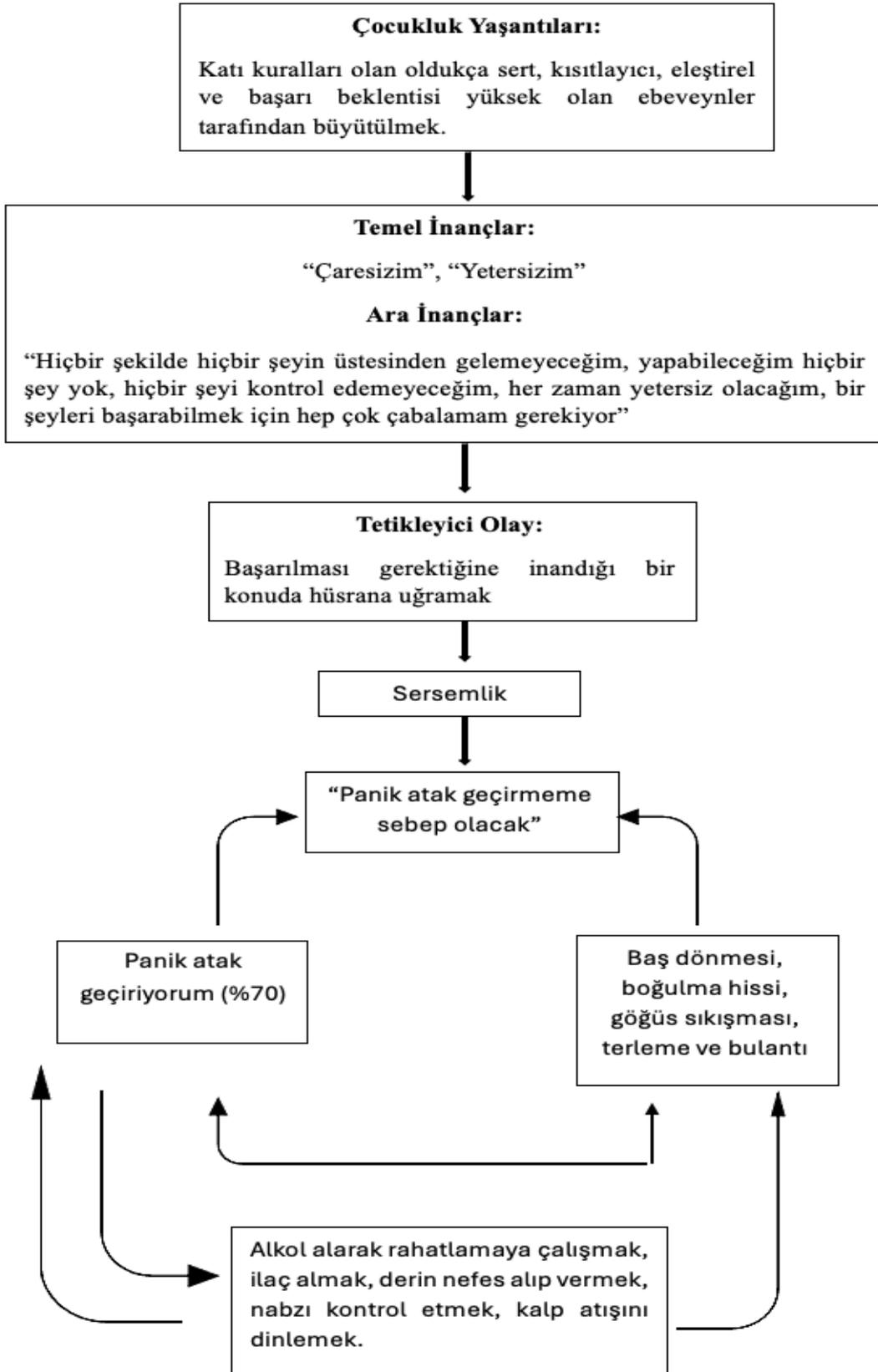
1. Paniklediğiniz anda aklınızdan ne geçtiğini düşünerek: Panikleyebileceğinizi gösteren ilk fark ettiğiniz şey neydi? Bir düşünce mi, bir duyum mu yoksa bir duygu mu?
2. O duyumu fark ettiğinizde aklınızdan ne geçti?
3. O düşünceyi fark ettiğinizde duygusal olarak nasıl hissettiniz?
4. O duyguyu fark ettiğinizde hangi duyumları hissettiniz?
5. O duyumları hissettiğinizde aklınızdan ne geçti?
6. O anda [bireyin felaketleştirilmiş hatalı yorumunu ekleyin] ne kadar inandınız?
7. Bunu düşündüğünüzde kaygı durumunuz ne oldu?
8. [Bireyin felaketleştirilmiş hatalı yorumunu ekleyin] önlemek için bir şey yaptınız mı? Evetse ne yaptınız?
9. Anksiyeteyi azaltmak için bir şey yaptınız mı? Evetse ne yaptınız?
10. Panik geliştirdiğinizden beri dikkatinizi vücudunuza/düşüncelerinize odaklıyor musunuz? Evetse hangi şekilde?

