

ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ: BİR OLGU SUNUMU

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN ANXIETY DISORDER: A CASE REPORT

Zeynep Kevser KANDEMİR

Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji, Bölümü
zkkandemir@gmail.com
Lefkoşa / KKTC
ORCID: 0009-0009-1881-2254

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji, Bölümü
meryem.karaaziz@neu.edu.tr
Lefkoşa / KKTC
ORCID0000-0002-0085-612X

ÖZET

Bu olgu sunumunda DSM-V tanı kriterlerine göre yaygın anksiyete bozukluğu ve eşlik eden tanılar olarak sosyal fobi, panik bozukluk belirtileri gösteren 16 yaşındaki danışana bilişsel davranışçı terapi yöntemiyle yürütmüş olduğumuz tedavi süreci ele alınmıştır. Danışan ilkokuldan itibaren sürekli huzursuz, endişeli ve hep mükemmel olmaya çalışan biri olarak kendisini tanımlamaktadır. Danışan lise yıllarında rehber öğretmenin yönlendirmesi ile psikiyatri servisine gittiğini ve anksiyete (kaygı) bozukluğu tanısı aldığını belirtmiştir. İlaç kullanmak istemediğini belirten danışanımız bu sebeple tedaviyi reddetmiştir. Sürekli geçer düşüncesi ile yaşamıştır fakat en son derste sunum yapacağı esnada aniden gelen terleme, titreme, baş dönmesi, bayılacakmış gibi olma, gözlerinin kararması gibi belirtiler yaşamıştır ve yaşadığı durumdan büyük kaygıya kapılmıştır ve hastanede yapılan araştırmalar sonucu kronik bir rahatsızlığı bulunamayıp psikiyatri servisine yönlendirilmiştir. Bunun üzerine danışan tedavi almak üzere merkezimize başvurduğunu bildirmiştir. Öncelikle danışan ile sorun listesi hazırlanarak sorun listesine bağlı bir şekilde tedavi süreci ilerletilmiştir. İlk olarak panik bozukluk üzerinde durularak hastalığı ile ilgili detaylı bilgilendirme yapılarak psikoeğitim süreci tamamlanmıştır ve sonrasında düşünsel ve davranışsal aşamalara geçilmiştir. Panik bozukluk üzerine gerçekleştirdiğimiz psikoeğitim ve teknikler sonucu danışanda belirgin ilerleme kat edilmiştir. Sonrasında yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi bilişsel davranışçı terapi ekolüne bağlı kalınarak ele alınmıştır ve yapmış olduğumuz seanslar sonucu danışan düşünsel ve davranışsal olarak hastalığına olan farkındalığı artmıştır ve belirgin iyileşme belirtileri göstermiştir.

Bilişsel davranışçı terapi ile yürüttüğümüz danışanımızın patolojileri üzerinde etkinliği hem davranışsal hem düşünsel olarak etkinliği olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: bilişsel davranışçı terapi, anksiyete (kaygı) bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk

ABSTRACT

In this case report, the treatment process that we administered to a 16-year-old client with generalized anxiety disorder according to DSM-V diagnostic criteria and accompanying diagnoses with social phobia and panic disorder symptoms with cognitive behavioral therapy method is discussed. The client describes himself as a person who is constantly restless, anxious and always trying to be perfect since primary school. The counselee stated that he went to the psychiatry service with the guidance of his counselor during his high school years and was diagnosed with anxiety disorder. Our client, who stated that she did not want to use medication, therefore refused the treatment. He lived with the thought that it would pass, but during the last lecture, he experienced symptoms such as sudden sweating, trembling, dizziness, fainting, and darkening of his eyes. Thereupon, the client reported that he applied to our center to receive treatment. First of all, a list of problems was prepared with the client, and the treatment process was progressed depending on the problem list. First, the psychoeducation process was completed by giving detailed information about the panic disorder, and then the intellectual and behavioral stages were started. As a result of the psychoeducation and techniques we have carried out on panic disorder, significant progress has been made in the client. Afterwards, generalized anxiety disorder and social phobia were handled by adhering to the cognitive behavioral therapy school, and as a result of the sessions we conducted, the client's awareness of his illness increased intellectually and behaviorally, and showed significant signs of improvement. It has been observed that the effect on the pathologies of our client, which we conducted with cognitive behavioral therapy, is both behavioral and intellectual.

Keywords: cognitive behavioral therapy, anxiety disorder, social phobia, panic disorder

1. GİRİŞ

Anksiyete (kaygı) günümüzde en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Anksiyete bozuklukları git gide yaygınlaşmaya başlamıştır ve bu durum bireylerde işgücü kayıplarına, yeti yitimine sebebiyet olmaktadır (Özcan ve Uğuz, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Her insan zaman zaman hoş olmayan, otonom semptomların eşlik ettiği anksiyete yaşayabilir ve anksiyeteyi belirli bir düzeyde yaşamanın yapıcı bir işlevi olduğunu söyleyebiliriz. Örneğin önemli bir sınava girecek olan bir öğrenci hiç kaygı yaşamadığı zaman sınava karşı olan düşünce ve davranışları onu sınava çalışmaya teşvik etmeyebilir ve kaygı duymayıp çalışmadığından dolayı sınavdan düşük not alabilir, halbuki belirli bir düzeyde kaygı yaşayan öğrenci yaşamış olduğu kaygıdan dolayı içten sınava çalışma isteği uyanacaktır ve yeterli bir şekilde sınavına çalışacaktır bu da kişinin başarısı üzerinde etkisinin varlığını bize gösterir. Bu anlamda bakıldığında anksiyeteyi bir ruhsal bozukluk olarak ele alabilmemiz için kişinin işlevselliğinde belirgin bir düşüşe neden olarak davranışlarında belirgin değişiklikler yaşamasının gerekli olduğunu söyleyebiliriz.

