

-ARAŞTIRMA MAKALESİ-

PANİK BOZUKLUK VE BDT ÜZERİNE DERLEME: BİR OLGU SUNUMU*

Hilal PARALI¹

Psikolog

E-mail: hilalparal7@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-3520-7469

Meryem KARAAZİZ

Doç.Dr.

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi

E-mail: meryem.karaaziz@neu.edu.tr

ORCID ID: 0000-0002-0085-612X

Öz

Panik bozukluk; herhangi bir yerde ve durumda aniden gelişen, işlevsellikte düşüşe sebep olan, yinelenen panik ataklarla ortaya çıkan ve ileride tekrar yaşanılacak mı diye endişe duyulan bir kaygı bozukluğudur. Kişi, ortaya çıkan bu belirtilerle beraber atakları tekrar yaşamaktan korktuğu için ataklardan kaçmak veya atakları engellemek adı altında istemese de davranış değişikliği göstermektedir. Bilişsel Davranışçı Terapide en önemli unsurundan biri biliş olmakla beraber düşüncelerimizin, davranışlarımıza ve duygularımıza etki ettiği üzerinde durmaktadır. Temel amacı ise kişinin gerçek dışı olan ve davranışsal/duygusal sorunlara sebebiyet veren olumsuz ve çarpık olan düşünceleri belirleyerek bunları daha sağlıklı düşüncelere çevirmektir. BDT, çeşitli ruhsal bozukluğun tedavisinde kullanılmakla beraber panik bozukluk tedavisinde geçerli görülen terapi metotlarından biridir. Bu olgu sunumunda DSM-5 tanı kriterlerine göre 'Panik Bozukluk' belirtileri göstermekte olan 36

* Bu makalede bilimsel araştırma ve yayım etiği ilkelerine uyulmuştur.

¹ Sorumlu Yazar: hilalparal7@gmail.com

Atıf (APA): Paralı, H. & Karaaziz, M., (2025), Panik Bozukluk ve BDT Üzerine Derleme: Bir Olgu Sunumu, Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 17 (1): 1-26.

yaşında, iki çocuk annesi kadın hastaya Bilişsel Davranışçı Terapi yaklaşımı ele alınarak panik atak belirtilerinin en aza indirgenmesi amaçlanmıştır. Toplam 5 seans yapılmış olup 4'ü yüz yüze; 1'i çevrim içi gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Bilişsel Davranışçı Terapi, DSM-5, Panik Atak, Panik Bozukluk*

Alan Tanımı: *Psikoloji*

REVIEW IN PANIC DISORDER AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: A CASE REPORT

Abstract

Panic disorder; It is an anxiety disorder that develops suddenly in any place and situation, causes a decrease in functionality, occurs with recurrent panic attacks and is worried about whether it will happen again in the future. With these symptoms, the person shows a change in behavior even though he does not want to avoid the attacks or prevent the attacks because he is afraid of experiencing the attacks again. In Cognitive Behavioral Therapy, one of the most important elements is cognition, and it emphasizes that our thoughts affect our behaviors and emotions. Its main purpose is to identify the negative and distorted thoughts that are unrealistic and cause behavioral/emotional problems and turn them into healthier thoughts. Although CBT is used in the treatment of various mental disorders, it is one of the therapy methods that is considered valid in the treatment of panic disorder. In this case report, it is aimed to minimize panic attack symptoms by considering the Cognitive Behavioral Therapy approach to a 36-year-old female mother of two children who has symptoms of 'Panic Disorder' according to DSM-5 diagnostic criteria. A total of 5 sessions were held, 4 of them face-to-face and 1 of them online.

Key Words: *Cognitive Behavioral Therapy, DSM-5, Panic Attack, Panic Disorder*

JEL Code: *D83*

1.GİRİŞ: PANİK BOZUKLUK

Panik bozukluk; belirli bir neden olmadan birçok bilişsel ve-veya bedensel belirtilerle giden yoğun gelişen korkunun birdenbire geliştiği ve beklenmeyen panik ataklarla tekrarlanmasıyla karakterize olmuş anksiyete bozukluklarından biridir. Bakıldığında çeşitli fizyolojik ve psikolojik belirtilerle giden, panik atakların beklenmedik ve yineleyen şekilde ortaya çıkmasıyla gelişen bir bozukluktur (Güler, Usluca, & Yılmaz, 2021). Panik atak ise tipik olarak; yoğun bir kötü bir şey olacak beklentisi, endişe ve korku ile aniden ortaya çıkan, çok kısa zamanda yüksek seviyelere ulaşır. Yaşanılan panik atakları sırasında; baygınlık hissi, baş dönmesi, soluk alıp vermede güçlük, ürperme, titreme, uyuşma, kalp atımında hızlılık, karıncalanma, karında rahatsızlık, bulantı, çarpıntı, sıcak basma, göğüste ağrı, boğulma hissi gibi birçok belirtiyi ortaya çıkarmaktadır. Bu görülen bedensel belirtilerin yanında ölüm korkusu, kontrolü kaybetme veya delirme korkusu gibi bilişsel belirtiler de ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca yaşanan anksiyete durumunun yoğunluğuna göre kişi, çevresini değişik, gerçek dışı veya kendisi gerçek dışı olarak algılayabilmektedir.

Panik atak durumu yaşayan kişiler, kendilerince bir felaketin içindeymiş duygusuna kapılabilirler ve bu nedenle göğüste ağrı, çarpıntı, kalp atımında hızlanma gibi yakınmalar yaşadıklarında genellikle kalp krizi geçirip öleceklerini düşünürler. Bakıldığında bu ataklar bir anda gelip on beş-yirmi dakika sürmekte olup atakların şiddeti ve sıklığı değişiklik gösterebilmektedir.

Panik atakların farklı tiplerde de ortaya çıktığı görülmektedir. Örneğin; bilenen bir tetikleyici durumu olmadan kendini göstermişse bunlar ‘beklenmedik’ tipteki panik ataklardır. Fakat bilinen bir tetikleyici varsa yani belli bir durumda ortaya çıkmışsa bunlar ‘durumsal yatkınlık gösterilen’ panik ataklardır ama bu panik atakların mutlaka ortaya çıkması beklenmez. Diğer bir tip panik atak ise tetikleyici bir durumla karşılaşılmanın hemen ardından kendini gösteriyorsa bu da ‘duruma bağlı’ panik ataklar olarak adlandırılmaktadır (Tükel, 2002).

Panik atak DSM-5’te ruhsal bozukluk sınıfına dâhil edilmemekle birlikte hastalık olarak ‘Panik Bozukluk’ adı altında yer almaktadır. Panik bozukluk tanısı koyabilmek içinse; panik atakta görülen belirtilerden ‘en az dört belirti’ ile birlikte ‘panik atağı tekrardan tetikleyebilecek olan durum ve davranışlardan kaçınma’ ya da ‘tekrar bir panik atak geçirim düşüncesi ile sürekli bir endişe duyma’ durumlarından birinin görülmesi gerekmektedir (TOPRAK & KARAAZİZ, 2022). Aynı zamanda kişinin ‘Panik Bozukluk’ tanısı alabilmesi için hastalığının

başında ‘beklenmedik panik ataklarının’ olması gerekmektedir. Panik bozukluğun en temel özellik ise; beklenmedik, ne zaman ve nerede başlayacağı kestirilmeyen ve yineleyici olmasıdır (Tükel, 2002).

Ortaya çıkan panik nöbetleri, başka bir ruhsal bozuklukta veya herhangi bir bunaltı bozukluğunda görülebilmektedir. Panik bozukluk ise birden ve kendiliğinden gelişen panik nöbetleriyle kendini gösterir ve DSM-5’te Bunaltı Bozuklukları adı altında ‘Panik Bozukluğu’ adı altında yer almaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2020).