Tüm bu adımlardan sonra bireyin birbiri ile ilişkili olan bilişsel ve davranışsal faktörleri içeren kapsamlı ve kişiselleştirilmiş bilişsel davranışçı panik bozukluk formülasyonuna ulaşılabilmektedir (bkz. Şekil 4 ve Şekil 5) (Tarrrier ve Johnson, 2006).

**Şekil 4.** Kişiselleştirilmiş Panik Formülasyonu Örneği (Tarrrier ve Johnson, 2006).



**Şekil 5. Kişiselleştirilmiş Bütüncül Panik Formülasyonu Örneği.**



## Tartışma

Yapılan bu çalışmanın amacı, toplumdaki yaygınlığı azımsanmayacak kadar mühim olan ve yaşam doyumunu olumsuz yönde etkileyen panik bozukluğun bilişsel davranışçı vaka formülasyonunu değerlendirmek, panik bozuklukta vaka formülasyonunun bozukluğu tanımlamada olduğu kadar müdahale aşamasında da edildiği yerin önemine vurgu yapmaktır.

Panik ataklar, birkaç dakika içinde zirveye ulaşan yoğun korku veya rahatsızlık hissini ani yükselmesi olarak tanımlanmaktadır ve bu süre zarfında 13 belirtiden dördü veya daha fazlası ortaya çıkmaktadır (Craske ve ark., 2010). DSM-5 kriterlerine (APB, 2014) göre, panik bozukluk tanısı, tekrarlayan panik atakların varlığını ve gelecekteki ataklar ve bunların sonuçları hakkında sürekli endişe duyulmasını gerektirmektedir. Epidemiyolojik çalışmalara göre panik bozukluğun toplumdaki yaygınlığı çeşitli araştırmalar ve coğrafi bölgelere göre değişiklik gösterse de yetişkin genel popülasyonunda yaşam boyu prevalans oranının oldukça mühim olduğu bildirilmektedir (Dick ve ark., 1994; Eaton ve ark., 1994; Weissman ve ark., 1997; Kessler ve ark., 2012).

Çoğunlukla 20'li yaşlarda başlayan panik bozukluğun (Antony ve Swinson, 2000) yaşla birlikte teşhisi ve tedavisi daha zor hale gelmektedir (Lenze ve Wetherell, 2011). Bunun nedeni olarak daha yaşlı bireylerde bozukluğun belirtilerinin daha farklı şekillerde meydana gelebiliyor olması ve daha çok genç yetişkinlere yönelik olarak geliştirilmiş standart araçlar ve belirlenmiş kriterler tarafından belirtilerin doğru bir şekilde yakalanamaması rol oynayabilmektedir (Seguí ve ark., 2000). Özellikle çoğu geç başlangıçlı panik ataklar depresyon, madde kötüye kullanımı, agorafobi ve intihar davranışı (Roy-Byrne ve ark., 2006) gibi çeşitli psikiyatrik; kardiyovasküler veya solunum yolu hastalıkları gibi çeşitli tıbbi komorbiditeler ile ilişkili olmaktadır (Katerndahl, 2008). Bu da doğru tanıyı engelleyebilecek diğer bir etken olarak karşımıza çıkabilmektedir (Olaya ve ark., 2018).

Bireysel özellikler, yetişkinlik, ileri yaş, cinsiyet, kronik rahatsızlıkların varlığı ve komorbidit rahatsızlıklar gibi çeşitli risk faktörlerinin devreye girmesi bu bozukluğun semptomlarının ayırt edilmesinde ve müdahale aşamasında kullanılması uygun olacak tekniklerin seçiminde bireye özgü vaka formülasyonunun oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca yaşa bakılmaksızın panik atakların varlığı ve bireyin panik bozukluğa sahip olması yaşam kalitesinde oldukça dramatik düşümlere neden olmaktadır. Araştırmacılar tarafından paniğin belirlenmesinde kilit rol üstlenen risk faktörlerinin tanımlanması ve özelleştirilmiş müdahalelerin tasarlanmasının önemli olabileceği belirtilmektedir (Olaya ve ark., 2018). Bu nedenle vaka formülasyonunun devreye girmesi ve bireydeki sıkıntının yapı taşlarına ayrılarak incelik ile ele alınmasının, formülasyonun bireye özgü olacak şekilde geliştirilmesinin bu gibi risklerin ortadan kalkmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Daha önce de belirtildiği üzere BDT, majör depresif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi birçok psikopatolojik bozuklukta etkiliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir (Barlow, 2008).

BDT'de tedaviyi danışanın belirli klinik ihtiyaçlarına göre uyarlamak için vaka formülasyonu kullanılmaktadır. Bir vaka formülasyonu, tedaviyle ilgili olan bireye veya bireyin ortalama durumuna yönelik bireyselleştirilmiş bir teori sunmaktadır (Sundberg ve Tyler, 1962; Korchin, 1976; Persons, 2008; Mumma, 2011). Vaka formülasyonu klinisyene problemleri belirlemede, potansiyel olarak ilgili nedensel değişkenleri (bilişler ve durum tetikleyicileri), açıklayıcı mekanizmaları tanımlamada ve müdahale geliştirmede yardımcı olmaktadır. (Nezu ve ark., 2004; Ghaderi, 2007; Kuyken ve ark., 2009). Aynı şekilde vaka formülasyonu klinisyenin, belirli bir danışan için en etkili olabilecek müdahale planını uyarlayabilmesi için hem genel (Beck ve Haigh, 2014) hem de bozukluğa spesifik (Clark ve Beck, 2010; Clark ve ark., 1999) bilimsel temelli bilişsel-davranışçı teorilerden ve ilgili müdahale yöntemlerinden yararlanmasını sağlamaktadır.

Persons'ın klasikleşmiş Bilişsel Davranışçı Terapide Vaka Formülasyonu kitabından bu yana, hem genel (Nezu ve ark., 2004; Persons, 2008; Kuyken ve ark., 2009; Beck, 2020) hem de bozukluğa özel (Needleman, 1999; Tarrier, 2006; Wells, 2006; Zayfert ve Becker, 2007; Bakker, 2008; Clark ve Beck, 2010) birçok kılavuz, bilişsel davranışçı vaka formülasyonunun nasıl geliştirileceğine ve tedavinin nasıl yönlendirileceğine odaklanmıştır. Söz konusu vaka

formülasyonu yaklaşımlarının ortak özellikleri, bir problem listesi (genellikle sıkıntı ve işlevsizlik) geliştirmek, olası nedensel değişkenleri (durumsal, yatkınlık, bilişsel) araştırmak, nedensel değişkenler ile sıkıntı ve işlevsizlik arasındaki ilişkiler hakkında hipotezler geliştirmek ve bireyselleştirilmiş tedavi hedefleri ve amaçları belirlemekten geçmektedir (Mumma ve Fluck, 2016).