Anksiyeteyi anlayabilmek için öncelik olarak korku ile kaygı arasındaki farkı bilmemiz gerekmektedir. Korku ve kaygı sıklıkla karıştırılan iki kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Korku dışarıdan gelen herhangi bir uyarıcıya karşı vermiş olduğumuz fizyolojik ve psikolojik her türlü tepkidir. Kaygı ise herhangi bir uyarıcının varlığı söz konusu olmadan kişinin içten bir tehlike beklentisinin varlığı söz konusu olarak göstermiş olduğu korku tepkileri olarak adlandırabiliriz. Örnek olarak hızla gelen bir araba gördüğümüz zaman bedensel birtakım tepkiler geliştiririz terleme, titreme, kalp çarpıntısı gibi, aynı şekilde anksiyete duyduğumuz zamanlarda da heyecanlanma, terleme, ateş basması gibi benzer belirtiler ortaya çıkar.

İki kavram arasındaki tek fark korku gerçek bir uyarıcıya karşı göstermiş olduğumuz tepkilerdir, kaygıda ise herhangi bir uyarıcının varlığı söz konusu değildir. Gösterilen tepkiler aslında doğaldır “kaçma-savaşma” tepkisi olarak karşımıza çıkar ve asıl amacı organizmayı korumaktır. Anksiyetede ortaya çıkan tüm bedensel ve psikolojik belirtiler tehlikeden ya kaçmaya ya da savaşmaya yöneliktir. İlkel insanlarda dahi tehlike ile karşı karşıya gelindiği zaman kaçma ya da savaşma tepkisini oluşturan bir sistem mevcuttu ve şu an güvenli dünyamızda da zaman zaman gerekli bir mekanizmadır.

Anksiyete (kaygı) bozukluğu bireyin günlük hayat ile ilgili olay ya da durumlara karşı kontrol etmekte güçlük çektiği düşünceler, endişeler ve bedensel tepkiler olarak karşımıza çıkmaktadır var olan belirtiler bireyin günlük hayat işlevselliğinde belirgin bir düşüşe neden olmaktadır. DSM-V’ e göre anksiyete bozuklukları; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluk ve agorafobi başlıklarına ayrılmıştır. Bu yazımızda yaygın anksiyete bozukluğu, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi) ve panik bozukluk ele alınacaktır.

DSM-V’ e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterlerine bakıldığında en az altı aylık bir sürenin çoğunda aşırı kaygı ve endişe hali görülmektedir ve birey bunları denetlemede güçlük yaşamaktadır. Kaygı ve kuruntulara eşlik en belirtmiş olduğumuz en az üç belirtinin de görülmesi gerekmektedir bunlar;

1. Huzursuzluk ya da gerginlik hali
2. Kolayca yorulma
3. Odaklanmada yaşanan güçlük
4. Kolayca öfkelenme
5. Kas gerginlikleri
6. Uyku problemleri

Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi) belirtiler DSM-V’ e göre el alındığında ise kişi başkaları tarafından değerlendirilebilecek olduğu durumlarda korkuya kapılıp kaygılanması, birey diğerleri tarafından olumsuz olarak değerlendirilmekten endişe duymaktadır. Birey söz konusu durumlardan hemen hemen her zaman kaygılanmaktadır ve kaçınma davranışları sergilemekte ya da yoğun bir kaygı ile katlanmaya çalışmaktadır ve bu belirtiler en az altı çoğu zaman görülmektedir. Panik bozukluk belirtilerine bakıldığında ise aniden, beklenmedik bir şekilde gelen panik ataklar ve o sırada bahsedilen belirtilerden en az dördü görülmektedir bunlar;

1. Kalbin çok hızlı çarpması
2. Terleme
3. Titreme
4. Boğuluyor gibi hissetme
5. Soluğun tıkanması
6. Göğüs ağrıları
7. Karın ağrısı
8. Baş dönmesi
9. Ateş basmaları
10. Vücutta uyuşmalar
11. Gerçeklikten kopma hali
12. Denetimi yitirme korkusu
13. Ölüm korkusu

En az bir ataktan sonra ise bahsedilen iki belirtiden en az bir tanesi en az bir ay sürmektedir bunlar;

1. Tekrardan panik atakların olacağına dair ve atakların sonuçları ile ilgili endişe, korku hali
2. Ataklarla ilgili olarak davranış değişikliklerinin varlığı (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Anksiyete bozukluklarını ilk kez Feuchtersleben, 1847 yılında ilk defa kronik rahatsızlığı olan bireylerin göstermiş olduğu anksiyete belirtilerini gözlemlemiştir, sonrasında Morel, 1866 yılında ise otonom sını sisteminde yer alan değişimlerin duygusal belirtileri doğurduğunu ortaya atmıştır.

1890 yıllarında kronik hastalıklarda anksiyete belirtilerinin görülmesi ile birlikte var olan fiziksel ve ruhsal belirtilerin klinik bir durum olarak incelenme fikri yavaş yavaş yayılmaya başlamıştır ve anksiyete kavramı gün yüzüne çıkmıştır (Tükel ve Alkın, 2006). Anksiyete bozuklukları ilk kez DSM-III' de karşımıza çıkmıştır. Sonrasında gerçekleştirilen araştırmalar ve değişiklikler neticesinde şu an ki son hali DSM-V' te yer almaktadır.