2. BELİRTİ VE BULGULAR

1. *Genel Görünüm ve Davranış:* Panik atakları dışında kişinin genel görünümünde herhangi bir bozukluk söz konusu olmayabilir fakat kişi, panik atak geçirdiği sırada aşırı telaşlı ve endişeli olmaktadır
2. *İlişki Kurma ve Konuşma:* Bir panik atağı sırasında kişi, panik durumu ve ağır bir korku içerisinde olduğundan rahat rahat konuşamaz ve sesi titrer. Durum böyleyken kişi ile iletişime geçmek biraz zor olabilir fakat hasta yaşamış olduğu panik ataklarını ya da panik nöbetlerini yeniden yaşayıp yaşamayacağı hakkında bizimle iletişime geçmek isteyebilir.
3. *Duygulanım:* Kişide panik atakları sırasında aşırı derecede bir uyarılma ve korku bulunmaktadır. Ne zaman geleceği bilinmeyen ağır ve akut olan korku nöbetleri kişinin bütün duygulanımını ele geçirmiştir. Panik atakları yaşandıktan sonra kişilerin en önemli yakınması, panik nöbetinin tekrardan nüksetme korkusudur. Panik atakları sırasında aşağıda açıklanmış olan ortaya çıkan fizyolojik belirtilerin yanında kişilerde, ‘delirme, öz denetimini yitirme, ya da şiddetli bir ölüm korkusu’ ortaya çıkar. Atak atlandıktan sonra ölüm korkusu ya da öz denetimini yitirme korkuları hafiflese de sürebilmektedir. Kişi, panik atakların tekrarlanmasından korkar. Bu duruma ‘beklenti bunaltısı’ adı verilmektedir. Bakıldığında nöbetler ya psikososyal bir uyarandan sonra ya da ortada uyarıcı bir durum olmadan yani kendiliğinden ortaya çıkar. Ve bu uyarılar da yoğun korku verici ya da sarsıcı bir uyarın olmayabilmektedir. Ama hastaların birçoğunda panik ataklardan birkaç hafta ya da ay önce yaşanmış olan bir yaşam olayı öyküsü bulunabilmektedir. Ancak bu yaşam olaylarının kişide zorlayıcı bir etkide bulunmayabilir.
4. *Bilişsel Yetiler:* Panik nöbetleri dışında bakıldığında kişilerin algılaması, yönelimi ve diğer başka bilişsel yetileri normaldir. Ama panik ataklar

sırasında kişilerde; ara ara çevresini tanıyamama, algı bozukluğu varmış gibi bir durum söz konusu olabilmektedir. Kişiler, şaşkınlık ve zihinsel bir karışıklık içine düşmüş olabilirler. Ayrıca derealizasyon (gerçekdışılaşma), depersonalizasyon (öze yabancılaşma) yani kişi, kendisinin ve çevresinin değişmiş olabileceğini algılayabilmektedir.

5. *Düşünce süreci ve İçeriği:* Panik atakları haricinde kişileri düşünce süreçlerinde ve içeriklerinde herhangi bir bozukluk söz konusu değildir. Ama kişiler genellikle ‘ya atak tekrar gelirse, geldiğinde ne yaparım, ne olur’ gibi düşüncelerle boğuşmaktadır. Bu düşüncelerin, bunaltının altında yatan bilişsel temalar terapi seansları esnasında ‘...olursa ne olur’ (örneğin, en kötü ne olabilir gibi) şeklinde sorularla ortaya çıkarılabilmektedir.
6. *Fizyolojik ve Bedensel Belirtiler:* Ortaya çıkan panik atakları sırasında yoğun bir delirme ya da ölüm korkusunun yanı sıra ortaya çıkan fizyolojik belirtiler, otonom sinir sisteminin kamçılanılmasına bağlıdır:

- Çarpıntı,
- Titreme,
- Terleme,
- Sık idrara çıkma,
- Bulantı ya da karın ağrısı,
- Kan basıncının yükselmesi,
- Soluğunu alamıyor-boğuluyor duygusu,
- Göğüste sıkışma hissi ya da göğüste ağrı,
- Derealizasyon ya da depersonalizasyon,
- Baş dönmesi-sersemlik bayılacak ya da düşecekmiş gibi olma,
- Karıncalanma ya da uyuşma hissi,
- Sıcak-soğuk basmaları,
- Üşüme (Öztürk & Uluşahin, 2020).

Bakıldığında bu atakların en şiddetli geçen dönemi kısa sürmektedir. Genelde on-on beş dakikada yatışmakta olup yarım saati geçtiği nadir görülür sonrasında ise şiddetleri azalmaktadır. Başlangıçta kişiler neye uğradığına şaşırılmaktadır. Bazen kişiler delirme korkusu ya da ölüm korkusu sebebiyle çevresindekilerden yardım talep eder ve hemen doktora gitmek isterler. Zaten bu kişiler en çok ‘kalp krizi korkusu’ ile acil servise götürülmektedir. Oradaki doktorla iletişime geçen hasta sonrasında yatışmaya başlar. Ve bu kişiler çoğu zaman bu panik atakları sırasında inme ineceğinden, delireceğinden ya da öleceğinden korkarlar. DSM-5’e tanı

kriterleri ele alındığında yukarıdaki ‘fizyolojik ve bedensel belirtilerin’ temel alınması gereklidir.

ICD-10’da ise tanı kriterleri şu şekildedir (Öztürk & Uluşahin, 2020):

‘Kesin bir biçimde tanı koyulabilmesi için en az 1 ay içerisinde birden fazla ‘ağır otonomik bunalıtı nöbetlerinin’ olması gerekmektedir. Bu nöbetlerde:

- a. *Dış bir tehlikenin olmadığı durumlarda kendini göstermeli,*
- b. *Önceden kestirilebilecek ya da önceden bilinen bir durumla sınırlı olmamalı,*
- c. *Ara dönemlerde de ortaya çıkan bunalıtı belirtilerinin çok olmaması gerekmektedir (ayrım olarak ‘beklenti bulantısı’ durumu dışındadır)’.*

DSM-5’te Bunalıtı Bozuklukları adı altında ‘Panik Bozukluğu’ adı altında yer alırken; ICD-10’da Başka Bunalıtı Bozuklukları adı altında ‘Panik Bozukluğu (Paroksizmal Bunalıtı Nöbetleri)’ adı altında yer almaktadır. DSM-4 ve DSM-5 farkına bakıldığında: DSM-4’te Panik Bozukluk ‘agorafobili’ ve ‘agorafobisiz’ olarak iki kümeye ayrılmışken; DSM-5’te bu ayrım kalmış ve ‘agorafobi’ ayrı bir tanı kategorisine alınmıştır. Bu değişikliğin gerekçesi ise agorafobinin genellikle panik bozukluk olmadan da geliştiğine ilişkin araştırmaların olmasıdır. Eğer hastada hem agorafobi hem de panik bozukluk varsa DSM-5’e göre hastaya her iki tanı da birlikte konulmalıdır (Öztürk & Uluşahin, 2020).

DSM-5 Panik Bozukluğu Tanı Kriterleri ise şu şekildedir:

A.Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

- 1) Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması,
- 2) Terleme,
- 3) Titreme ya da sarsılma,
- 4) Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu,
- 5) Soluğun tıkanıldığı duyumu,
- 6) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma,

- 7) Bulantı ya da karın ağrısı,
- 8) Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu,
- 9) Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu,
- 10) Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları),
- 11) Gerçekdışılık ('derealizasyon', gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma ('depersonalizasyon', kendinden kopma duyumu),
- 12) Denetimini yitirme ya da 'çıldırma' korkusu,
- 13) Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlama, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur.

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, 'çıldırma') ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertirodi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Köroğlu, 2013).

3. GİDİŞ VE SONLANIŞ

Panik bozuklukta, panik ataklarla birlikte fobik kaçınma ve beklenti bunaltısı durumları ortaya çıkabilmektedir. Panik atağın ilk ortaya çıkmasından öncesinde kişilerin %70'inde kişiyi çok fazla etkileyen yaşam olayları olabilmektedir. Panik atakları yaşayan kişilerin çoğunluğunda panik atakları sıklığının zamanla azalır veya tamamen kaybolabilmektedir. Fakat sınırlı belirtili olan ataklar genellikle uzun sürerek yeti yitimine yol açabilmektedir. Panik bozukluğu olumsuz etkileyen gidiş

göstergelerine bakıldığında; geç tedavi, ek tanılarının varlığı, düşük olan sosyoekonomik düzey, var olan fobik kaçınmaların varlığıdır. Bunların yanında kadınlarda tekrarlanma olasılığının daha yüksek olduğu görülmekle beraber düzelme oranlarında ise kadın-erkek yakın oranlardadır (Üşenmez, 2022).

EŞTANI

Panik bozukluğuna sahip kişilerde; hayatları boyunca ili uçlu bozukluk, çökkünlük durumları ve bunaltı bozuklukları gibi farklı bozuklukların görülme ihtimali bulunmaktadır. Bu bireylerin %10'unda OKB, %35'inde Depresyon, %2'sinde TSSB, %2'sinde Özgül Fobi, %15'inde Yaygın Anksiyete ve Toplumsal Kaygı Bozukluğu, %17'sinde ise Alkolizm olduğu görülmektedir (Üşenmez, 2022).