Vaka formülasyonu temelli bilişsel davranışçı tedavilerin geliştirilmesi ve kullanılmasına olan ilgi gün geçtikçe artmıştır ancak bu yaklaşımların ampirik olarak değerlendirilmesi veya test edilmesi konusunda pek az çalışma bulunmaktadır (Bieling ve Kuyken, 2003; Mumma, 2004; Kuyken, 2006; Kuyken ve ark., 2009). Aynı şekilde vaka formülasyonu temelli bilişsel davranışçı tedaviler ile standartlaştırılmış tedavilerin etkililikleri açısından karşılaştırıldığı çalışmalar alan yazında oldukça kısıtlı olmasına rağmen standart tedaviler genellikle tek bir bozukluğa sahip popülasyonlara odaklandığı için eleştirilmiştir. Diğer bir yandan formülasyona dayalı tedavilerin karmaşık veya komorbid vakalar için daha değerli olduğu bildirilmiştir (Persons, 2008; Haynes ve ark., 2011). Benzer olarak vaka formülasyonunun belirli yönlerini danışanla tartışmak, güven ilişkisini geliştirmeye yardımcı olabilmekte ve danışanın sıkıntılarıyla ilgili nedensel veya işlevsel ilişkiler hakkındaki algısını anlamak için faydalı bilgiler sağlayabilmektedir (Kuyken ve ark., 2009). Ayrıca tedavi sürecinin formülasyon üzerinden izlenmesi tedavi hedeflerine yönelik değerlendirme hakkında faydalı bilgiler sağlayabilmektedir. Bu bilgiler, danışanın tedaviye nasıl yanıt verdiğini değerlendirmek ve eğer yanıt beklenen yönde değilse, vakayı yeniden formüle etmeyi düşünmek için de kullanılabilir (Persons ve ark., 2013).

Panik bozukluk özelinde bilişsel davranışçı vaka formülasyonuna baktığımızda, Clark'ın (1986) geliştirmiş olduğu panik modelin, panik atağı tetikleyen bir dizi olaya odaklandığı ve bu olayların ise içsel duyumların felaketleştirilmesi algısına dayandığı görülmektedir. Daha sonraları panik modelin Wells (1997) tarafından geliştirilen versiyonunda ise bireyin hatalı yorumlamaları sonucunda geliştirmiş olduğu baş etme stratejileri ve iç olaylara yöneltilmiş olan seçici dikkat kavramları yerini almıştır. Ayrıca her iki model de bireyin içine girdiği kısır döngüye odaklanmayı ihmal etmemektedir.

Özellikle Wells (1997) tarafından revize edilen model, bilişsel davranışçı vaka formülasyonu için bir şablon oluşturma görevini üstlenme niteliğindedir ve klinisyen tarafından yönlendirilen ilgili sorular ile harmanlandığı takdirde bireyin biricikliğini ön plana alan, bilişsel davranışçı etmenleri içeren kapsamlı ve kişiselleştirilmiş vaka formülasyonunun oluşturulmasında hayati bir önem taşımaktadır. Bunun sonucunda da bireyin sahip olduğu sıkıntının kökenleri, tetikleyicileri ve sürdürücüleri gibi pek çok etmen incelikle mercek altına alınabilmekte, bütüncül olarak değerlendirilebilmekte ve yeniden revize edilme şansı yakalayabilmektedir. En nihayetinde formülasyonun bu gibi faydaları birey için başvurulacak en uygun müdahaleye karar verme aşamasında yararlı olacaktır.

## Sonuç

Panik bozukluğun tedavisinde etkililiği kanıtlanmış olan bilişsel davranışçı terapi bağlamında geliştirilen panik bozukluğun formülasyonuna baktığımızda, bozukluğun temelinde var olan mekanizmanın ve diğer pek çok elementin (sürdürücülerin, hatalı ve olumsuz inanışların, felaketleştirmenin vb.) kökenine inip, sorunların belli bir bağlama oturtulabilmesinin psikoterapinin en önemli aşamalarından biri olduğu fark edilmektedir. Başlarda Clark'ın (1986) geliştirmiş olduğu panik modelin Wells'in (1997) revizyonu ile genişletildiği, bu sayede modele yeni kavramların eklendiği görülmektedir. Bu yaklaşıma göre içsel ya da dışsal bir duyum ile tetiklenen bireyde kaygı meydana gelmektedir. Bunun sonucunda da bedensel semptomlar uyarılmaktadır ve birey felaketleştirilmiş birtakım yorumlar üretmektedir. Bununla birlikte seçici dikkati kendi bedenine yönelen birey, işlevsiz güvenli alma davranışları geliştirmektedir. Bunların sonucunda birey, kısır bir döngü içine girmektedir. Yenilenmiş modelin kişiselleştirilmiş vaka formülasyonunu oluşturmakta kullanılması, bozukluğa ve tedaviye dair geniş bir bakış açısını desteklemektedir. En nihayetinde panik bozuklukta kişiselleştirilmiş vaka formülasyonu; bireyde meydana gelen panik atakların nedenini, ataklardaki kısır döngüyü, yorumlama hatalarını içeren bir çerçeve sunduğu gibi bireye özgü dinamikler üzerinden müdahale planlamasının geliştirilebilmesi için de önemli bir şablon olmaktadır. Aynı zamanda psikoeğitim adımında panik formülasyonun geliştirilip bireye sunulması başlı başına bir müdahale adımı olma niteliğini taşımaktadır. Bu nedenle bilişsel davranışçı yaklaşımda panik bozukluğun tedavisinde vaka

formülasyonunun elzem bir rol oynadığının kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Bu noktada, gelecek çalışmalar için diğer psikoterapi yaklaşımlarının da dahil edildiği modellerin karşılaştırılması yoluna gidilerek panik bozuklukta vaka formülasyonu üzerine daha kapsamlı ve eklettik bir bakış açısının geliştirilmesi önerilmektedir.

## Kaynakça

- Aksakallı, G. ve Karaaziz, M. (2023). Bir panik bozukluğu hastasının bilişsel davranışçı terapi yöntemiyle tedavisinin incelenmesi: olgu sunumu. *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 123-140.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (DSM 5) (E. Köroğlu, Çev., 5. basım). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Antony, M., Swinson, R., 2000. *Phobic Disorders and Panic in Adults: A Guide to Assessment and Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Bakker GM (2008). Problem-maintaining circles: case illustrations of formulations that truly guide therapy. *Clinical Psychologist* 12, 30–39.
- Barlow DH (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual*. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H. ve Craske, M. G. (2006). *Mastery of Your Anxiety and Panic*. Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: Meridian
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford press.
- Beck, A. T. et al. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194.
- Beck AT, Haigh EAP (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology* 10, 1–24.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Publications.
- Bieling, P. J. ve Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice* 10: 52–69.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. In A. S. Bellack and M. Hersen (eds) *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Pergamon Press.
- Clark DA, Beck AT, Alford BA (1999). *Scientific Foundation of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Clark DA, Beck AT (2010). Cognitive therapy of anxiety disorders: *Science and Practice*. New York: Guilford.
- Clark, D. A. ve Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy of panic disorder. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Inside Science and Practice* (s. 275-332). New York: The Guilford Press.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.
- Craske, M. G. ve Barlow, D. H. (2014). *Panic disorder and agoraphobia*. D. H. Barlow (Ed.), *Inside Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual* (s. 1-62). New York: The Guilford Press.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H. U., Pine, D. S., Lewis-Fernández, R., ve Hinton, D. (2010). Panic disorder: a review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 93-112.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C. ve Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79–89. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.003.
- Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi: (Abnormal psychology)*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-139.
- Dick, C.L., Bland, R.C., Newman, S.C., 1994. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Panic Disord. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 376, 45–53.
- Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.U., Magee, W.J., 1994. Panic and panic disorder in the United States. *Am. J. Psychiatry* 151, 413–420. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.3.413>.
- Efron, G. ve Wootton, B. M. (2021). Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102385. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102385

- Ghaderi A (2007). Logical functional analysis in the assessment and treatment of eating disorders. *Clinical Psychologist* 11, 1–12.
- Gould, R. A., Ott, M. W. ve Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 819-844.
- Güler, K., Usluca, M. ve Yılmaz, M. (2021). Panik bozukluğun bilişsel davranışçı tedavisinin incelenmesi. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12), 1211-1222.
- Haynes SN, O'Brien WH, Kaholokula JK (2011). *Behavioral assessment and case formulation*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Katerndahl, D.A., 2008. The association between panic disorder and coronary artery disease among primary care patients presenting with chest pain: an updated literature review. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry* 10, 276–285.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. ve Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Korchin SJ (1976). *Modern Clinical Psychology*. New York: Basic.
- Köroğlu, E. (2017). *Kaygılarımız Korkularımız Nelerdir? Nasıl Baş Edilir?* Ankara : HYB Yayıncılık.
- Kılıç, H. S. ve Alkar, Ö. Y. (2020). Panik bozukluk için bilişsel davranışçı terapi süreci ve sonucunu yordayan faktörler: Değişim mekanizmalarına bir bakış. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 10(3), 315-329.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. ve Neale, J. (2015). *Anormal Psikolojisi* (Çeviri Ed M Şahin). Ankara, Nobel yayıncılık
- Kuyken W (2006). Evidence-Based Case Formulation. In: *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy* (ed. N. Tarrow), pp. 12–35. New York: Routledge.
- Kuyken W, Padesky CA, Dudley R (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford.
- Lenze, E.J., Wetherell, J.L., 2011. *A lifespan view of anxiety disorders*. *Dialog. Clin. Neurosci.* 13, 381–399.
- McCabe, R. E. ve Antony, M. M. (2005). *Panic disorder and agoraphobia*. M. M. Antony, D. R. Ledley ve R. G. Heimberg (Ed.), *Inside: Improving Outcome And Preventing Relapse In Cognitive Behavioral Therapy*, (s. 1-38). New York: The Guilford Press..
- McLean, P. D., Woody, S., Taylor, S. ve Koch, W. J. (1998). Comorbid panic disorder and major depression: Implications for cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 240.
- Mumma GH (2004). Validation of idiosyncratic cognitive schema in cognitive case formulations: an intraindividual idiographic approach. *Psychological Assessment* 16, 211–230
- Mumma GH (2011). Validity issues in cognitive-behavioral case formulation. *European Journal of Psychological Assessment* 27, 29–49.
- Mumma, G. H. ve Fluck, J. (2016). How valid is your case formulation? Empirically testing your cognitive behavioural case formulation for tailored treatment. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9, e12.
- Needleman LD (1999). *Cognitive case conceptualization*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nezu AM, Nezu CM, Lombardo E (2004). *Cognitive-Behavioral Case Formulation and Treatment Design: A Problem Solving Approach*. New York: Springer.
- Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L. ve Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 627-633.
- Otto, M. W. ve Deveney, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*, 66(Suppl 4), 28-32.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Bayt.
- Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. Guilford Press.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Persons JB, Beckner VL, Tompkins MA (2013). Testing case formulation hypotheses in psychotherapy: two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice* 20, 399–409.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Kaspi, S. P., Hamerness, P. G. ve Rosenbaum, J. F. (1994). Cognitive behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 55(5), 200-205.
- Pollard, C.A., Pollard, H.J. ve Corn, K.J. (1989). Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 318-321.
- Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Stein, M.B., 2006. *Panic Disorder*. *Lancet* 368, 1023–1032. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69418-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69418-X).

- Seguí, J., Salvador-Carulla, L., Márquez, M., García, L., Canet, J., Ortiz, M., 2000. Differential clinical features of late-onset panic disorder. *J. Affect. Disord* 57, 115–124.
- Sundberg N, Tyler L (1962). *Clinical psychology: An introduction to research and practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Sungur, M. (1997). *Bilişsel-Davranışçı Terapilerin Gelişim Öyküsü*. Psikoterapiler El Kitabı (Ed A Güngör), 50, 66.
- Tarrier, N. ve Johnson, J. (2006). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy*. London: Routledge.
- Toprak, F. ve Karaaziz, M. (2022). Panik bozuklukta bilişsel davranışçı terapi üzerine derleme: Bir vaka sunumu. *Pearson journal*, 7(22), 75-84.
- Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G. ve Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: *Replication and extension*. *Behavior Therapy*, 33(4), 493-509.
- Tükel, R. (1998). Panik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 12-17.
- Türkçapar, H. (2014). *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama*. HYB Yayıncılık.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Chichester, UK: Wiley
- Wells A (2006). *Cognitive Therapy Case Formulation in Anxiety Disorders*. In: *Case Formulation in Cognitive Behavior Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases* (ed. N. Tarrier), pp. 52–80. London: Routledge.
- Wenzel, A. (2013). *Strategic decision making in cognitive behavioral therapy*. American Psychological Association.
- Weissman, M. ve Markowitz, J. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Oxford University Press.
- Woody, S., McLean, P. D., Taylor, S. ve Koch, W. J. (1999). Treatment of major depression in the context of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 53(2), 163-174
- Zayfert C, Becker CB (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD: A Case Formulation Approach*. New York: Guilford.