Ruhsal bozuklukları arasında depresyondan sonra en sık karşılaştığımız bozukluklardan biri anksiyete bozukluklarıdır. Farkındalığının düşük olmasından dolayı çoğu zaman depresyon ile karıştırılmaktadır bu durum ise yanlış tanı nedeni ile yaygınlığını etkileyebilmektedir. Gerçekleştirilen araştırmalar sonucunda yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı %8-%13,7 arasında değişmekte olup kadınlarda iki kat daha fazla görülmektedir (Haller, Cramer, Lauche, Gass, Dobos, 2014). Bu durumun kadınların olumsuz yaşam olaylarını daha fazla deneyimlemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında %1.5-3 arasında değişiklik gösterirken, panik atak ise %3-4 olarak karşımıza çıkar ve kadın ve ergenlerde erkeklere oranda daha sık görülmektedir. Sosyal fobi için gerçekleştirilen en kapsamlı araştırmalardan bir tanesi Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılmıştır (Regier ve ark. 1984). Gerçekleştirilen araştırmaya göre altı bölgede araştırma yapılmıştır bu bölgeler; Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles, Kanada ve Yeni Zelanda'dır buna göre sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı sırayla; s %3.1, %1.9, %3.2, %1.8, %1.7 ve %3.0 bulunmuştur (Sosyal fobi içi yapılan bir başka araştırma da ise yaygınlığının %13.3 olduğu saptanmıştır (BJ. Sadock, V.A. Sadock, 2008). Anksiyete bozukluklarının görülme oranlarında bakıldığında yeterince tanınmayan bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır, bunun sebebi ise yaygın anksiyete bozukluğuna eşlik eden tanı olarak depresyon varlığı alanında uzmanların daha çok depresyona yoğunlaştığını göstermektedir (Zimmerman ve Chelminski 2003).

Psikanalitik kuramın öncülerinden olan Freud'a göre anksiyete dürtülerin baskılanması sonucu ego ile ortaya çıkan bir savaşın sonucu olarak ele almaktadır. Ortaya çıkmak isteyen dürtü ve duygular egoya baskı uygular ve bu baskı ne kadar şiddetli olursa anksiyetenin boyutu da o derece güçlü olacaktır (Özakkaş, 2014). Psikanalistere göre genellikle anksiyetenin kaynağı çocukluk yıllarından kaynaklanan id, ego, süperegö çatışmasından ortaya çıktığını savunmaktadırlar. Otto Rank anksiyete kaynağı olarak doğum travmasını öne sürmüştür, Harry Stack Sullivan ise erken çocukluk yaşantısında bireyin anne ile olan ilişkisinden kaynaklandığını savunmaktadır (Özakkaş, 2014). Davranışçı yaklaşıma göre ise anksiyete çevrede meydana gelen durumlara karşı bireyin geliştirmiş olduğu tepkiler olduğunu savunmaktadırlar. Bir diğeri ise sosyal öğrenme yolu ile öğrenildiği yaklaşımıdır (Özakkaş, 2014). Varoluşçu teori ele alındığında ise ölümün kaçınılmaz gerçekliğinden doğan korku nedeni ile ortaya çıkan bir olgu olduğunu savunmaktadırlar (Özakkaş, 2014).

Bir diğeri olarak anksiyetenin biyolojik boyutu karşımıza çıkmaktadır. Sempatik sinir sistemimiz hep ya da hiç ilkesine göre çalışmaktadır ve harekete geçtiği zaman tüm sistemimiz de harekete geçmektedir. Sempatik sinir sistemimiz aktif hale geldiği zaman baş dönmesi, nefes darlığı, terleme, titreme, soluğun tıkanması, gözlerin kararması gibi somatik bazı belirtiler gösteririz bu belirtiler parasempatik sinir sisteminin aktif hale gelmesi ile etkinliği azalır ve belirtiler bir süre sonra ortadan kaybolur. Gerçekleşen bu süreç bir tehlikenin varlığı söz konusu olduğunda normal ve hayat kurtarıcı olduğu söylenebilir fakat herhangi bir tehlike olmadığı halde belirtileri gösterdiğimiz takdirde patolojik anksiyeteden söz edebiliriz. Bu noktada amigdala değişim yapının korku duygusu ve anksiyete belirtilerinin oluşumunda rolünün varlığı fazladır (Davis ve ark. 1992). Horney' e göre kaygıya sahip olmayan insanlar bir durum karşısında normal tepkilerini koruyabilir ve yürekli bir şekilde davranabilirler fakat kaygı bozukluklarına sahip olan insanlar en ufak bir sarsıntıda çaresizlik duygularına kapılmaktadırlar (Şahin, 2019). Kaygılı insanlar kendi davranışlarını sürekli gözlemediğinden dolayı uykuya dalmakta güçlük çekerler, yeme düzenlerinde bozulmalar gözlemlenir, ilişkileri sürekli yüzeyseldir, kararsızdırlar.

Yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bireyler genellikle kaygılı bir ruh hali içerisinde dirler bundan dolayı bireylerin işlevselliğinde belirgin düşüşler gözlenmektedir. Örneğin; işe veya okula gideceği esnada zihninden geçen birçok düşünceler nedeni ile birey işte veya okulda gerekli verimliliği yakalayamaz. Aile içerisinde genellikle sinirlilik ya da umutsuzluk hakimdir ve bu durum diğerleri tarafından gözlenebilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğu da aynı şekilde işlevsellikte belirgin değişimlerin görüldüğu bir hastalıktır. Birey sosyal kaygısı nedeni ile dışarı çıkmakta büyük güçlük yaşar, çok az arkadaşı vardır, toplum önünde konuşma gibi yapması gereken sorumluluklarını yerine getiremez, genellikle susmayı tercih eder, yeni insanlar ile tanışmaktan kaçınır, kendisini ifade edemez. Buna eşlik eden panik bozuklukta da bireyin zihninde sürekli tekrardan panik atak yaşama korkusu yer almaktadır bunun için aynı sosyal fobide olduğu gibi kaçınma davranışları görülür. İşe veya okula gitmekten kaçını, sürekli hekim kontrollerinden geçer çünkü bedeni ile ilgili endişeleri olduğundan kontrol ihtiyacı doğar, kendisini çok fazla yoracak aktivitelerden kaçını ve ölüm korkusu oluşmaya başlar. Tüm bunlar bir süre sonra bireyin yaşamının merkezi haline gelmekte ve bireyin hayattan zevk almamaya başladığı daha çok umutsuzluğa kapıldığı gözlemlenmiştir.