4.PANİK BOZUKLUĞA ETKİ EDEN ETMENLER

4.1.Biyolojik Etmenler

Noradrenalin sentezlenmesi ya da salınımında oluşan düzensizlikler; GABA, serotonin veya her ikisinin de reseptöre ciddi bir hassasiyet veren durumlardan olabileceği görülmüştür. Bununla beraber azalmış olan serotonin ve GABA'nın anksiyeteye sebep olduğu bilinirken; noradrenalinin ise artmış uyarılmışlığa sebep olduğu bilinmektedir.

Birbirinden farklı ortamlarda büyüyen ikizlerde yapılan çalışmalarda ve soy ağacı incelemelerinde kalıtımının etkili olduğu saptanmıştır. Bakıldığında bunaltı bozuklukları arasında 'panik bozukluğun' ailesel özelliği belirgin olmuş bir bozukluktur. Panik atakları yaşayan kişilerin, genel popülasyona göre; birinci dereceden akrabalarında da çökkünlük, başka bir bunaltı bozukluğu, şizofreni, madde ve alkol bozukluğu ve iki uçlu bozukluğun daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda panik bozukluğunun kalıtılabilirlik olasılığı %48 olarak bilinirken; birinci dereceden akrabalarında panik bozukluğu olan kişilerde panik bozukluğu rastlanma olasılığı ise %2,8 ile %14,7 arasında değişiklik gösterdiği görülmüştür (Üşenmez, 2022).

4.2.Çevresel Etmenler

Panik bozukluğu olan hastaların birçoğunda erken dönemde yaşanan yaşam olayları arasında üstünde durulan durum ‘ebeveynlerin ayrılması’ durumudur. Yapılan araştırmalarda bu hastaların $\frac{1}{4}$ ile $\frac{1}{2}$ arasında çocukluk dönemlerinde ebeveynlerinden uzun süreli bir ayrılma yaşadıkları görülmüştür. Çocukluk döneminde yaşanan bu ayrılıkların aynı zaman da agorafobide de etkili olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerden uzun süreli ayrı kalma veya ebeveyn ölümü gibi travmatik olan yaşam olaylarının; sağlıklı bireylerin ‘panik atağı ve agorafobisi olan bireylere’ göre daha az yaşadığı ileri sürülmektedir. Aynı zamanda panik bozukluğa eşlik eden agorafobik hastalarda; panik bozukluğa agorafobi eşlik etmeyen hastalara göre yaşanan travmatik olayların daha fazla olduğu ileri sürülmektedir. Araştırılan diğer bir etmen; erken dönemde ‘fiziksel ya da cinsel kötü davranıma’ maruz kalınması durumudur. Yapılan bir araştırmada panik bozukluğa sahip hastaların %12’sinin fiziksel kötü davranıma maruz kaldığı görülmüşken; %8’inin ise cinsel kötü davranıma maruz kaldığı görülmüştür. Diğer bir araştırmada da 5 yaşından önce cinsel ve fiziksel kötü davranım uğrayan çocuklarda erişkinlik dönemlerinde en sık ‘agorafobinin’ görüldüğü saptanmıştır. Yaşanılan ‘stresli yaşam olayları’ da panik bozukluğu etkileyen diğer bir etmenddir. Bakıldığında panik bozukluk gelişmeden önce de stresli yaşam olayı görülmektedir. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada hastaların $\frac{2}{3}$ ünde panik bozukluğun başlamasından yaklaşık 6 ay içinde kişilerde stresli birtakım yaşam olayları görülmüştür. Görülen bu olaylar şu şekildedir: İş değişikliği, mezuniyet, evlenme, birinden ayrılma tehdidi ya da ayrılma durumu, yakınıni kaybetme, fiziksel hastalık ve göçtür. Yine bu konuyla alakalı yapılan başka bir çalışmada ise panik bozukluğuna sahip hastalarda, yaşanan ilk atağın öncesinde stresli bir olaya maruz kalma oranı %80 olarak saptanmıştır. Genel olarak yapılan araştırmaların sonuçlarına bakıldığında; stresli yaşam olaylarında en yüksek olay %17 ile işle alakalı sorunlar ve yakın birini kaybetme iken %14’le de birinden ayrılma durumu olarak saptanmıştır (Tükel, 2002).

4.3.Ruhsal Etmenler

- Davranışçı Görüş:* Davranışçı görüşe göre bunaltı durumu ‘öğrenilmiş’ olan bir durum olarak ortaya çıkarken; korku ise biyolojik bir temelli olup tehlike ve acı veren bir uyarana yönelik olan tepkidir (Üşenmez, 2022).
- Psikanalitik Görüş:* 1970’lerin ortalarına kadar ‘panik bozukluğunun gelişme sebeplerini’ Freud’un öncülüğünde ilerleyen psikanalitik kuram açıklamaktaydı. Ve bunaltıyı; temel bir içsel yaşanan çatışmanın sonucu

olarak oluştuğunu dile getirirler. Bakıldığında yapısal varsayım, iç çatışmanın; benlik ve süper ego (üst benlik) ya da ego (benlik) ve id (alt benlik) arasında ortaya çıktığını söyler. Dürtülere karşı denge sağlamakla uğraşan ego aynı zamanda da ide karşı da bilinçdışı arasında denge sağlamakla uğraşır. Egonun gücü artarsa ya da belli olmayan bir sebeple zayıflarsa id ve ego arasında çatışma ortaya çıkar. Çıkan bu çatışma, egonun; dürtü ile baş edemediğini ve onun karşısında çözümsüz kaldığını göstermektedir. Bu durum da tehlike durumu olarak algılanır ve ‘bunaltı ego’ alarm işareti olarak bir tehlikenin yaklaştığının habercisidir. Bunlara beraber ‘bunaltı’; dış bir tehlikeye organizmanın korku ile tepki vermesi gibi, bunaltı, egonun tehlikeyi algılamış ve iç denge işlevini yerine getirmiş bir tepkisi olarak ortaya çıkmaktadır. Tehlikeli bir durumda olarak algılanan organizma, adrenerjik sisteminin tetiklenerek bunaltı da ortaya çıkan otomatik tepkilerin ‘klinik’ düzeyde ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Çıkan çatışma durumu içinde kalan ego da, bunaltıya karşı savunma mekanizmalarını ortaya çıkarır (Üşenmez, 2022).

- c. *Varoluşçu Görüş:* Ruh hekimleri ve onlarla aynı görüşü paylaşan fenomenolojik ve varoluşçu felsefe savunurları bunaltıyı; varoluşun temelinde yer alan ‘varlık bilimsel’ özellik olarak görmektedirler. Onlar için gerçek bunaltıyı; ‘hiç olabileceğinin, dünyasını ve kendisini tümüyle yitirebileceğinin ve bireyin var oluşunu yok edebileceğinin ayırımına varması’ olarak tanımlamaktadırlar. Bunaltı, bireyin var oluşuna doğrudan bir tehdit iken; korku ise bireyin varlığı dışındaki bir tehlikeye verilen bir tepkidir. Bununla beraber bunaltı, varoluşa yönelik olan bir tehdit olarak anlamlandırılırken; korku, verilen diğer duygusal tepkiler gibi nesnel bir biçimde incelenmektedir. Ruh hekimlerine önemli katkılarda bulunan varoluşçu felsefenin en önemli katkılarından biri de; kişiyi tanıyabilmek için her türlü ön yargılardan ve tanı kavramlarından kendisini soyutlayarak, o kişinin yaşadığı varoluşsal bunaltıyı anlamaya çalışmak adı altında yaptığı önermelerdir (Üşenmez, 2022).
- d. *Bilişsel Görüş:* Bilişsel görüşe göre ‘tehdit algısının’ bunaltıyı açıklığa kavuşturmak için önemli bir rolü bulunmaktadır. Gerçekleşen panik atakları, kişinin bedeninde ortaya çıkan birtakım belirtileri bir felaket ve tehditmiş gibi yorumlanması sonucu oluşmaktadır. Bedende ortaya çıkan birtakım belirtileri yanlış anlamak belirtilerin çoğalmasına sebep olurken; panik ataklar da hızlı bir şekilde şiddetlenir. Örn. kişi panik atakları sırasında yaşadığı kalbinin hızlanması ya da kalp çarpıntısını sanki kalp krizi geçiriyormuş gibi yorumlayabilmektedir. Bu ağır bir bunaltı

durumuna yanlış yorumlama; göğüste sıkışma, sersemlik hissi ve çarpıntı gibi bedende ortaya çıkan fizyolojik belirtilere sebep olmaktadır. Böylelikle farklı farklı belirtilerin ortaya çıkması ve bunların alevlenmesi ilk ve yanlış yorumlanan durumun doğru olduğuna işaret ederek gittikçe diğer belirtilerin de arttığını gösterir. Bu yorumlamalarla kişi, panik ataklarının bir felaketle bitmediğine şahit olsa bile panik ataklarının devam edecek olmasını davranış ve biliş arasında olan bağla vurgulamaktadır (Üşenmez, 2022).