Anksiyete bozuklukları yaşayan çoğu birey genellikle hastalığın farkında olmayıp farklı branşlardaki hekimlere başvurmaktadır ve yapılan araştırmalar sonucu kronik hastalığın bulunmamasından psikiyatri servisine yönlendirilmektedirler ve bu şekilde hastalıklarının farkına varmaktadırlar. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde hastanın farkındalık düzeyi önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Öncelikle hasta bu hastalığın tedavi edilebilir, kontrol edilebilir ve sonsuza dek sürmeyeceği bilincinde olması gerekmektedir. Anksiyete bozukluklarında birçok tedavi yaklaşımı görülmektedir. Bunlar; davranışçı psikoterapi, varoluşçu, psikodinamik, logoterapi, gestalt, duygu odaklı terapi, integratif terapi ve bilişsel davranışçı terapi gibi birçok terapi yaklaşımı kullanılmaktadır (Şahin, 2019). Klinik açıdan etkinliği tanımlanmış en etkili psikoterapi yöntemlerinden biri olan bilişsel davranışçı terapi anksiyete bozuklukların tedavisinde etkinliği bir hayli fazla olduğun düşünölmektedir. Genellikle ağır düzeyde olan anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapi birlikte yürütölürken, hafif düzeyde olan anksiyete bozukluklarında sadece bilişsel davranışçı terapi kullanılmaktadır.

Birçok ruhsal hastalığın tedavisinde kullanılan BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) anksiyete bozukluklarında da kullanılmaktadır. Bilişsel kurama göre öncelik bireyin bilişsel yapısını değiştirmektedir var olan bilişleri otomatik düşünceler ve şemalar olarak iki başlıkta inceler (Özcan ve Çelik, 2017). Sungur (2005)' a göre bilişsel davranışçı terapi, öğrenme ilkeleri ile birlikte davranış bozukluklarının tedavisinde analiz edilmesinde sistematik olarak uygulanması; belirli kuramlar kullanılarak bireyin davranışları üzerinde gözlemlenebilen ve ölçölebilen farklılıkların meydana gelmesini amaçlayan psikoterapi yaklaşımı olarak karşımıza çıkmaktadır (Şar, Barut,Koç, 2007). Bilişsel davranışçı terapiye göre asıl odak nokta bireyin şimdi ve burada oluşu ile ilgilenmektir, psikanalitik süreçler ile bilişsel davranışçı yaklaşım ilgilenmemektedir (Akar, 1992). Özellikle anksiyete bozukluklarında en önde gelen tedavi yaklaşımı olan BDT (Türkçapar ve Sargın, 2012, Karakaya ve Öztöp, 2013), Corey (2008)' e göre psikoeğitim modeline dayanmaktadır ve bireyin kendi düşünsel süreçlerin ve bilişlerinin yeniden yapılandırılması bireyin duygu ve davranışlarında doğrudan olumlu bir etki oluşturduğun savunulmaktadır.

BDT' ye göre bilişlerimiz bizim duygu ve davranışlarımızı etkilemektedir. Bireyin belirli bir durumu nasıl algıladığı ve o duruma duygusal ve davranışsal vermiş olduğun tepkiler önemlidir (Süler, 2017). Stallard (2002)'a göre BDT; bireylerin yaşamış oldukları olay ve durumları algılama şekli, yorumlama tarzı ve algılama esnasında bilişlerde ortaya çıkan bilişsel hataları saptayıp onları değiştirmek ile ilgilenen bir yaklaşımdır (Türk, Buğa, Çekiç ve Hamamcı, 2018). Günlük hayatta bir tehlike ile karşılaştığımız zaman buna vermiş olduğumuz tepkiler normaldir ve gerçekçidir fakat bireylerin kendi içerisinde gerçekçi olmayan inançlar nedeni ile çoğu durumu bir tehlike olarak algılamaktadırlar ya da var olan bir durumu tehdit olarak değerlendirebilirler (Elmacı, 2008). Bu durum bireylerin yanlış inançlarını ve işlevsel olmayan düşüncelerinin oluşumunu sağlamaktadır.

Anksiyete bozukluklarında bireyler aşırı kontrolcü bir şekilde olaylara yaklaşırlar ve belirsizliğe tahammülleri bulunmamaktadır. Bilişsel davranışçı terapi modeline göre öncelikle bireylere verilecek olan psikoeğitimin önemi bir hayli fazladır. Tedavi yönteminde hasta var olan anksiyetesine rağmen normal günlük hayatını sürdürebilmesi amaçlanmaktadır (Ünsalver ve Balcıoğlu, 2006).

Olgu sunumundaki danışan; zihninden atamadığı düşünceler, sürekli endişe ve kaygılı ruh halinin bulunması, topluluk önünde konuşamama, yeni insanlar ile tanışamama, konuşacağı durumlarda zihne gelen otomatik düşünceler ve terleme, titreme, gözlerinin kararması gibi somatik belirtilerin eşlik etmesi belirtilerinin varlığı. Bunun yanında sürekli rezil olma ya da küçük düşeceği belirtilerinin olmasından dolayı DSM-V' e (APA 2013) göre yaygın anksiyete bozukluğu ve eşlik eden tanılar olarak sosyal anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğu karşıladığı düşünülmektedir. 16 yaşındaki kadın danışan ile BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) yöntemi ile gerçekleştirilen her biri 45 dakika süren 16 seans ele alınmıştır. Terapi süreci boyunca BDT teknikleri ile anksiyete bozukluklarının tedavisinin aktarılması hedeflenmektedir. Danışanın formülasyon ve müdahale tekniklerinin yer aldığı olgu sunumunun literatüre faydalı olacağı düşünülmektedir. Danışanın açık rızası ve bilgilendirme dahilinde kimlik bilgileri gizlenerek sadece alanyazına faydalı olacak şekilde bilgiler yer verilmiştir.