5.EPİDEMİYOLOJİ

Yaşam boyu en az bir panik atağı geçirme olasılığına bakıldığında; %10 oranında olduğu saptanmıştır (Üşenmez, 2022). Panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranına bakıldığında ise %1,5 ile %3 arasında değişkenlik gösterdiği görülürken; panik atağın %3 ile %4 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Panik bozukluğun genetik bir yatkınlığı da olabileceği gibi birinci derecede yakınlarda görülme olasılığı da 5 ile 8 kat fazla olabilmektedir. Bakıldığında bu hasta popülasyonunda, normal popülasyona göre intihar riskleri daha fazladır. Aynı zamanda bu hastaların yaklaşık %40'ında maddeyi kötü kullanım veya alkol kullanımı-bağımlılığı ve yine yaklaşık %60'ında depresyon görülmektedir (Oğuz Karamustafaloğlu, 2011).

Yapılan çalışmalarda en sık 'geç ergenlik dönemi' ile '30'lu yaşlar' arasında başladığı görülürken; klinik örnekleme 25 yaş civarlarında başladığı görülmüştür. Çocukluk döneminde veya kırklı yaşların üstünde de panik bozukluğun daha düşük oranda görülebileceği saptanmıştır. Panik bozukluğa, agorafobinin eşik edip etmediğine göre panik bozukluğun başlangıç yaşında değişimler gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda agorafobili panik bozukluğun genellikle 20'li yaşların başlarında başladığı görülürken; agorafobisiz panik bozukluğun ise genellikle 20'li yaşların sonlarında başladığı görülmüştür. Cinsiyet olarak bakıldığında ise 'kadınlarda' panik bozukluğun daha sık görüldüğü klinik çalışmalarda ve farklı epidemiyolojik çalışmalarda ortak sonuç olarak saptanmıştır. Özellikle de agorafobili panik bozukluğu olan hastalarda, kadınların oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınların erkeklere oranı ise 3/1'dir (Tükel, 2002). Yapılmış diğer çalışmalarda panik bozukluğun genellikle kronik olduğu ve hastaların yaklaşık %50'sinin semptomlarının işlevselliği etkilemediği fakat sürekli olduğu ortaya konmuştur (Oğuz Karamustafaloğlu, 2011). Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nin yaptığı bir araştırmaya göre sağlık ocağına başvuranlarda panik bozuklukları görülme oranı erkeklerde

%0,2 iken; kadınlarda bu oran %0,5'tir. Tedavi olmak için başvuru yapan kişilerin çoğu 25-45 yaşları arasındadır. Şehirde yaşayan ve evli olmayan kesimlerde diğer popülasyona oranla panik bozukluğun görülme sıklığı 2 kat fazla bulunmuştur (Tamam, 2009).

6.TEDAVİ

Panik bozukluk, bireyin günlük yaşamdaki aktivitelerini bozarak yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Panik bozukluk teşhisi koymak için bireydeki komorbid gelişen durumları ve değişkenleri iyi tanımlamak gerekmektedir. İzleme ve tarama araçları, tanı koymak için ve yapılan tedavinin gidişatını izlemek için kullanılabilir. Başarılı sonuçlar elde edebilmek için; her bir hastaya, o hastaya özgü tedavi planları geliştirilmesi gerekebilmektedir. Bu sebeple psikoterapi+farmakoterapinin birlikte kullanılması en etkili tedavi metotlarından biri olarak görülmektedir.

Bakıldığında yapılan psikiyatrik müdahaleler, psikiyatri ilaçlarını ve SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörü) grubunu içermektedir. Bunların yanında farmakoterapi de benzodiazepinlerin de görülen anksiyete belirtilerini azalttığı görülürken; olumsuz etkileri ve kötüye kullanımından dolayı tedavide kullanımına sınır getirilmiştir.

Psikoterapik tedavi metotları arasında ise BDT'nin yaygın olarak çalışıldığı ve bir geçerliliğe sahip olduğuna dair kanıtlar yer almaktadır (Kaya, 2020)

6.1.Farmakolojik Tedavi

Amaç panik bozukluğun sıklığını ve tekrarını azaltarak komorbid olarak eşlik eden depresyon bulgularını tedavi etmektir. Panik bozukluğun ilaç ile tedavisinde kullanılan ilk iki seçenek; SNGÖ (venlafaksin), seçici norepinefrin geri alma önleyici ve SSGÖ serotoninini geri alım önleyicilerdir. Kullanılan bu yöntemler ortaya çıkan panik atakların sıklığını ve şiddetini azaltmada fayda sağlamaktadır. Sonraki seçeneklerse; 'klomipramin ve imipramin' gibi antidepresanlar, benzodiazepin grubundan olan 'klonezepam ve alprolazam' ve diğer ilaçlar olarak 'inositol, mirtazapin ve reboksetin' gibi ilaçlardır.

Tedavi süresine bakıldığında; bazı araştırmalar 8 ay ile 24 ay arasında olması gerektiğini önermektedir. 1 yıl kadar kullanılan ilacın sonradan bırakılması üzerine yapılan bir çalışmada kişilerin %50'sinde tekrardan belirtiler geliştiği gözlemlenmiştir.

Benzodiazepinlerin yaşanan panik belirtilerini yatıştırdığı ve etkisinin antidepresan ilaçlarına göre erken gösterdiği vurgulanmaktadır. Ama uzun süre kullanımında ise bağımlılık yaptıkları görülürken; tedavi sonrasında belirlenmede ciddi bir şekilde alevlenme olduğu belirtilmiştir. Bu sebeplerle kişilerin ilacı bırakmada zorlandıkları görülmektedir. Bu etkilerinden dolayı tedavide benzodiazepinler kullanılması önerilememektedir (Üşenmez, 2022).

6.2.Bilişsel Davranışçı Terapi

BDT, birçok ruhsal bozuklukta sıklıkla kullanılan, duyguların bilişsel modeline dayalı, kısa süreli ve direktif olan güncel psikoterapi yöntemlerinden biridir. Hem ruhsal bozuklukları ve insan davranışlarını, davranışçı+bilişsel bakış açısıyla açıklar hem de terapide bu teknikleri kullanır. ‘Biliş’ burada en önemli unsurlardan biri olmakla birlikte zihinsel, algısal ve düşünsel süreçleri kapsamaktadır. O anda akla gelen şeyler ve düşünülen şeyler olarak da tanımlanabilir. ‘Düşüncelerin davranış+duyguları etkilemesi’ BDT’nin temel varsayımlarından birisi olarak kabul edilirken; kişide davranışsal ve duygusal sorunlara yol açan ve gerçekçi olmayan bu düşünceleri belirlemek ve olumsuz ve çarpık olan düşünceleri davranışçı ve bilişsel tekniklerle değiştirmek de temel amacı olarak kabul edilmektedir.

BDT’de temel olarak kullanılan bilişsel teknikler, kanıt sorgulama, duygu ve düşünceleri izleme, en kötü senaryo tekniği, seçenekleri sorgulama, yeniden çerçeveleme, düşüncüyü durdurma, biçimlendirme, vb. tekniklerden oluşurken; davranışçı teknikler de alıştırmaya, sistematik duyarsızlaştırma, maruz bırakma, gevşeme eğitimi ve tepki önleme gibi tekniklerden oluşmaktadır.

BDT 3 temel yapı üstünde çalışmaktadır:

1. Otomatik düşünceler
2. Ara inançlar
3. Temel inançlar

Otomatik düşünceler, düşüncelerin akışını sürdürmede imgesel veya sözel parçalar kullanırken; ansızın, aniden gelen ve bilişin en yüzeyinde yer alan düşüncelerdir. Ara inançlar, otomatik düşüncenin bir alt katmanında yer alırken; bu katmanı belirginleştirmek ve değiştirmek otomatik düşünceye göre daha fazla uğraşı gerektirir. Bu ara inançlar, ‘-meli,-malı, eğer’ gibi zorunluluk bildiren anlatım içermektedir. Şemalar olarak da isimlendirilen temel inançlar, bilinç katmanında en alt katman olmakla birlikte; ulaşılması ve değiştirilmesi en zor

yapı olarak bilinir. Şartlı olmayıp kesin yargılar ('sevilmezim vs.) içermesi özelliğiyle ara inançlardan ayrılmaktadır (Güler, Usluca, & Yılmaz, 2021).

6.3.Panik Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi

BDT, panik bozukluğu; 'bireyin panik ataklarla ilişkili olan beden duyularını, yaklaşan davranışsal, fiziksel veya zihinsel bir felaketin işareti olarak yorumlanması' şeklinde açıklamaktadır. Panik bozukluğa yatkınlığı olan kişilerin, bedensel, içsel ya da zihinsel duyulara daha fazla dikkatli olup; kişinin fizyolojik değişimlerine ilişkin tehdit içeren zihinsel şemalarını aktifleştirerek, algılanan duyuların yanlış ve gerçekçi olmayan bir biçimde felaketleştirip tehdit edici bir unsur olarak algılanılmasına yol açar. Böylelikle sersemlemenin beyin tümörü belirtisi olabileceği ya da kalp krizinden öleceği gibi otomatik düşünceler geliştiren kişinin, bedenine yönelik olan dikkati ve kaygısı gittikçe artar. Bununla beraber de bu belirtilerin şiddetlenmesiyle de 'panik kısır döngüsü' ortaya çıkar. Barlow ve Craske, panik bozukluk için; kaygılı olmaya yatkın olma, mizaç-genetik ve kontrol etme hissinin azaldığı, erken yaşam deneyimlerini içermekte olan 3'lü 'yatkınlık kuramından' bahsederler. Burada kaygı ve kaygı ile ilişkili olan belirtilerin, yıkıcı bir etkisi olacağı düşüncesinden dolayı bu durumlardan korkmak anlamına gelen 'kaygı duyarlılığının' ya da 'korkudan korkmanın' etkisine vurgu yapılmaktadır. Beck ve Clark' göre panik atağın tekrarlanması ve tekrardan değerlendirme becerisinin kaybedilmesiyle ilgili endişeyi yansıtan şey 'beklenti kaygısı' olup bunun da panik ve kaygının kalıcı olmasında rol oynadığıdır. Yaşanılan panik ataklara karşı geliştirilmiş olan 'kaçınma' ve 'güvenlik arayıcı davranışlar' (örn. atak anında bir davranışta bulunmak veya yanında bir şey taşımak gibi) da sürdürücü bir etki gösterir. Bu gerçekleştirilen davranışlar, kontrolü kaybetme veya kalp krizi gibi ortaya çıkacak felaketlerle başa çıkmak stratejileri olarak görülmektedir. Aynı zamanda kaçınma davranışları, atakları tetikleyecek içsel ve dışsal deneyim ve durumlardan kaçınma şeklinde ortaya çıkar. Bunlarla beraber kaygının kontrol edilebilir bir şey olmadığı algısı, bahsedilen belirtileri alevlendirmektedir.

Anlatılanlar doğrultusunda terapinin temel amaçlarına bakıldığında;

- Panikle ilişkili olan duyulara karşı verilen tepkileri azaltmak,
- Felaketleştirici olan yorumları azaltıp yerine alternatif düşünceler oluşturmak,
- Güvenlik ve kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmaya çalışmak ve
- Kaygıya tahammüllülüğü arttırmaktır.

Yaklaşık olarak 12-15 arası oluşan seanslarda ‘psikoeğitim’ vererek; panik bozukluğun belirtileri, korku-paniğin ve oluşan kaygının sebepleri ve davranışsal, fiziksel ve bilişsel bileşenlerle oluşmuş olan döngü açıklanır. Eğitimde, kaygılı olduğunda ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin, uyum sağlamak için ortaya çıktığı vurgulanmalı ve ortaya çıkan belirtilerle ilgili yanlış olan algıları değiştirmek hedeflenmektedir. ‘Kendini izleme’ adı altında bireyin kendisini doğru bir biçimde gözlemesi amaçlanmış olup seanslar boyunca günlük duygu durumunu ve yaşadığı atakları kaydetmesi istenir. ‘Nefes egzersizleri’ tedavinin bir parçası olsa da kaygıdan kaçınma stratejisi olarak kullanılmasından dolayı, bireyde bariz bir şekilde sık ve aşırı nefes alma durumu yani hiperventilasyon olmadığı sürece, seanslarda çok kullanılmamaktadır. Seansların önemli bileşenlerinden biri olan ‘bilişsel yeniden yapılandırma’ bireyin tehdide ve felaketleştirmeye yönelik aşırı bir biçimde tahminde bulunma şeklindeki hatalı olan bilişlerin bulunup fark edilip bunların geçerliliklerini sorgulayarak gerçekçi olan alternatifler üretmesi olarak bilinmektedir. Bu müdahale biçiminde, düşüncenin duyguya etkisi açıklanır, kaygılı olduğunda ortaya çıkan düşünceler yakalanarak ele alınır ve aslında kaygıyı azaltmak değil; kaygıyı ortaya çıkaran neler var, hangi düşünceler, bunu değiştirmek amaçlanır. Bilişsel davranışçı terapinin temel uygulamalarından biri olan ‘maruz bırakma’ ise ‘gerçek yaşamda gerçekleştirilen maruz bırakma davranışları’ ile bireyin belirli bağlamlara ve durumlara koşullanmış olan korkusunu değiştirmeyi hedeflerken; ‘içsel maruz bırakma davranışlarıyla’ da bireyin bedensel duyumundan dolayı duyduğu korkuyu değiştirmek hedeflenir. Birey, kendini koruyan güvenlik davranışlarını yerine getirmeden maruz kalması durumunda, kaygısının azalacağı ve beklediği sonucun ortaya çıkmamasından dolayı değerlendirmelerinin yanlış olduğunu fark edeceği varsayılır. Verilen ödevlerle beraber kazanılan kazanımları bireyin günlük yaşamına genelledebilmek ve yapılan müdahalelerin mantığını açıklamak tedavide oldukça önemlidir. Bilişsel Davranışçı Terapi, panik bozukluğunu yapılandırılmış olan tekniklerle ele alır. Panik atakların bilişsel ve fiziksel olarak ortaya çıkan belirtilerini, önleme/kaçınma olarak yapılan davranışlarını ve beklenti kaygısını en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Özetle bakıldığında; BDT, panik bozuklukta etkililiği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir. Yapılan meta-analiz araştırmasında, Bilişsel Davranışçı Terapinin, tedavi olamayan kontrol grubuna kıyasla; tedavi olan grubun panik atak belirtilerinde çok büyük değişikliklerin olduğu saptanmıştır.

Bilişsel Davranışçı Terapi sonucunda, panik atak belirtileri önemli düzeyde azalma göstermekle birlikte seanslarda elde edilen birçok kazanım, kişiler için

uzun süre korunabilmektedir. Ayrıca genel işlevsellik ve yaşam kalitesinde bir artış ve ilaç kullanımındaki düşümlükle birlikte Bilişsel Davranışçı Terapinin bağlantılı olduğu bulunmuştur (Kılıç & Alkar, 2021).

Bu olgu sunumunda 36 yaşındaki kadın danışanın (S), çok uzun zamandır titreme, vücudunun yandığını hissetme, ateş basmaları, terleme, kulakta çınlama, kalp çarpıntısı ve soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu ve bunlara eşlik eden ‘tekrar panik atak yaşarım korku ve kaygısı’ ile ‘tekrar panik atak geçirmemek için yapılan davranış değişiklikleri’ gibi semptomları olması sebebiyle DSM-5’e (Köroğlu, 2013) göre ‘Panik Bozukluk’ tanısını karşıladığı düşünülmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemi kullanılarak 45 dakikalık toplam 5 seans yapılmış olup 4’ü yüz yüze, 1’i çevrimiçi gerçekleştirilmiştir. Terapi süresince uygulanan tekniklerle panik bozukluğu tedavisinin aktarılması hedeflenmiştir. Panik bozukla sınırlı olan danışanın, formülasyon ve müdahaleleri de kapsayacak biçimde olan ve sadece Bilişsel Davranışçı Terapi tekniklerinden yararlanılarak ve psikoterapi seanslarını detaylandırarak biçimde hazırlanan bu olgu sunumun literatüre katkı sağlayıp örnek olacağı düşünülmüştür.

Danışanın sosyodemografik bilgileri değiştirilerek sadece alinyazına katkı sağlayacağı şekildeki detaylara yer verilmektedir. Aynı zamanda alınan bilgiler, danışan bilgilendirilerek rızası dâhilinde alınmış bilgilerdir.

7.OLGU

36 yaşında, lise mezunu olan kadın danışan (S.) Mersin’in Tarsus ilçesinin Taşçılı köyünde doğmuştur. KKTC’ yaşayan S. bir otelin mutfak bölümünde çalışmakta olup evli ve 2 kızı vardır (bir kızı Türkiye’de, diğer kızı yanında). Annesin 53 yaşında, babasının ise 56 yaşında olup kendisinden de 11 ay büyük 1 ağabeyi olduğunu dile getirmiştir.