2. OLGU

16 yaşında, lise öğrencisi olan kadın danışan (A.A.), ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Ders esnasında yaşamış olduğu bir takım somatik belirtilerden dolayı endişelendiğini dile getirmiştir. Danışan lise yıllarının başlangıcında anksiyete tanısı almıştır fakat ilaç kullanmak istemediği için tedaviyi reddetmiştir. Danışan panik atak bozukluğu üzerine başvurmasına rağmen danışanın toplum içinde konuşmaktan çekindiği, kendisini ifade edemediği, rezil olma korkuları yaşadığı, bu yüzden birtakım kaçınma davranışları geliştirdiği gün yüzüne çıkmıştır. Danışan bugüne kadar tedavi almadığını kendince geliştirmiş olduğu yöntemler ile belirtilerden kurtulmaya çalıştığını fakat artık bu şekilde yaşamak istemediğini söylemiştir. Ayrıca danışan çok fazla mükemmeliyetçi olup dersler ve diğer sosyal aktivitelerde en iyisinin kendisi olması gerektiğine inandığını aksini düşünemediğini ifade etmiştir.

Danışan tek çocuktur ve küçüklüğünden itibaren sürekli ailesinin kendisine çok özen gösterdiğini bu yüzden onları hayal kırıklığına uğratmak istemediğini belirtmiştir. Danışanın çok az arkadaşı vardır ve gerekmedikçe onlar ile dışarı çıkmamaktadır çıksa bile bildiği yerlere gitmektedir çünkü bilmediği bir cafeye giderse farklı insanlar olacağını bu yüzden heyecanlanıp rezil olacağını düşündüğünü söylemektedir. Danışanı başvuruya iten sebep yaşamış olduğu somatik belirtiler için endişelendiği ve sürekli sağlıklı ilgili sorunlar olabileceğini düşündüğü olmuştur. Danışan tekrar atak yaşama korkusu yaşadığını, sürekli bedenini izlediğini, tekrar yaşarsa hayatının sonu olacağını belirtmektedir. Sonrasında sosyal anlamda işlevsellikte bozulmalar meydana geldiğini önceki yıllar çok fazla önemsemediğini fakat şu an belirtileri daha fazla hissettiğini belirtmektedir. Danışan sürekli zihninde düşünceler olduğunu özellikle sınav haftalarında bu düşüncelerin çok yoğun olduğunu ve düşüncelerden dolayı sınava odaklanamadığını belirtmiştir. Sınava çalışacağı zaman öncelikle odasını düzenlediğini, düzensiz bir masada ders çalışmadığını fakat bu esnada çok yorulduğunu ve sonrasında ders çalışmak için enerjisinin olmadığını belirtmektedir. Danışan sınav öncesinde çok endişelendiğini, hiç yapamayacağını düşündüğünü ve sınav esnasında da tüm bilgileri unuttuğunu ve sonrasında ise alacağı notu değerlendirdiğini ve not açıklanana kadar endişe halinin devam ettiğini söylemektedir.

Danışan sınıfta öğretmeninin sormuş olduğu bir soruyu bilse dahi söz hakkı almaktan çekindiğini, kendisine bir görev verildiğinde en iyisini yapabilmek adına çok yavaş yaptığını, özellikle okulda nöbetçi olduğu zamanlarda sınıfları dolaşması gerektiğinde çok fazla kaygılandığını ve somatik belirtilerin gün yüzüne çıktığını belirtmektedir. Yolda yürürken bile herkesin kendisine baktığını, tüm gözlerin kendisinin üzerinde olduğunu, markete dahi tek gitmekte çekindiğini belirtmektedir.

Danışan artık düşüncelerini kontrol edemediğini, her az her dakika zihnine geldiğini, sürekli yanlış bir şey söyleyip ya da yapıp rezil olmaktan korktuğunu ve bu yüzden hayatının git gide zorlaştığını belirtmektedir.

Danışan kendi isteği ile başvurmuştur anne ve babası danışanı desteklemektedir ve tedavi sürecinde yardımcı olmuşlardır. Arkadaşları da aynı şekilde danışanı desteklemektedir ve bu danışanı rahatlatmıştır. Önceleri terapiye önyargıyla baktığını fakat şuan her insanın alması gereken normal bir durum olarak bakmaktadır.

Danışan ile gerçekleştirilen görüşmelerde akıcı ve açık konuşmaktadır, yavaş ve az ses tonu kullanmıştır. Öz bakımı yerinde, farkındalık düzeyi yüksek ve bilinci yerindedir. Anlatılanlarda dikkatli bir şekilde dinleme göstermiştir, etkili göz teması kurabilmektedir. Sorulan sorulara cevap verirken utangaçlık ve endişeli ruh halinin hakim olduğu gözlemlenmiştir. Görüşmeler sonucunda yapılan gözlem ve testlere göre danışanda DSM-V' e (APA, 2013) göre yaygın anksiyete bozukluğu ve eşlik eden tanılar olarak sosyal fobi ile panik bozukluğu olduğu düşünülmektedir.

3. BULGULAR

Danışan ile her bir seansı 45 dakikalık olan toplamda 16 seans yapılmıştır. Danışan ile ilk iki seans anamnez alınabilmesi, geçmiş yaşam deneyimleri, güncel problemler ve problem listesi oluşumu amacı ile gerçekleştirilmiştir. Danışandan alınan bilgiler eşliğinde aşağıda belirtildiği üzere formülasyon terapist tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 1: Öykünün Teknik Özetlenmesi

Erken Yaşam Deneyimi	Tek çocuk olmasından dolayı anne ve babanın kendisine yönelik yapmış olduğu maddi kurs ve dersane ücretlerinden dolayı hastanın kendisini suçlu hissetmesi ve mükemmel olmaya çalışması.
Çekirdek İnanç	Ben sevilmeyenim, ben yetersizim, ben değersizim, ben başarısızım.
İşlevselliği Bozan Varsayımlar	Eğer başarılı bir öğrenci olmasam ailem ve arkadaşlarım beni sevmeyecek, üzülecekler, eğer yanlış bir şey söylersem ya da yaparsam rezil olacağım.
Kritik Yaşam Olayı	Sınıfta sunum yapmak için kaldırıldığı esnada sunumu yapamayıp fiziksel belirtiler göstermesi, rezil olduğundan endişe duyması.
Olumsuz Otomatik Düşünceler	Elim titirse konuşamam konuşamazsam rezil olurum, “başarısız olursam ben bir hiçim, “yanlış bir şey söylersem bana gülerler ve rezil olurum.
Semptomlar	Baş ağrısı, terleme, kalp hızında artış, vücutta karıncalanmalar, ani duygu değişimleri, kaygı, stres, aşırı ders çalışma, sürekli gülümseme, ağlama krizleri, öfke patlamalar, gerekmedikçe dışarı çıkmama, sınıfta söz hakkı almama, sürekli ders çalışma.