S.’nin şimdiki rahatsızlığının hikâyesine bakıldığında; seanslarda: geçmişini, ailesini, annesini, anne ve babasının hayatındaki eksiklerini, onlardan sevgi görmeyişini, yalnızlığını, güvensizliğini unutamadığını ve bunları düşünmesini tetikleyen durumlar olduğunu ve o anlarda da aşağıdaki belirtileri yaşadığını dile getirdi:

- Kulağında bir baskı, çınlama gibi bir şey hissetme
- Titreme,
- Vücudunun yandığını hissetme, ateş basmalarının olması,

- Kalbi çarpıyor gibi değişik bir durum yaşama,
- Terleme,
- Bir şeyin onu sıkıştırdığını, boğuluyormuş gibi bir durum yaşama.

O an ya bir şey yaşamış ya da görmüştür ya da duymuştur, bu durumların tetiklediğini ve dinlediği bir şarkı, gördüğü bir fotoğrafın onu oraya götürdüğünü dile getirdi. İşte çalışırken veyahut yemek yerken bu durum çok oluyormuş. Mesela sofraya oturduğunda annesinin söylediği laflar aklına geliyormuş ki o gün o yemek varsa yemeği ağzına götürdüğünde o şeyin kulaklarından başladığını yine aynı hissettiği ve bu belirtilerle beraber ağlama krizlerine girdiğini, bunun da bazen dakikalarca bazen de saatlerce sürdüğünü dile getirdi. Aynı zamanda bun belirtilere eşik eden; ‘sırf panik atak yaşamamak için davranış değişikliği yaptığını, tekrar bir atak yaşarım diye korktuğunu, yaşarsa ne olur, ne yaparım’ gibi düşünceler içerisinde olduğunu dile getirdi. 9 yaşından bu zamana kadar hissettiği şey hep aynı şeymiş ve değişmiyormuş. Ama artık istemiş ki bir şeyler değişsin çünkü bu durum şuan ki hayatını etkiliyormuş, istemese de geri kaldığı, yapamadığı şeyler, planlar, durumlar oluyormuş.

S’nin geçmiş yaşantısının öyküsüne bakıldığında; çocukluğunda hiç çocuk olmadığını, çocukluğunu hatırlamadığını, çocukluğunda iyi şeyler yaşamadığını, ilkokul 4. Sınıftan sonra büyüdüğünü yani 9 yaşında bir anda 15-20 yaşında bir insana dönüştüğünü dile getirdi. Anne ve babasıyla hiç güzel bir anısının olmadığını ve abisiyle de aynı şekilde olduğunu, ailesiyle ilgili hatırladığı hiçbir şeyin olmadığını, hep hakaretlerin, kavgaların, hep işin, hep başkalarının olduğunu, ağabeyinin hep okuduğunu, kendisinin de hep çalıştığını aralarında o fark olduğunu, ağabeyinin üniversiteyi bitirdiğini dile getirdi. Aile içinde kimsenin kimseyle bir ilişkisi olmadığını, onun annesiyle bir ilişkisinin olmadığını fakat babasıyla biraz da olsa iletişimleri varmış. Babasının kızım dediğini, halini hatırlamamı sorduğunu, konuştuğunu, bir derdi olduğunda annesine söyleyemediğini, söylemediğini, annesinin ona senin ne derdin var diye sormadığını, annesinden kızım lafının bile duymadığını, biraz basık-otoriter bir aile de büyüdüğünü dile getirdi. Ama anne ve babasının ilişkisinin iyi olduğunu, kavga eden bir çift olmadıklarını ama hep ikisinde de çocuk sevgisinin olmadığını ve bu durumu hep düşündüğünü, anne ve babasının onlara hep başkaları ne der gözüyle baktıklarını yani çocuğum bunu yaparsa başkası ne der, hep üçüncü şahıslar için yaşadıklarını dile getirdi. Okul döneminin, okuduğu zamanların güzel olduğunu hatırladığını, 5. Sınıfa kadar çok güzel olduğunu, 6. Sınıfta daha da güzel olduğunu, 4 yıl voleybol oynadığını, 3 sene satranç takımında olduğunu, o zamanların çok güzel geçtiğini

dile getirdi. 9 yaşında amcasının oğlu tarafından cinsel istismara uğradığını, kimseye bir şey söyleyemediğini ama daha sonra anlaşıldığını ve 15 yaşına geldiğinde de o adamla evlendirildiğini dile getirdi. O adamdan 2 kızı olmuş. Annesine çok yalvarmış, 'anne ne olursun bak, hiç sesim çıkmaz, yanında dururum, yapma anne, beni evlendirme' ama anne yok deyip istemediğini söylemiş. S. De çocukken istemiyor zaten diyerek evlenmek zorunda kalmış. 9 yılın sonunda tecavüzcüsünden boşanmış ve boşandığı için de annesi tamamen reddetmiş. Annesinin o halini gördüğünü ama dayanacaksın, çekeceksin dediğini dile getirdi. Çekmeyeceğim ve dayanmayacağım demiş, annesi de danışanı yanında istememiş ve ilk kızından ayrılmış. Hem kızından ayrılma durumu hem de annesinin onu istememe durumu danışanı temelli yıpratmış. S. 3 yıl daha yanlarında kaldığını ama artık kurtulması gerektiğini çünkü ya annesinin onu öldüreceğini, birtakım davranışlarda bulunduğunu, geber, istemiyorum seni şeklinde konuştuğunu dile getirdi. Ve artık kendisinin de gözü dönmüş ve annesini yatırıp elinde bıçak gırtlığına dayayıp annesini kesmek istemiş. Allah'a ya annemi al ya da beni al dediğini dile getirdi. Arkadaşı bir gün neden evlenmiyorsun şeklinde konuşmaya başlamış ve sonrasında Kıbrıs'ta biri var tanıştırayım diyerekten danışanı biriyle tanıştırmış. İkinci eşiyile de 1 ay içinde kaçmak için evlenmiş. Onun da değişik çıktığını ve 3 ay evli kaldıklarını sonrasında boşandıklarını, o adamdan da şiddet gördüğünü dile getirdi. Üçüncü ve şuan ki eşiyile ise yine arkadaşının tanıştırdığını, 1 buçuk yıldır birlikte olup 6 aydır da evlilermiş.

S.'nin daha önce herhangi bir madde kullanımı bulunmamaktadır. Fakat yaklaşık iki üç sene önce çok fazla alkol kullandığını, hiç ayık gezmediğini, sabaha kadar alkol alıp işe de alkollü gittiğini şimdi ise bu durumun değiştiğini ve artık alkol kullanımının arada olduğunu sadece sigara kullanımının devam ettiğini belirtmiştir. Aynı zamanda yaklaşık 12 ay önce çok uzun olmamakla birlikte bir süre psikiyatrik ilaç kullandığını fakat ilacın sürekli uyutması durumundan rahatsız olduğu için bir anda kestiğini, o zamandan beridir bu tarz ilaçlar kullanmadığını belirtmiştir.

S.'nin mental durum değerlendirilmesine bakıldığında; öz bakımının yerinde olduğu ve kendi bakımına dikkat ettiği gözlenirken; seanslarda sorulan sorulara kayıtsız kalmayıp cevaplandırmada istekli olduğu, kendini iyi ifade ettiği, düzgün ve akıcı konuştuğu görülmektedir. Duygulanım durumun ise seanslarda dile getirdiği konuya göre değişiklik gösterdiği, geçmiş ve şimdiki zamanda yaşanan olumsuzluklar konuşulduğunda genellikle üzüntülü ve ağlamaklı olurken (bu durum ilk seanslarda geçerlidir); düşünce bakımında da çok düşünceli olduğu

gözlemlenmiştir. Genel davranış durumu iyi bir düzeydedir. İç görüşü ise ilk seanslarda tedaviye yönelik iç görüşü bulunmazken; seansların devamlılığında kendinde iyileşme gördükçe bir artış görülmüştür. Bilişsel işlevlerine bakıldığında; dikkatinin ve hafızasını yerinde olduğu hatta çok uzun zaman önce yaşadığı olayları bile hala hatırladığı görülmüştür. Hesaplama, çizim, soyutlama ve icra işlevleri hakkında herhangi bir gözlem yapılma fırsatı olmamış olup herhangi bir sorun da saptanmamıştır. Son olarak oryantasyon durumunda ise; olayların, mekanın ve zamanın bilincinde olduğu gözlemlenmiştir.

8.DEĞERLENDİRME ve BULGULAR

S.'ye ikinci seansta (18.04.2023) 'Beck Anksiyete Ölçeği ve 'Beck Depresyon Envanteri' uygulanmıştır. Uygulama sonuçlarına göre Beck Anksiyete Ölçeğinden toplam 42 puan alarak 'orta düzeyde anksiyete'si olduğu görülürken; Beck Depresyon Envanterinden toplam 27 puan alarak 'orta düzeyde depresyonu' olduğu saptanmıştır.

Sonlandırma seansında (01.06.2023) ise S.'ye tekrardan 'Beck Depresyon Envanteri' ve 'Beck Anksiyete Ölçeği' uygulanmıştır. Uygulama sonuçlarına bakıldığında Beck Depresyon Envanterinden 0 (sıfır) puan aldığı görülürken; Beck Anksiyete Ölçeğinden toplam 3 puan aldığı saptanmıştır.

9.TANI

- En başta kulağında bir baskı olduğunu, çınlama gibi bir şey hissettiğini,
- Sonrasında titreme olduğunu,
- Vücudunun yandığını hissetme, ateş basması
- Kalbi çarpıyor gibi değişik bir durum yaşadığını
- Terleme,
- Bir şeyin sıkıldığını, boğuluyormuş gibi bir durum yaşadığını dile getirdi.

S. ataklarda geldiğinde yukarıdaki belirtileri yaşamaktadır aynı zamanda bu panik atak bulgularına ek olarak 'sürekli bir biçimde tekrardan panik atak olur mu, ne zaman olur, olursa ne yaparım' gibi düşünceleri olduğu ve 'yaşadığı atakları azaltmak için davranış değişikliğine gitmiştir. Örneğin; panik atak yaşar diye dışarı çıkmadığını, eşinin zar zor çıkardığını, panik atak tekrarlanır diye arkadaş edinmediği vs. gözlemlenmiştir.

Yapılan değerlendirme sonuçlarına bakıldığında hem 'Depresyon' hem de 'Anksiyete' bulguları olduğu gözlemlenirken; bunlarla beraber S.'nin söylemlerine

bakıldığında da tanısının gözle görülebilir bir şekilde DSM-5' göre 'Panik Bozukluk' olduğu düşünülmektedir. S.'nin var olan 'depresyon' ve 'anksiyetenin' panik bozukluğa bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir çünkü seansların sonunda panik atak belirtileriyle birlikte 'depresyon' ve 'anksiyete' puanlarında düşüş görülmüştür.

10. AYIRICI TANI

1- Ortaya çıkan panik atağın, ilaç veya herhangi bir madde etkisinde veyahut başka bir anksiyete bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkmamış olması gerekmektedir. S.'de ise böyle bir durumun söz konusu olmadığı, kendi başına 'Panik Bozukluk' tanısı aldığı görülmektedir (Tamam, 2009).

2- Panik bozukluk yaşayan hastalardan bir kısmı da panik atak yaşamaması durumunda yardım almanın ya da oradan kaçmanın zor olacağını düşünüp birçok ortamdan uzak durmaya başlarlar. Örneğin yeni bir atak geçiririm diye kalabalıktan, otobüslerden, kapalı alanlardan vb. durumlardan kaçınırlar. Bu durum 'Agorafobi' olarak bilinmektedir (Tükel, 2002). S.'nin 'tekrar atak yaşamam' düşüncesiyle birtakım davranışları ertelediği ve vazgeçtiğini görmekteyiz fakat agorafobik bir yönünün olmadığı görülmektedir.

3- S.'nin panik atak durumları; Obsesif Kompulsif Bozukluk, Özgül Bozukluk, Sosyal Fobi, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu veyahut da Travma Sonrası Stres Bozukluğu gibi başka herhangi bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamamaktadır (Tükel, 2002).

4- Aşırı çay ve kahve tüketiminin ve bazı maddelerin bırakılması durumunda birtakım yoksunluk belirtileri görülebilmektedir. Bu belirtilere ajitasyon ve panik durumları da eşlik edebilmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2020). S.'nin bu maddelerden herhangi birini kullanmadığı, yaşadığı panik atakları ve kaygı durumunun da bu maddeler doğrultusunda gelişmediği görülmektedir.

5- Panik bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlarda tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesnelere ya da durumlara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır (Köroğlu, 2013).

11.TEDAVİ PLANI

S. terapiye kendi isteğiyle gelmişti ama ilk seansta iyileşmeye olan inancı çok düşüktü fakat bir yandan da panik ataklarından ve ‘sürekli panik atak olacak mı’ düşüncelerinden kurtulmak bunlara bağlı olarak vazgeçtiği, yapamadığı davranışlarını geri kazanmak istiyordu. İkinci seansta danışanın panik atak belirtileri göz önünde bulundurularak Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri uygulandı. Bunların doğrultusunda terapi hedefleri belirlenerek danışanla birlikte panik atak belirtilerinden yani ‘Panik Bozukluktan’ ilerlenilmesine karar verildi. Bu hedefler doğrultusunda öncelikli olarak panik atak belirtilerinden kurtulmak hedeflenirken; danışanı genellikle yoğun ve olumsuz etkileyen olumsuz otomatik düşüncelerinde, çekirdek inançlarında ve işlevselliği bozan birtakım düşüncelerinde değişiklik yapılması hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda ‘Bilişsel Davranışçı Terapi’ ekolü doğrultusunda danışanın; olumsuz otomatik düşüncelerinde, çekirdek inançlarında, işlevselliği bozan varsayımlarında değişiklik olması amaçlanmış ve bu doğrultuda yol izlenilmiştir. Toplam 5 seans yapılmış olup bu seanslardan 4’ü yüz yüze, 1’i çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir.

12.VAKA FORMÜLASYONU

Tablo 1: Öykünün Teknik Özetlenmesi

Erken Çocukluk Yaşantıları	<i>'Aile evinde ve çocukluğunsa sürekli bir çalıştırılma,, ezilme, hor görülme, anne ve baba (en çok anne) tarafından sevilmemeye ve bunun üzerine 9 yaşında tecavüze uğrama'</i>
Çekirdek İnanç	<i>'Ben sevilmez, değersiz ve yalnız biriyim'</i>
İşlevselliği Bozan Varsayımlar	<i>'Diğer insanlara göre ben değersizim, sevilmez biriyim, benim değerim diğer insanların beni sevmesine bağlı'</i>
Kritik Olay	<i>Adlandıramadığı, yoğun ve sürekli panik ataklarının varlığı</i>
Olumsuz Otomatik Düşünceler	<i>'Sevilmez biriyim, seilmeyi hak etmiyorum, yalnız biriyim, hep yalnız kalacağım'</i>
Belirtiler	<i>Davranışsal: Sosyal geri çekilme Duygusal: Korku, kaygı, üzüntü Bilişsel: Sürekli yaşadığı olayları tekrar tekrar düşünme, o olayları tekrarlama ve motivasyon düşüklüğü Motivasyonel: Hayattan zevk alamama ve istediği gibi yaşayamama Somatik: Uykusuzluk, sinirlilik</i>

12.1.Seansların Genel Özeti

Toplam 5 seans yapılmış olup ilk seansta S.'den ayrıntılı bir anamnez alınarak bu anamenz doğrultusunda ikinci seansta S.'ye 'Beck Depresyon Envanteri' ve 'Beck Anksiyete Ölçeği' uygulandı. Ve seans boyunca olumsuz otomatik düşünceleri, çekirdek inançları ve işlevselliği bozan varsayımları üzerinde duruldu. Yine ikinci

seansta, diğer seansa kadar ‘panik atakları oldu mu, ne kadar sürdü, ne düşündü, hangi fiziksel belirtiler gösterdi’ şeklinde bunları not etmesi ve diğer seansa gelirken getirmesi istendi.

3. seansta geçen haftaki seansın özetlemesi yapılarak başlanıp haftasının nasıl geçtiği konuşuldu. Aynı zamanda da bu seansta geçen hafta istenilen ve S.’nin not aldığı panik atak durumları üzerinde duruldu. İlk iki seansta S.’nin iyileşebileceğine ve terapinin iyi geleceğine dair pek inancı olmadığı gözlemlenirken 3. seansta ilk 2 seansa göre daha olumlu olduğu ve aldığı notlarda da görüldüğü üzere (Sadece bayramın 1. günü panik atak ve ağlama krizi yaşanmış, diğer 1 hafta boyunca hiçbir belirti ortaya çıkmamış) iç göürsü daha da arttığı gözlemlendi. Yine bu seansta geçen hafta yapılan ölçeklerin sonuçları hakkında bilgi verilerek ‘panik bozukluk’ ve ‘panik atak’ hakkında psikoeğitim verildi ve danışanın kafasındaki soru işaretleri giderildi. Bu seansta yeni hobilerle, aktivitelerle uğraştığında daha az veya hiç atak yaşamadığı, bununla beraber özgüvenin daha da arttığı keşfedildi. 3. seansta son olarak, yine geçen hafta verilen not tutma ödevi verilerek aynı zamanda bir hobi edinmesi, örneğin ‘panik atak yaşamım’ diye yapamadığı, ertelediği davranışlardan birini seçip diğer seansa kadar bu davranışı gerçekleştirmesi istendi.