Gerçekleştirilen ilk iki tanışma seanslarından sonra danışan ile BDT tekniği ile ilerleme kararlaştırılmıştır. Öncelikle danışana Bilişsel Davranışçı Terapi hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapinin ne olduğu, neleri hedeflediği, nasıl bir yöntem olduğu, danışan ve terapistin bu süreçteki rol ve sorumlulukları, ev ödevlerinin önemi gibi konularda bilgilendirme yapılmıştır. Sonrasında hastalığı ile ilgili psikoeğitim sürecine girilmiştir.

Danışana anksiyete bozukluğunun ne olduğu, ne gibi belirtiler olduğu, korku ile kaygı arasındaki farklar, biyolojik olarak sinir sistemimizin anksiyetede rolü gibi bilgilendirmeler yapılmıştır ve gerçekleştirilen görüşme sonunda danışanda farkındalığın artarak özdenetimin oluşması beklenmiştir.

Danışana nefes egzersizleri ile progresif gevşeme egzersizleri sunulmuştur ve bunları hayatının bir parçası haline getirmesi istenerek kaygı anında uygulanması istenmiştir. Progresif gevşeme egzersizleri ile danışan aslında kaygı ve stres durumlarında vücudunun nasıl bir gerilim yaşadığının farkına varması ve gevşeyerek rahatlamayı gözlemlenmesi hedeflenmiştir.

Danışana bilişlerin önemi anlatıldıktan sonra düşünce hataları üzerine çalışma yapılmıştır. Danışan kendisinde günlük hayatta çoğunlukla zihninde yer alan düşünce hataları ile tanışmıştır ve danışanda ne gibi düşünce hatalarının olduğunu saptamak amaçlı düşünce kaydı çalışması yapılmıştır. Danışanda yer alan düşünce hatalarına bakıldığı aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2: Danışanda Yer Alan Düşünce Hataları

Zihin Okuma	Beni sevmedi, beni beğenmedi, bu konuyla ilgili hiçbir şey bilmediğimi düşünüyor, benden sıkıldı, beni önemsemiyor, beni zavallı buldu, beceriksiz olduğumu düşünüyor, başarısız olduğumu düşünüyor, benden hoşlanmadı.
Felaketleştirme	Eğer düşündüklerimi söylersem karşıdaki kişi çok kırılır, sınav çok kötü geçecek, heyecandan konuşamayacağım, herkes bana bakacak, rezil olacağım.
Ya Hep Ya Hiç Tarzı Düşünme	Mükemmel değilsem başarısızım demektir, ben bir hiçim, beni sevmediğini söylediye bir daha hiç sevmez, arkadaşım benim hakkımda öyle düşünüyorsa herkes öyle düşünüyordur.
Olumluyu Küçümseme	Bunu herkes yapar, ailem derslerimin iyi olduğunu söylüyorlar ama ben üzülme diyeyim diye öyle diyorlar, sınavdan iyi not aldıysam sınavın kolay olduğundandır.
Olumsuzza Odaklanma	Ortalama notlar alıyorum olmam başarısızlığımın kanıtı, bir ders notum dahi düşükse başarısızım demektir.
Kişiselleştirme	Bana gülüyorlar, bana bakıyorlar, benim hakkımda konuşuyorlar.
-meli, -malı İfadeleri	Çok iyi yapmalıyım yapamazsam başarısızım demektir, her şey zamanında olmalı, hata yapmamalıyım, mükemmel olmalıyım, her zaman sınıfta en yüksek not bende olmalı.
Keyfi Çıkarsama	Beni seviyormuş gibi yapıyor, benden hoşlanmış gibi yapıyor.
Ya Olursa	Ya sınavdan düşük not alırsam, ya rezil olursam, ya konuşamazsam, ya elim titrerse, ya heyecanlanırsam.

Düşünce hataları saptandıktan sonra danışan ile otomatik düşünce çalışmaları yapılması hedeflenmiştir. Danışana otomatik düşünceler hakkında genel bilgilendirme yapıp A-B-C tekniğinden bahsedilmiştir. A-B-C tekniğinin ne olduğu, olay ve durumların bizim algımızdaki yeri, bilişlerimizin duygularımız duygularımızın davranışlarımız ve somatik belirtiler üzerindeki bağlantısı aktarılmıştır.

Danışana otomatik düşünce kayıt formu verilerek doldurulması istenmiştir danışan istenilen şekilde kayıt formunu doldurmuştur, böylelikle danışanın otomatik düşüncelerinin farkında olunması ve bilişlerinin duygu ve davranışları üzerindeki etkisinin saptanması hedeflenmiştir. Danışanda yer alan otomatik düşünceler ve belirtileri aşağıdaki gibidir.

Tablo 3: Otomatik Düşünce Kayıt Formu

Olay	Düşünce	Duygu	Davranış	Fizyolojik Duyum
Sınıfta söz hakkı almak	Konuşamayacağım ve rezil olacağım	Kaygı, korku	Söz hakkı almama	Terleme
Arkadaşlar ile cafeye gitmek	Ya düşersem, herkes bana bakıyor	Kaygı, korku	Arkadaşım rahatlaması ile cafeye gitmek	Terleme, titreme, nefes alışverişinde hızlanma
Garsona sipariş vermek	Konuşamayacağım, yanlış bir şey söyleyeceğim, bana gülecekler	Kaygı, korku	Sipariş vermeme, arkadaşına siparişi verdirme	Terleme, ellerin titremesi, kalp atışında hızlanma
Dershanedeki deneme sınavı	Dershanede birinci olmalıyım, çok çalışmalıyım, konuları yetiştirmeliyim	Stres, heyecan, kaygı	Sürekli ders çalışma	Baş ağrısı, uykuya dalmada güçlük

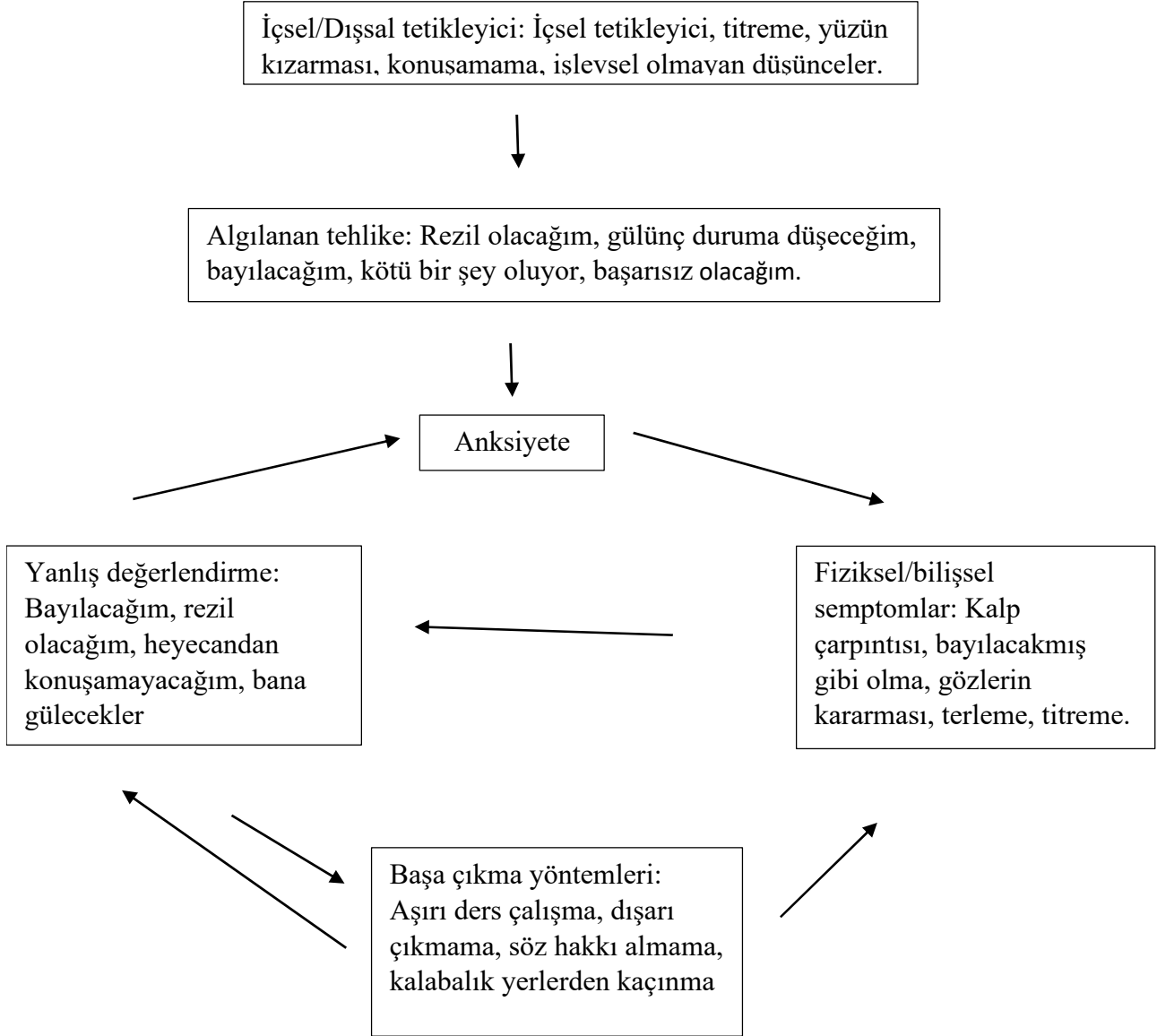
Danışan ile düşünce kayıt formu ile bilişlerimizin duygu ve davranışlarımız üzerindeki etkili ele alınıp danışanın işlevsel olan düşünceler ile işlevsel olmayan düşünceler arasındaki farkın keşfedilmesi sağlanmıştır. Danışan ile düşünce sarsma yöntemleri üzerinde durularak danışana alternatif düşünce üretme üzerine bilişsel yeniden yapılandırma, kanıt inceleme ve alternatif düşünce oluşturma teknikleri kullanılmıştır.

Ayrıca danışan ile davranış deneyleri yapılarak işlevsel olmayan düşüncelerinin somut bir şekilde bilişsel hatalarının farkına varılması sağlanmıştır. Örnek olarak danışana sınıfta kalemini yere düşürmesi istenmiştir ve danışan davranış deneyini gerçekleştirmeden önce herkes bana bakacak ve rezil olacağım düşüncesi yoğunlukta davranış deneyi sonrasında düşüncesinin yoğunluğunda azalma gözlemlenmiştir.

Yaygın anksiyete bozukluklarında oldukça baskın olan belirsizliğe tahammülsüzlük üzerine çalışmalar yapılmıştır. Danışan özellikle daha önce bilmediği bir yere gidecekken ya da tanımadıkları kişilerin yanında, sınav sonucunu beklerken kaygı düzeyinin arttığını belirtmiştir buna yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük çalışmaları ile danışanın kaygısında belirgin düşüşün olduğu saptanmıştır.

Seans sırasında kullanılan metaforlar ile danışanın bilişlerine olan tutumu sarsılmak amaçlanmıştır, danışan metaforlar sayesinde daha somut bir şekilde bilişlerini sarsmayı öğrenmiştir. Danışanın günlük uygulaması gereken ödevler verilerek bunları alışkanlık haline getirmesi ve seanslar sonunda da devam ettirmesi istenmiştir.

Danışan ile başa çıkma kartları hazırlanmıştır ve başa çıkma kartlarını her gün görebileceği bir alana asması istenmiştir. Danışan ile güvenli alan egzersizi sayesinde kendisini çok umutsuz ve çaresiz hissettiği anlarda uygulanmak üzere rahatlaması hedeflenmiştir. Danışan güvenli alan sayesinde rahatlama sağladığını ve dikkatinin daha iyi bir gelişim gösterdiğini aktarmıştır.



Şekil 1. Olgu Formülasyonu

Son seanslarda yineleme önleyici teknikler çalışılmıştır. Danışan kaygı anında ne gibi önlemler alacağı bilincine ulaşmıştır. Ayrıca danışan sosyal fobisini yenebilmek adına birçok davranışta bulunmuş, özgüven oluştuğunu belirtmiştir. Panik belirtileri ortaya çıktığında bu durumun kontrol edilebilir olduğu ve ölümcül olmadığı hayati bir fonksiyon olduğu üzerinde durulmuştur. Danışan kaygı belirtilerinin zihinsel süreçlerde kontrol edilebilir olduğunu ve artık düşüncelerinin kendisini değil kendisinin düşüncelerini yönetebildiğini belirterek iyileşme gösterdiği saptanmıştır. Danışana seansların başında uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği son seansta da uygulanmıştır ve iki uygulama arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu durum danışandaki iyileşmenin somut olarak ifadesi olduğu söylenebilir.

4. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan olgu sunumunda etkinliği tanımlanmış terapi tekniklerinden biri olan bilişsel davranışçı terapinin anksiyete bozukluğu üzerinde etkisi, yaklaşım ve müdahaleler konusunda literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır. Literatür bakıldığında anksiyete tedavisinde farmakolojik tedavi ve psikoterapinin birlikte uygulanması önerilmektedir (Taylor, 1998).

Anksiyete bozukluklarında kullanılan farmakolojik tedaviye bakıldığında ilaç grupları arasında benzodiyapinler, SSRI ve venlafaksin'ler yer almaktadır (Tamam ve Demirkol, 2019). Genellikle düşük doz başlanıp zaman içerisinde dozlarda artışa gidilmektedir.

Gerçekleştirilen son araştırmalara göre anksiyete bozukluklarının tedavisinde, farmakolojik tedavinin yanı sıra bilişsel davranışçı terapilerin etkili olduğu saptanmıştır (BJ. Sadock, V.A. Sadock, 2003). BDT'nin kısa dönemde uzun yıllar süren etkinliği araştırmalar sonucu ortaya konmuştur (Lang, 2004). Bu olguda danışan farmakolojik tedaviyi reddetmiştir ve tedavi süreci boyunca başvurulmamıştır sadece bilişsel davranışçı terapi ile tedavi sürdürülmüştür.

Bu olguda uygulanan BDT teknikleri ile danışanda iyilik halinin oluşumu sağlanmıştır. Danışanda davranış değişikliklerine gidilmiştir ve danışan işlevsel olmayan düşüncelerinin farkında olup işlevsel olan düşüncelere değiştirme konusunda önemli ilerleme katetmiştir. Literatüre katkı sağlaması açısından mevcut olgu bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini farmakolojik tedavi olmadan etkinliğini göstermiş bulunmakta olup literatürde bilişsel davranışçı terapinin anksiyete bozuklukları üzerine etkisi konusunda araştırma yapmak isteyen araştırmacılara ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Akar, H. (1992). Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3):37-40.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları*. Tarık Ergene (çev.). Ankara: Mentis Yayıncılık. (Orjinal eser 2005 yılında basılmıştır).

Davis M, Rainnie D, Casell M (1992) Neurotransmission in the rat amygdala related to fear and anxiety. *Trends Neurosci*, 7:208-214.

DİLBAZ, N. (2000). Sosyal anksiyete bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı.

Elmacı, F. (2008). *Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Ergenlerin Korkuları Üzerindeki Etkisi*. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Haller H, Cramer H, Lauche R, Gass F, Dobos GJ. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2014;14:128.

Karakaya, E., ve Öztop, D. B. (2013). Cognitive Behavioral Therapy in Children and Adolescents with Anxiety Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 2(1), 10-24.

Lang AJ. Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 14-19.

Özakkaş, T. (2014). *ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ*.

Özcan M, Uğuz F (2006) *Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17:276-285.

Özcan, Ö., & Çelik, G. G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.

Öztürk O, Uluşahin A (2008) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Cilt 1, Ankara, s.448-512.

Regier DA, Myers JK, Kramer M ve ark. (1984) The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 41:934-941.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 3.Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 236-71.

Sadock BJ, Sadock VA. *Psychotherapies. Synopsis of Psychiatry* 9th edition. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2003.pp.923-974.

Süler, M. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Bişisel Davranışçı Terapi Uygulamaları: Bir Gözden Geçirme. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*.

Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.

Şar, H.A.,Barut, Y. ve Koç, M. (2007). Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Son Çocukluk Çağı (7-11 yaş) Depresyonuyla Baş etmeye Etkisi. SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi.

Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Anksiyete bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 1641, 1644.

Taylor CB. Treatment of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1998:775-89.

Tükel R, Alkın T (2006) Anksiyete Bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, 9944-5835-0-2

Türk, F., Buğa, A.,Çekiç, A. ve Hamamcı, Z. (2017). Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grup Müdahalelerinin Çocuk ve Ergenlerin İşlevsel Olmayan Düşünceleri Üzerindeki Etkisi: Meta Analiz Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 8(49), 45-61.

Türkçapar, M.H. ve Sargın, E.A. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.

Ünsalver, B. Ö., & Balcıoğlu, İ. (2006). Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37, 115-120.

Zimmerman M, Chelminski I (2003) Clinician recognition of anxiety disorders in depressed outpatients. *J Psychiatr Res*, 37:325- 33.