4. seans, S.’nin iş yerinde yaşanan birtakım problemler ve sonrasında iş değişikliği sebebiyle 1 ay sonra gerçekleştirilerek seans çevrim içi yapıldı. Seansa S.’nin geçen seansın özeti yapmasıyla başlandı. Yine notlarını almış olduğu için bunlar üzerinde duruldu. Notlara baktığımızda S.’nin 1 ay boyunca hiç atak yaşamadığını ve ne atak yaşamım şeklinde düşündüğünü ne de bu sebeple istemeden de olsa davranış değişikliğine gittiği görüldü. Hobi, aktivite ödevini ise gayet başarılı bir şekilde yerine getirdiği gözlemlendi. Örneğin terapinin başında S.’nin ciddi bir güven problemi bulunmaktaydı. Bu sebeple ne eşine güveniyordu ne de yeni arkadaşlıklar kurabiliyordu ama artık S. için durum farklıydı ve güven konusunda kendini geliştirerek yeni arkadaşlıklar kurarak, eşine güveni arttı. Sonrasında hobi veya aktivite olarak geçen seansta tek başına bir şeyler yapması istenmişti ve S. bunu da (terapinin başında ona ne kadar korkutucu gelse de çünkü ‘ya panik atak yaşarsam, ne olur, ne yaparım düşünceleri hakimdi) başarılı bir şekilde yerine getirerek tek başına yürüyüşlere çıktığı gözlemlendi. S. için diğer bir olumlu gelişme ise ‘sevilmeme’, ‘değersizlik’, ‘yalnızlık’ düşüncelerinde olumlu değişikliklerin olmasıydı. Bu durumda bakıldığına terapinin başında sağlıksız olan olumsuz otomatik düşünceleri, çekirdek inançları ve işlevselliği bozan varsayımları artık daha sağlıklı biçimde gelişti ve düzenlendi. Şikayetçi olduğu ve onu rahatsız eden, aklına gelen düşüncelerin yerini daha olumlu,

gerçekçi düşünceler aldı. 4. seansta gelişen ve değişen değişimler üzerinde durulup pekiştirildi. Aynı zamanda da panik atağın bilişsel formülasyonu üzerinde duruldu ve ‘kısa vadede’ ve ‘uzun vadede’ panik atakların nasıl işlediği, ne işe yaradığı, katkıları konuşuldu. Genel bir seans özeti yapılarak bitirildi.

Son seansımız olan 5. seans yüz yüze gerçekleştirildi. Seansa geçen haftanın özeti yapılarak ve haftasının nasıl geçtiği konuşularak başlandı. Son seansın kontrol seansı olduğu bilgisi (aslında 4. seansta da son 5. seansın son seans olduğu konuşulmuştu) ve kontrol seansları hakkında bilgi verilerek bunlar üzerinde duruldu. Sonrasında hem terapinin ilerlemesi görülmesi açısından hem de S.’nin kaydedilen ilerlemeyi görmesi açısından tekrardan ‘Beck Anksiyete Ölçeği’ ve ‘Beck Depresyon Envanteri’ uygulandı. Bir önceki seanslarda görülen olumlu değişimler doğrultusunda ölçek sonuçlarından alınan puanların düştüğü kaydedildi. Ve bakıldığına terapinin başlarında S. için oldukça zor olan durumlar, davranışlar değişerek yerine olumlu durumlar ve sonuçlara bıraktı. Sonrasında seansın geri kalan zamanında olumlu olan bu değişimler ve sonuçlar üzerinde duruldu. Son olarak da kontrol seansları hakkında konuşularak son seans bitirildi. Bakıldığında S. hem anksiyete hem de depresyon envanterinden üzerinde durulabilecek yeterlilikte puanlar almıştı ama panik ataklarının giderek azalmasıyla depresyon ve anksiyetenin de azaldığı son seansta tekrar yapılan ölçek sonuçlarıyla kanıtlandı.

13.TARTIŞMA ve SONUÇ

Çok uzun zamandır devam ettiği görülen, günlük hayatını olumsuz etkileyen, genellikle günde 3-4 defa tekrarlanan panik atakları terapiler sonucunda sona ermiştir. Bu değişimde, düşünceler, duygu ve davranışlar üzerinde odaklanılarak ve birtakım ödevler verilerek; maruz bırakma, yüzleştirme, yeniden çerçeveleme ve bu tekniklerle beraber kendini izleme gibi tekniklerin etkili olduğu düşünülmektedir. Maruz bırakma tekniği, danışanın ‘panik atak yaşarım, yaşarsam ne olur, ne yaparım’ şeklindeki düşüncesiyle beraber yapmak isteyip de yapamadığı davranışları gerek eşi ve kızıyla gerekse tek başına yapılarak; aslında bu durumda başarabildiği gibi gözlemler yapması danışanın öz güvenin ve öz yeterliliğini keşfedip arttırmada işe yaramıştır. Bunlarla beraber danışan olumsuz panik atakları tetikleyen her türlü duygu/düşünce/davranıştan uzaklaşarak kendine daha iyi gelebilecek durumlara yönelerek, farkındalığı artmış bir şekilde olumsuz ve işlevselliği bozan duygu/düşünce/davranışlarını değiştirerek kendine yeni bakış açısı geliştirmiştir.

Öncelik olan ‘panik atak şikayetleri’ bu olguda BDT yaklaşımıyla formüle edilerek terapi süreçleri yapılandırılmıştır. Bu panik atak şikayetlerinin gitgide azalarak ortadan kalkmasında BDT yaklaşımının ve tekniklerinin işe yaradığı gözlenmiştir. Seanslarda danışan ile birlikte belirlenen psikoteri hedeflerine ulaşmada uygulamış BDT tekniklerinin yanında danışanın en başından beri seanslara aktif bir biçimde ve düzenli katılması, sonradan da olsa değişime inanıp istekli olması, hem seans içinde hem de seans dışında çaba göstermesi ve terapist ile güçlü bir ittifak kurulmasının etkileri olduğu düşünülmektedir. Bunların yanında Hem tanı koymak için ve psikoterapi sürecinin ilerlemesini objektif bir şekilde ortaya koyabilmek için uygulanan ölçekler de terapi süreci boyunca gerçekleşen değişimlerin zamanla kalıcılığını görmek ve değerlendirmek adına etkili olmuştur.

Bu çalışmanın, alan yazında bilişsel davranışçı terapi ve panik bozukluğu ile ilgili sınırlı sayıda çalışmanın yer alması açısından hem literatüre kazandırılması hem de iyi bir örnek oluşturmasıyla alana katkılı olabileceği düşünülmüştür.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya ortak katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

Güler, K., Usluca, M., & Yılmaz, M. (2021). Panik Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisinin İncelenmesi. Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi , 1211-1222.

Kaya, M. S. (2020). Panik Bozukluk Tanısı Almış Bireyler ile Sağlıklı Bireylerin Bazı Psikodinamik Yapılarının Objektif ve Projektif Testler ile Karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Dalı, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Doktora Tezi,

Kılıç, H. S., & Alkar, Ö. Y. (2021). Panik Bozukluk için Bilişsel Davranışçı Terapi Süreci ve Sonucunu Yordayan Faktörler: Değişim Mekanizmalarına Bir Bakış. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* .

Köroğlu, E. (2013). Panik Bozukluğu. A. P. Birliği içinde, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)* (s. 117-119). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Oğuz Karamustafalıoğlu, H. Y. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni* 45(2) , 65-74.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2020). PANİK BOZUKLUĞU. O. Öztürk, & A. Uluşahin içinde, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (s. 342-346). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi Yayınları.

Tamam, L. (2009). Panik bozukluk. *Actual Medicine Dergisi* .

Toprak, F., & Karaaziz, M. (2022). Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Derleme: Bir Vaka Sunumu. *Pearson Journal* 7.(22) , 75-84.

Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* , 5-13.

Üşenmez, T. Y. (2022). Panik Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Psikolojik İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkmaya Etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi