

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.15724123>

JUNE 2025

## **Majör Depresif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu**

### **Cognitive Behavioral Therapy in Major Depressive Disorder and Panic Disorder: Case Report**

**Ece ESMER**

Yakın Doğu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bölümü  
eecesmer6@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3066-3524>

**Meryem KARAAZİZ**

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Klinik Psikoloji Bölümü  
meryem.karaaziz@neu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

#### **Özet**

Yapılan olgu sunumunda 28 yaşında, erkek danışanın semptomları DSM-5 tanı kriterleri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tanısı ile semptomlar ele alınarak bilişsel davranışçı terapi yöntemi kapsamında tedavi teknikleri uygulanmıştır. 50 dakikadan oluşan toplam 10 seans gerçekleştirilmiştir. Depresif belirtileri azaltmak, kontrol altına almak, depresyonun bilişsel ve davranışsal semptomlarına odaklanarak olumsuz düşünce kalıplarını değiştirme, işlevsel davranışları teşvik etmek, danışanın özdeğerini artırmak, suçluluk, değersizlik hisleri ile başa çıkmasına yönelik stratejiler geliştirmek, panik atak sıklığını, şiddetini azaltmak, panik atakların tetikleyicilerini tanımayı, beklenti anksiyetesi ile başa çıkmayı sağlamak, kaçınma davranışlarını azaltmak, danışanın yaşam kalitesini arttırmak, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırmak hedeflenmiştir. Danışanın geçmiş yaşantısı, şikayetleri, semptomları ve bilişsel davranışçı terapi yönteminin esas alındığı psikoterapi süreci olgu sunumu başlığı altında detaylı anlatılmıştır. Bu vaka çalışmasının majör depresif bozukluk ve panik bozuklukta bilişsel davranışçı terapinin uygulanmasına yönelik literatürde örnek çalışma olarak yer alması ve literatüre katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Majör Depresif Bozukluk, Panik Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi.

#### **Abstract**

In the case report, the symptoms of a 28-year-old male client were evaluated within the framework of DSM-5 diagnostic criteria. The diagnosis and symptoms of major depressive disorder and panic disorder were addressed and treatment techniques were applied within the scope of cognitive behavioral therapy method. A total of 10 sessions of 50 minutes were held. To reduce and control depressive symptoms, to change negative thought patterns by focusing on the cognitive and behavioral symptoms of depression, to encourage functional behaviors, to increase the client's self-worth, to develop strategies to cope with feelings of guilt and worthlessness, to reduce the

frequency and severity of panic attacks, to recognize the triggers of panic attacks. It is aimed to cope with anticipatory anxiety, reduce avoidance behaviors, increase the client's quality of life, and provide healthy lifestyle habits. The client's past life, complaints, symptoms and the psychotherapy process based on the cognitive behavioral therapy method are explained in detail under the title of case presentation. This case study is intended to be included as an exemplary study in the literature on the application of cognitive behavioral therapy in major depressive disorder and panic disorder and to contribute to the literature.

**Keywords:** Major Depressive Disorder, Panic Disorder, Cognitive Behavioral Therapy.

## Giriş

Depresyon, günümüzde dünya genelinde hızla artış gösteren ve farklı etkenlerden kaynaklanan oldukça karmaşık bir duygu durum bozukluğu hâline gelmiştir. Majör depresif bozukluğun temel belirtileri arasında, kişinin depresif bir ruh hâline bürünmesi, mutsuzluk, çaresizlik, suçluluk ve karamsarlık duyguları, enerji ve ilgi kaybı ile iştahın azalması yer almaktadır. Bu bozukluk, bireylerde toplumsal, mesleki ve kişilerarası alanlarda sorunlara yol açmaktadır (Gökdağ & Sütcü, 2016). Psikiyatride nispeten yaygın olan majör depresif bozukluk, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan öngörüler, 2020 yılı itibarıyla bu bozukluğun dünya çapında en yaygın ikinci yeti kaybı nedeni olabileceğini göstermektedir (Aydemir ve ark., 2009).

DSM-IV'e göre majör depresyon tanı ölçütlerine bakıldığında; A) İki haftalık bir dönem boyunca, önceki işlevsellik düzeyinden belirgin farklılık görülmesiyle beraber aşağıda sıralanan belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) mevcut olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da (2)artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekmektedir. 1- Kişinin kendisinin bildirdiği ya da başkası tarafından gözlemlenen hemen her gün, yaklaşık günün büyük bir bölümünde süren depresif duygudurum, 2- Kişinin kendisinin bildirdiği ya da başkaları tarafından gözlemlenen hemen her gün, yaklaşık günün büyük bir bölümünde süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin ilgi azalması ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması, 3- Kilo alımı ya da kilo kaybı ile birlikte hemen her gün iştahının artması ya da azalmış olması, 4- Hemen her gün yaşanan insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması, 5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması, 6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması, 7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının bulunması, 8- Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık, 9- Tekrarlayan ölüm düşünceleri, tekrarlı özkıyım düşünceleri ve özkıyım dair planlarının bulunması tanı ölçütlerini oluşturmaktadır (Helvacı Çelik, 2016).

Majör depresif bozukluk, bireyin belirli dönemlerde ataklar yaşadığı veya kronik bir seyir izleyebilen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Bu bozukluğa sahip kişilerde, günlük yaşam işlevselliğinde belirgin düşüşler gözlemlenmektedir. Klinik belirtiler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve kültürel faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Genellikle erişkin olgusunda majör depresif bozukluğu hastalık öyküsüne bakıldığında ergenlik döneminden itibaren başladığı

görülmektedir. Dolayısıyla ergenlik döneminde başlangıcında majör depresif bozukluğu belirtilerini tespit etmek, tanıyı belirlemek ve tedavi etmek önem taşımaktadır (Hekim ve ark., 2019).

Majör depresif bozukluğun semptomları incelendiğinde; çökkün ruh hali, ilgi kaybı, zevk alamama, içsel sıkıntı, huzursuzluk, duygu durumunda dalgalanmalar, farkındalık problemleri, düşünce süreçlerinde yavaşlama, konsantrasyon zorlukları, hafıza sorunları, algı ve dikkat bozuklukları gibi belirtiler öne çıkmaktadır. Depresif bireylerin düşünce yapısında; değersizlik ve suçluluk duyguları, kendisi ve çevresiyle ilgili olumsuz inançlar, umutsuzluk, karar vermekte zorlanma ve takıntılı düşünceler yer alabilmektedir. İntihar düşünceleri ve girişimlerine de sık rastlanılmaktadır. Bununla birlikte, günlük aktiviteleri yerine getirmek için yeterli enerjiyi bulamama, iştah kaybı veya aşırı yeme, anormal kilo değişimleri, cinsel istekte azalma, uyku düzeninde bozulmalar gibi fiziksel belirtiler görülmektedir. Ayrıca, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon gibi davranışsal semptomlar da yaygındır (Anber ve ark., 2021).

Epidemiyolojik açıdan incelendiğinde depresyon, dünya genelinde en yaygın görülen psikiyatrik rahatsızlık olup her yaş grubunda ortaya çıkabilmektedir. Ancak, özellikle 25-44 yaş aralığında ve orta yaş döneminde daha sık rastlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, yaşam boyu majör depresyon yaygınlığının %4,4 ile %19,6 arasında değiştiği ve genel olarak %17 olduğu belirtilmiştir. Son dönem çalışmalarında ise bu oranın %1,5 ila %19 arasında olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de ise depresyonun yaygınlık oranı %8 ile %20 arasında saptanmıştır. Epidemiyolojik araştırmalar, depresyonun kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek oranda görüldüğünü ortak bir bulgu olarak ortaya koymaktadır (Helvacı Çelik, 2016).

Majör depresif bozukluğun nedenleri biyolojik, genetik, çevresel ve psikososyal etkenlerin bir arada rol oynadığı çok faktörlü bir yapıya dayanmaktadır. Geçmişte yapılan çalışmalar, bu bozukluğun temelinde nörotransmitter seviyelerindeki değişimlerin, özellikle serotonin, norepinefrin ve dopamin sistemlerindeki düzensizliklerin etkili olduğunu öne sürmektedir. Özkıyım düşüncesine sahip bireylerde düşük seviyede serotonin olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, güncel hipotezler bunun öncelikle daha karmaşık nörodüzenleyici sistemler ve sinir devreleriyle bağlantılı olduğunu ve nörotransmitter sistemlerinde ikincil bozukluklara yol açtığını ortaya koymaktadır. (Bains & Abdijadid, 2023).

Majör depresif bozukluğunun şiddetine bağlı olarak farklı tedavi yaklaşımlarından yararlanılmaktadır. Düşük düzeydeki olgularda ilk olarak psikoeğitim ve destekleyici tedavi uygulanmaktadır. Orta ve şiddetli majör depresif bozukluğu vakalarında farmakoterapi, BDT, gibi tedavi teknikleri uygun görülmektedir (Hekim ve ark., 2019). Ayrıca Elektro-konvülsif tedavi yöntemi ile depresyon tedavi edilmektedir. Psikoterapötik tedaviler kapsamında genellikle kişiler arası ve psikodinamik terapiler, bilişsel davranışçı terapi ekolleri yararlı olmaktadır. Psikofarmakolojik yöntemde ise antidepresan ile tedavi uygulanmaktadır. Tedavi yöntemlerinde daha çok gelişmek adına çeşitli çalışmalar sürdürülmektedir (Karaca & Karaaziz, 2023).

Panik bozukluk anksiyete bozuklukları arasında yer almaktadır ve panik atakların dahil olduğu seyirle karakterizedir. Panik ataklar beklenmedik anda, ansızın gelir, şiddetli korku ve kaygı hissini yaratmaktadır. Birey ölebileceğini düşünebilmektedir. Bu denli kuvvetli bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Panik atakta sebepsiz, ansızın oluşan bu belirtiler panik bozukluk yaşayan kişilerin panikle hastaneye başvurmalarına neden olmaktadır. Panik bozukluk yapısal nedenlerden kaynaklanmadan ortaya çıkabilmektedir ve bu nedenle panik bozukluk yaşayanlar genelde acile başvurduklarında psikiyatri bölümüne yönlendirilmektedir (İskender, 2021). Panik fiziksel semptomlarla karakterize yoğun bir korku duymayı içermektedir. Panik atak geçiren bireylerde; kalp çarpıntısı, aşırı terleme, titreme, nefes almakta zorlanma, göğüs bölgesinde ağrı, mide bulantısı, gerçeklik algısında bozulma (derealizasyon), kendini bedeninden ayrılmış hissetme (depersonalizasyon), kontrolü yitirme korkusu, aklını kaçırmaya hissi, ölüm korkusu, uyuşma ve ani sıcak basmaları gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla atakların tekrarlayacağı endişesi baskın hale gelir ve bu durum kişide "beklenti anksiyetesi" gelişmesine yol açmaktadır (Uğuz ve ark., 2006).

DSM-5'e göre panik atak, aniden başlayan ve bireyde çarpıntı, kalp hızında artış, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, soluğun tıkanması, göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma hissi, mide bulantısı veya karın ağrısı, baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik veya bayılacak gibi hissetme, üşüme veya ateş basması hissi, uyuşmalar, gerçek dışılık algısı, kontrolü kaybetme veya çıldırma korkusu, ölüm korkusu gibi belirtilerden en az dördünün bulunduğu klinik bir tablo olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra, panik atak yaşayan bireylerde, en az bir atağın ardından bir ay veya daha uzun süre boyunca yeni bir atak geçirme konusunda sürekli bir endişe duyulmakta ve atakları önlemek amacıyla kaçınma davranışları sergilendiği gözlemlenmektedir. Panik bozukluğun, herhangi bir madde kullanımına veya başka bir ruhsal rahatsızlığa bağlı olarak ortaya çıkmadığı vurgulanmaktadır (Ateş & Arcan, 2018).

Epidemiyoloji alanındaki çalışmalara bakıldığında genel popülasyonda yaşam boyu görülme düzeyleri panik ataklar için %13-22, Panik bozukluk için %1.7-3.7 düzeylerinde bulunmuştur. Hayatı boyunca 1 defa panik bozukluk tanısı alanların yaklaşık %80'inde depresyon ve diğer kaygı bozuklukları ile komorbid tanılar görülmektedir. Panik bozukluğun tedavisi gerçekleşmediğinde kronik şekilde ilerlemektedir. Kaygı bozukluklarının incelendiği kaynakta bireylerin 12 yıl takip edildiği bir çalışmadan bahsedilmektedir. Bu çalışmada panik bozukluğun nüksetme oranı %56 olarak ortaya çıkmıştır (Kılıç & Yalçınkaya Alkar, 2021). Panik bozukluğun etiyolojisine bakıldığında biyolojik, genetik, psikososyal birçok faktörün etkisinin olduğu bilinmektedir ancak davranışsal ve bilişsel süreçlerin daha çok rol oynadığı bilinmektedir (Kuru ve ark., 2022).

Toplumda yaygın olması ve çok rastlanması, büyük oranda yeti yitimi oluşturmasından dolayı Panik bozukluk, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve sağlık alanında önem verilmesi gereken psikiyatrik rahatsızlıklardan biri olarak değerlendirilmektedir (Alkın, 2002). Bu bozukluğun tedavisinde farmakolojik yöntemler ile bilişsel davranışçı terapi (BDT) yaygın olarak uygulanmakta ve etkili sonuçlar sağladığı bildirilmektedir (Başaran & Sütcü, 2016). Güçlü tedavi

yöntemi olan bilişsel davranışçı terapi (BDT), panik bozukluk alanında oldukça etkilidir. Birçok çalışmada etkileri ve yararları kanıtlanmış yöntemdir (Kılıç & Yalçınkaya Alkar, 2021).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) etkililiği ile ruhsal bozukluk alanlarında oldukça yararlı olan kanıt temelli bir terapi türüdür. Tedavide etkinliğinin yüksek olduğu ruhsal bozuklardan bazıları da majör depresyon, anksiyete bozuklukları ve bedensel belirti bozukluğudur (Yücel & Karaaziz, 2023). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) bilişler ile davranışlar ve duyguları ele alarak üzerlerinde etkili rol oynayan bir terapi yaklaşımıdır. BDT yaklaşımı genellikle problemlere odaklanarak işlevselliğin bozulmasını etkileyen davranışların oluşmasında, uygulanmasında işlevsel olmayan bilişlerin rolü olduğunu öne sürmektedir. Dolayısıyla bilişsel yeniden yapılandırma ile bireyin duruma uygun gerçekçi düşüncelerinin oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Gerçekçi ve mantıksal bilişe sahip olmanın ardından duygular ve davranışlarda değişimler gözlemlenmektedir. Bu nedenle BDT düşünce, duygu ve davranışların bir arada toplanarak değerlendirildiği bir terapi yaklaşımıdır (İskender, 2021).

### **Olgu Sunumu**

D. A. Mersin’de doğup büyümüştür. 28 yaşında, lise mezunu, belirli bir mesleği yoktur. Danışan, kısa süreli askerlik yapmıştır ardından dönem dönem farklı işler yapmıştır. Danışan, düşük sosyoekonomik düzeye sahiptir ve 1 yıldır ailesinden gelen gelir ile idare etmektedir. Anne, babası ve abisi 2 yıl önce yurtdışına iş için taşınmıştır. D. A. 2 yıl önce mevcut işinden dolayı Mersin’de kalmayı tercih etmiştir. İlişkisi yoktur ve 2 yıldır Mersin’de tek yaşamaktadır. Danışanın annesi 55 yaşında şirkette temizlik görevlisi olarak çalışmaktadır, babası 60 yaşında emeklidir, abisi ise 33 yaşında mağaza müdür yardımcısı olarak çalışmaktadır.

Ailenin ikinci erkek çocuğu olan danışan, çocukluğunda çok sevilmiş ve ilgi odağı olmuştur. Babası geç saatlere kadar çalıştığı için genellikle annesi ve abisi ile ilgili anıları bulunmaktadır. O yaşlarda arkadaşı olmayan danışan, kuzenleriyle de aileler arası problemler nedeniyle oynayamamıştır. Genellikle aile içinde zaman geçirip oyunlar oynamıştır. Danışan anasınıfına kayıt için annesi tarafından okula götürüldüğünde çok ağlamış ve okula bir daha gitmek istememiştir. Orta çocukluk döneminde ise direkt 1. sınıfa başlamış ve zorlanmıştır. Arkadaşlarının birbirini anasınıfından tanınması nedeniyle kendisini dışlanmış hissetmiş ve ilk günler okula gitmek istememiştir. Annesi, çeşitli ödülleriyle onu okula gitmeye ikna etmiştir. Öğretmeni onu çok sevmiştir, öğretmenin desteği ile okula alışmış ve zamanla arkadaş edinmiştir. Aile içinde annesi onun istek ve ihtiyaçlarını önemsemiş ancak ekonomik düzeyleri düşük olduğundan bazı isteklerini yerine getirememiştir. Örneğin arkadaşları bisiklete binerken danışanın bisikleti olmadığı için evden çıkmamıştır. Annesi, bir süre evden çalışmıştır. Yemekler yapıp satarak ona bisiklet almıştır. Anne ile ilişkileri kuvvetli, baba ile ise daha uzak olmuştur. Babası sabahları erkenden işe gidip akşamları çocuklar uyurken işten dönmüştür. Danışan, babasını özlediğinde uyumayıp babasını beklemiş ve böylece onunla vakit geçirebilmiştir. Abisi, danışanı çok koruduğu için dışarı çıkmasına pek izin vermemiştir. Danışan, genellikle söz dinleyen, duygusal ve sakin bir çocuk

olmuştur. Öfkeli olduğunda öfkesini ağlayarak ve odasına çekilip ailesine küserek göstermiştir. Genellikle bisiklet sürmekten ve arkadaşlarıyla bisiklet ile hız yarışları yapmaktan keyif almıştır. Abisiyle evin balkonunda top oynamayı da çok sevmiştir.

Ergenlik döneminde danışan, daha öfkeli birine dönüşmüş ve aile ilişkileri zayıflamıştır. Okulu sürekli aksatmış, derslere girmemiştir. Akademik başarısı düşükmüş ve dersleri hiç sevmemiştir. Annesi pek disiplinli olmamış, babası hiç karışmamış, genellikle abisi kontrol etmiş ve karışmıştır. Danışanın madde kullanan arkadaşları olmuş, ancak abisinin baskısı ile onlardan uzaklaşmıştır. Kendisi herhangi bir madde kullanmamıştır ancak arkadaş ortamında sigaraya başlamıştır. Lise yıllarında eve geç saatlerde gelmiş, sabahları okula erken uyanmakta zorluk yaşamış ve okula çoğu zaman gitmemiştir. Devamsızlıktan kalacakken annesi okul ile görüşerek durumu düzeltmiş, danışan da daha çok dikkat etmiştir. Lise yıllarının sonuna doğru sevgilisi olmuş ve arkadaşlarından uzaklaşmıştır. Sevgilisi ile zaman geçirmiş, sorumluluklarına daha çok önem vererek okulla arası bir süre düzelmiştir. Aile içinde de daha uyumlu davranışlar sergilemiştir. Lise eğitimi bitince sevgilisinden ayrılmıştır ve danışan bu durumdan çok etkilenmiş, bir süre dış aktivitelerden uzaklaşmıştır. Yetişkinlik döneminde, ekonomik problemler ve düşük akademik başarı nedeniyle üniversite eğitimine başlamak istemeyen danışan, amcasının restoranında garson olarak iki yıl çalışmıştır. Aileler arası problemler nedeniyle amcası ile çalışmakta zorlanmış ve işi bırakmıştır. Daha sonra bedelli askerlik yapmış, döndüğünde babası ve abisi ile restoran açmış ancak sorumluluklarını yerine getirmedikleri için restoran batmıştır.

Sosyal yaşamı çok hareketli olduğundan işini hep ihmal etmiş ve birçok ilişkisi olup ayrılmıştır. Sorumluluk alma konusunda sürekli sorun yaşamış, çeşitli işlere girse de devamlılık sağlayamamıştır. Danışan hep bir iş kurmayı hedeflemiş ancak net belli bir alan belirlemede sıkıntı yaşamıştır. Tek başına da cesaret edememiş, abisinin desteği olmadan adım atamamıştır. İnşaat alanında kendini geliştirmeyi amaçlayarak bir inşaat firmasında işe girmiştir. Abisi ve annesi ise yurtdışında iş bulmuşlardır ve 2 yıl önce annesi, babası, abisi yurtdışına yerleşmiştir.

Danışanın geçmişteki şikayetleri ise yaklaşık 2 yıl önce başlamıştır. Abisi, annesi ve babasının yurtdışına çalışmaya gitmesinin ardından danışan bir yıl boyunca bulunduğu şehirdeki inşaat işinde çalışmaya devam etmiştir. İlk bir yıl her şey yolunda ilerlerken ikinci yılın başında bazı şikayetler başlamıştır. Danışan, bir yıl önce yalnızlaştığını, tahammülsüzleştiğini ve bunun üzerine çalıştığı yerde sıkıntılar yaşadığını, bu nedenle işinden ayrıldığını aktarmıştır. Yeni işlere girse de sürdüremediğini, çevresindekilerle olan ilişkisinin uzun bir süre koptuğunu, yoğun yalnızlık hissi ve eve kapanma isteği yaşadığını belirtmiştir. Son üç aydır evde olduğunu, iletişim kurduğu kişilerin azaldığını, ailesinden gelen para ile geçimini sağladığını ve evinde yalnız yaşayarak sosyal izolasyonu tercih ettiğini aktarmıştır. Hiçbir şey yapmak istemediğini, kimseyle görüşmek istemediğini, çalışmak istemediğini fark etmiştir. Gün içinde çok bitkin hissettiğini, çok geç uyandığını, evle ilgili işleri sürekli ertelediğini ve yapamadığını belirtmiştir. Neredeyse üç aydır bu şekilde yaşadığını dile getirmiştir. Ailesi ile telefon konuşmalarının azaldığını, konuştuklarında ise cümle kurarken eskisi gibi akıcı olmadığını fark etmiştir. Daha sonra kendisini gözlemlemek

amacıyla arkadaş ortamına girmeye başlamış, ancak arkadaşları ile bulunduğu toplulukta kendisinin daha suskun olduğunu, keyifli olmadığını fark etmiştir. Eski haline göre çok değiştiğiyle bir anda yüzleştiğini, bunun onu çok sarstığını ve güçsüz hissettiğini aktarmıştır.

Daha önceki yıllarda bu tür şikayetler yaşamamış, geçmişte çoğu şeyden zevk aldığını, birçok hobisi olduğunu, her hafta sonu motorlu arkadaşları ile deniz turu yaptıklarını ve sabahladıklarını belirtmiştir. Çevresi, ailesi ile ilişkilerinin iyi olduğunu, çalışabildiğini, düzenli uyku saatlerinin olduğunu ve spor yapmayı ihmal etmediği aktif bir hayatı olduğunu aktarmıştır.

Danışan, son zamanlarda hayattan eskisi kadar keyif alamadığını, yorgun hissettiği için ve hevesi olmadığı için çalışmadığını belirtmektedir. İçindeki sıkıntıyla baş edememekte, arkadaşları ve akrabalarından uzaklaşma isteği duymakta, eskisi gibi iletişim kuramamaktan ve çevresinde kimsenin olmamasından yakınmaktadır. Danışan, bir ay önce evde film izlerken ansızın heyecanlandığını, şiddetli kalp çarpıntısı olduğunu, zorla konuşabildiğini, bedeninde kafasından aşağı doğru inen ısı hissettiğini, bayılacağını sanıp korktuğunu ve her yerinin uyuştüğünü fark ettiğini aktarmıştır. Bu durum üzerine bir süre arkadaşları ile görüşmekten kaçınmıştır. Arkadaşları onu arayıp görüşmek istediğinde konuşmak istememiş ve kaçınma davranışı göstermiştir. Ailesi ile daha az görüşmeyi tercih etmiş, yaşadığı durumun onların önünde tekrar başına geleceğinden korkmuş ve insanlarla görüşmeyi istemediğine, yalnızlığın onu mutlu edeceğine dair inanç geliştirmiştir. Ancak zaman geçtikçe evde kalarak daha kötü bir ruh haline girdiğini fark etmiştir. Yaşadığı durum sonrası kendisine karşı öfke, üzüntü, yorgunluk ve utanç hislerinin ağır bastığını, ayrıca evde, markette ve benzeri yerlerde ansızın çarpıntı, uyuşma, bulantı, baş dönmesi ve sıcak basma hissini yaşadığını aktarmıştır. Beklenmedik zamanlarda kendisini heyecan bastığını, vücudunun ısındığını ve uyuştüğünü, kalbinin çıkacak gibi çarptığını, başının döndüğünü hissetmektedir. Bu nedenle hiçbir ortama girmek istememekte ve bu durumun onu hayattan soğuttüğünü, özgüvenini düşürdüğünü düşünmektedir. Eskisi gibi canlı ve rahat hissettiği hayatını yeniden kazanmak istemekte ve bu problemleri atlatmak amacıyla terapiye başvurmaktadır.

### **Bulgular**

Danışanın bilgileri üzerinden gerekli değerlendirmeler yapılarak Dsm 5 kriterlerine göre semptomlar ayırıcı tanı ve eş tanı dahilinde incelenmiştir. Danışana ait semptomların majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Major depresif bozukluğu semptomları panik ataklardan önce başlamıştır, daha uzun süredir devam etmektedir bu nedenle majör depresif bozukluk birincil tanı iken panik ataklar depresif semptomlara ek olarak çıktığı ve sonradan geliştiği için panik bozukluk ise komorbid tanıdır.

Danışan ile çevrimiçi ortamda görüntülü görüşme ile 50 dakikadan oluşan toplam 10 seans gerçekleştirilmiştir. İlk seansta anamnez bilgileri, şikayetleri alındıktan sonra seansların nasıl ilerleyeceği konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Danışan ile beraber tedaviden beklentiler konuşulup netleştirilmiştir. Danışanın problemlerini daha net ele alabilmek ve tedavi hedeflerini

belirleyebilmek amacı ile danışan ile yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler ışığında danışanın problemleri aşağıdaki tabloda betimlenmiştir.

**Tablo 1**

*Öykünün Teknik Özetlemesi*

<b>Erken Yaşam Deneyimi</b>	Baba ile sınırlı ilişki, çocuklukta yalnızlık, okula başlarken zorlanma, anneden kopamama, abinin kontrolünde olma.
<b>Temel İnanç</b>	Yalnızım, yetersizim, değersizim, güvende değilim.
<b>İşlevselliği Bozan Varsayım</b>	Çalışırsam çok yorulacağım, buna enerjim yok. Ailem veya arkadaşlarımda önünde panik ataklar olursa rezil olurum.
<b>Kritik Yaşam Olayı</b>	Ailesinin yurtdışına taşınması, halsiz, enerjisiz olma, ilk şiddetli panik atak.
<b>Olumsuz Otomatik Düşünceler</b>	Hiçbir şey başaramıyorum, kimse beni anlayamaz, her an bayılabiliyorum.
<b>Belirtiler</b>	Somatik: Vücut ısınması, uyuşma, çarpıntı, bulantı, baş dönmesi, halsizlik, psikomotor yavaşlama. Motivasyonel: Çalışmama, eve kapanma, aile ve çevre ile sınırlı iletişim. Bilişsel: Kendine karşı öfke, yalnızlık düşünceleri, odaklanmada güçlük. Duyusal: Mutsuzluk, depresif, utanç, öfke, korku, panik. Davranışsal: Kaçınma, ilgi kaybı, eve kapanma, aile ve çevre ile sınırlı iletişim.

Bu problemler, danışanın yaşadığı zorlukları ve terapi hedeflerini belirlemede rehberlik eden önemli alanları yansıtmaktadır. Teknik özetleme ile danışanın ihtiyaçlarına yönelik terapi planı ve tedavi hedeflerinin daha etkili bir şekilde oluşturulması sağlanmıştır. Ek olarak DSM-5'e göre yapılan değerlendirmeler ele alınarak hedefler ve tedavi planı hazırlanmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi ekolu ile tedavinin sürdürülmesi uygun görülmüştür. Psikoterapi sürecine yönelik depresif belirtileri azaltmak ve kontrol altına almak, depresyonun bilişsel ve davranışsal semptomlarına odaklanarak olumsuz düşünce kalıplarını değiştirme ve işlevsel davranışları teşvik etmek, danışanın özdeğerini arttırmak, suçluluk ve değersizlik hisleri ile başa çıkmak için uygun stratejiler geliştirmek, panik atak sıklığını ve şiddetini azaltmak, panik atakların tetikleyicilerini tanımayı, beklenti anksiyetesi ile başa çıkmayı ve kaçınma davranışlarını azaltmak, danışanın yaşam kalitesini artırmak, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırmak üzere tedavi hedefleri belirlenmiştir. Sonraki seanslarda ilk olarak danışana majör depresif bozukluk ve panik bozukluk hakkında bilgilendirme yapılarak psikoeğitim verilmiştir. Danışanın bilgisi dahilinde ailesi ile ayrı bir seans gerçekleştirilerek ailenin danışana karşı doğru yaklaşım ve destek sağlaması amacıyla aileye ayrı psikoeğitim verilmiştir. Danışanın olumsuz duygulanımlarıyla ilişkili otomatik düşüncelerinin ve bu düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanarak gün içerisinde hangi durumlarda neler düşünüp hissettiği seanslarda danışan ile ele alınmıştır. Seanslarda yapılan çalışmaları pekiştirmek adına bilişsel yeniden yapılandırma odaklı danışandan durum, düşünce, duygu ve davranış günlüğü tutması istenerek ev ödevi verilmiştir.



Danışanın problemlerini ve sebeplerini somutlaştırabilmesi, danışana daha çok farkındalık kazandıracağından bu yöntem tercih edilmiştir. Danışan hızlı adapte olmakla beraber düzenli olarak durum, düşünce, duygu ve davranış günlüğünü seanslardan önce e-mail üzerinden göndermiştir. Aşağıda Tablo 2’de örneği bulunmaktadır.

**Tablo 2**

*Durum/Olay, Düşünce, Duygu, Davranış Günlüğü*

Durum/Olay	Düşünce	Duygu	Davranış
İşten ayrılma	Başarısızım, güçsüzüm.	Değersizlik.	İş aramayı bırakma.
Aile ile ilişkileri	Ailem benim için üzülmemeli, yanlarına bu halde gidemem.	Uzaklık, özlem, endişe.	Aileden uzaklaşma.
Günlük işlevsellik	Hiçbir şeye halim yok, bir şey yapamıyorum.	Tükenmişlik.	Uyumak.
Depresif belirtiler hâkim olduğunda	Hayattan zevk alamıyorum, değersizim.	Umutsuzluk, değersizlik.	Sosyal geri çekilme, motivasyon kaybı.
Panik atak olduğunda	Kalbim durabilir, bayılabilirim.	Korku, panik, endişe.	İçe kapanma, kaçınma davranışı.
Sosyal izolasyon	Yalnızlık daha iyi gibi. Çevremdekiler beni böyle görmemeli.	Yalnızlık hissi, hüznün, kaygı.	Aile ve çevre ile iletişimde azalma, eve kapanma.
Eski hayatı aklına geldiğinde	Eski günlerde daha başarılı ve mutlu idim.	Geçmişe özlem, umut.	Eski yaşamına dönme isteği.

200

Bu sayede danışanı daha bilinçli hale getirerek hedefe odaklı umut aşılannmıştır. Terapinin verimli sürdürülmesi sağlanmıştır. Depresif ve panik atak tetikleyici düşünceler belirlenmiştir. Bilişsel yeniden yapılandırma yöntemi ile danışanın günlük yaşamında karşılaştığı olumsuz düşünceler daha gerçekçi ve olumlu düşüncelerle değiştirilmiştir. Örneğin danışan işten ayrıldığı bir durumu günlüğüne kaydetmiştir. "Başarısızım, güçsüzüm" gibi olumsuz bir düşünceye sahip olduğunu fark etmiştir. Ancak günlük tutması sayesinde bu düşüncenin gerçekçi olmadığını ve herkesin zaman zaman iş değiştirebileceğini kabul etmeye başlamıştır. Günlük yaşamında karşılaştığı sorunları daha yapıcı bir şekilde ele alma ve çözme becerileri geliştirmiştir. Bu yeni bakış açısıyla, iş aramayı bırakmak yerine alternatif iş arama stratejileri üzerinde çalışmaya odaklanmıştır ve böylece işsizlik durumunu çözmek için daha etkili bir yol aramıştır. Bu etkinlik ve bilişsel yeniden yapılandırma sayesinde değersizlik, suçluluk, yetersizlik hisleri ile başa çıkabilmiştir. Aynı şekilde, danışan aile ile ilişkileri hakkında günlüğüne "Ailem benim için üzülmemeli, yanlarına bu halde gidemem" şeklinde bir düşünceyi kaydettiğinde, bu düşüncenin onu aileden uzaklaştırdığını fark etmiştir. Daha sonra, duygu ve davranışları arasındaki ilişkiyi anlamaya başlamıştır. Uzaklık, özlem ve endişe duygularının ailesiyle iletişimini azalttığını fark etmiştir. Bu farkındalıkla birlikte, daha sık

aile ile iletişim kurmaya ve duygularını açıkça ifade etmeye yönelik yeni adımlar atmaya karar vermiştir.

Panik atak yaşadığı bir durumu günlüğüne kaydettiğinde, "Bayılabilirim" gibi korkutucu bir düşünceye sahip olduğunu fark etmiştir. Ancak bu düşüncenin gerçekçi olmadığını ve panik ataklarının geçici ve tedavi edilebilir olduğunu kabul etmeye başlamıştır. Bu süreç danışanın olumsuz düşünce kalıplarını tanımasını, duygusal tepkilerini anlamasını ve daha sağlıklı davranış değişikliklerine olanak sağlamıştır. Düşünce, duygu ve davranışları arasındaki ilişkiyi anlamıştır. Olumlu davranışlar teşvik edilmiştir ve zararlı davranışlar üzerinde çalışılarak değişime teşvik edilmiştir. Danışanın günlük aktivitelerini arttırmaya yönelik ilgi duyduğu ve keyif aldığı etkinliklere katılımı teşvik edilmiştir. Düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve uyku düzeni planlanarak aşamalı şekilde danışana uygulanmıştır. Tedavi sürecinde ayrıca ailesi ve çevresi tarafından gerekli sosyal destek sağlanmıştır.

Sonraki süreçlerde danışanın panik atak sıklığını ve şiddetini azaltmak, panik atakların tetikleyicilerini tanımayı sağlamak, beklenti anksiyetesi ile başa çıkmayı ve kaçınma davranışlarını azaltmayı amaçlayarak bu hedeflere yönelik danışanın günlük kaydı tutması ve danışanın panik atak sırasındaki güvenlik davranışlarını not etmesi istenmiştir. Tablo 3'te ve Tablo 4'te örnekler bulunmaktadır.

**Tablo 3**

*Danışanın Panik Atak Kaydı*

Durum	Duygu	Düşünce	Fizyolojik Duyum	Davranış	Panik Atığın Süresi
Evde film izlerken	Yalnızlık	Yalnızım.	Baş dönmesi, kalp çarpıntısı.	Filmi izlemeyi bırakma, dinlenme	10 dk civarı
Yatmadan önce	Huzursuzluk	Uyurken panik atak olursa	Çarpıntı, terleme	Yataktan kalkıp sigara içme	8 dk
Markette alışveriş yaparken	Kaygı	Ya şu an panik atak olursa.	Terleme, panik, çarpıntı.	Hızlıca alışveriş yapıp oradan uzaklaşma	20 dk civarı
Ailesi ile telefonda görüşükten sonra	Özlem, hüznün, yalnızlık.	Ailemi çok özledim.	Göğüste sıkışma, iç sıkıntı, bulantı	Balkona çıkıp hava alma, sosyal medya ile kafa dağıtma	15 dk

Arkadaş veya akrabalar ile görüştüğünde	Kaygı, panik.	Panik atak olursa zorluk yaşayacak mıyım? Ya anlarılarsa.	Terleme, çarpıntı, bulantı.	Az konuşma, kısa süreli buluşma ve oradan kaçma isteği	20 dk civarı
---	---------------	---	-----------------------------	--	--------------

Danışanın panik atak kaydını tutması, danışanın panik ataklarının ne zaman ve hangi durumlarda meydana geldiğini tespit etmesini sağlamıştır. Günlük kayıtları, danışanın tetikleyici düşünce ve duygularını belirlemesine, bu düşünceleri analiz ederek etkili baş etme stratejileri geliştirmesine yardımcı olmuştur. Danışan panik atak anında yaşadığı irrasyonel düşünceleri fark etmiştir ve bu düşünceler daha gerçekçi düşüncelerle değiştirilmiştir. Panik atakları ve tetikleyicileri hakkında öz farkındalık geliştirilmiştir böylece danışan, panik ataklar üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmuştur. Panik ataklar başlamadan önce hangi düşünce ve durumların rol oynadığını görerek, erken müdahale etmeye ve süreci yönetmeyi başarmıştır. Kontrolün elinde olduğunu fark ettiği için kendisini daha çok güvende hissetmiştir.

#### Tablo 4

##### *Danışanın Panik Atak Sırasındaki Güvenlik Davranışları*

#### **Danışanın Panik Atak Sırasındaki Güvenlik Davranışları**

Sigara içmek, farklı şeyler düşünmeye çalışmak  
Müzik dinleyerek şarkı sözlerine odaklanmaya çalışmak  
Bulunduğu yerlerden ve kişilerden kaçmak  
Belli etmemeye çalışmak  
Sürekli kendisini, kalp atışlarını, başı dönüyor mu, terliyor mu vb. kontrol etme.

202

Güvenlik davranışlarını not etmek, danışanın bu davranışlarını dışarıdan görebilmesini ve danışanın panik atak anında otomatik olarak yaptığı şeyleri fark etmesini sağlamıştır. Davranışların altında yatan korku ve kaygılar böylece seanslarda daha net ele alınmıştır. Bu sayede danışan duygusal tepkilerini anlamlandırmıştır. Danışanın hangi davranışların faydalı olmadığını veya durumu kötüleştirdiğini belirlemesine yardımcı olmuştur. Panik atak sırasında kullanılan etkisiz güvenlik davranışları ortadan kaldırılarak uzun vadede panik atakların sıklığını ve şiddetini azaltmak hedeflenmiştir. Güvenlik davranışlarından etkisiz olanlar belirlenmiştir ve bu davranışların yerine daha sağlıklı ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirilmiştir. Derin nefes alma teknikleri, gevşeme egzersizleri öğretilerek danışandan düzenli uygulaması istenmiştir. Güvenlik davranışlarını birdenbire bırakmak danışana ilk başlarda zor gelmiştir. Bu nedenle güvenlik davranışlarını yavaş yavaş azaltmak için aşamalı maruz bırakma yöntemi tercih edilmiştir. İlk olarak kaygı yaratan durumlarla güvenlik davranışları olmadan yüzleşmesi sağlanmıştır. Panik atak sırasında bulunduğu ortamdan ayrılmayarak ve kafasını dağıtmadan o anki durumla yüzleşme

yapılmıştır. Şarkı sözlerine odaklanmak, sürekli kendisini kontrol etme gibi mantıklı gelmeyen davranışları adım adım hayatından çıkarmıştır. Bu süreç danışanın kendine olan güvenini arttırarak kaygı seviyesini düşürmüş ve panik ataklarla başa çıkma becerilerini geliştirmiştir böylece danışanın genel yaşam kalitesi yükselmiştir. Ayrıca, zaman içinde panik atakların sıklığı, şiddeti veya süresindeki azalma ile terapiye verilen yanıt net şekilde gözlemlenmiştir.

Genel semptomlar 5. seans ile azalmaya başlamıştır ve 10. seans sonunda danışan tedavi planındaki hedeflerin büyük bir kısmına ulaşmıştır. Ancak aralıklı zamanlarda, uzun süreli izlem takibi yapılması uygun görülmüştür.

### **Tartışma**

Bu olgu sunumu ile DSM-5 kriterlerine göre majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tanısı almış bir olgunun Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile nasıl tedavi edildiğini detaylı bir şekilde incelemek hedeflenmektedir. Eğitim ve bilimsel araştırma açısından bu makale, psikoloji öğrencilerine ve yeni başlayan terapistlere örnek olgu sunumu sağlayarak, BDT'nin uygulama yöntemleri ve etkilerini göstermek ayrıca literatüre katkıda bulunmak hedeflenmektedir.

Sunulan olguda eskisi gibi hiçbir şeyden keyif alamama, sürekli yorgun hissetme, çalışmama, yalnızlık, içsel sıkıntılarla baş edememe, beklenmedik anlarda oluşan bayılacak gibi olma, uyuşma vb. hisleri, yaşam kalitesinin düşmesi, 3 aydır devam eden hayattan keyif alamama, sıkıntılı, halsiz ve bitkin hissetme, uyku ihtiyacında artış, iştahta azalma, karar vermede ve odaklanmada güçlük, kendine karşı suçluluk, değersizlik hissi, iletişim kurmakta zorlanma, yalnız kalma isteği, 1 aydır devam eden kendine karşı öfke, utanç, yorgunluk, vücudun ısınması ve uyuşması, mide bulantısı, kalp çarpıntısı, baş dönmesi, kemik ağrıları, bayılma korkusu, beklenti anksiyetesi semptomları gözlemlenmiştir. Literatür incelendiğinde bu semptomların majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tanısını karşıladığı bulunmuştur.

Danışanın BDT tedavi tekniklerinden bilişsel yeniden yapılandırma yöntemi ile danışanın günlük yaşamında karşılaştığı olumsuz düşünceler daha gerçekçi ve olumlu düşüncelerle değiştirilmiştir. Bilişsel yeniden yapılandırma sayesinde değersizlik, suçluluk, yetersizlik hisleri ile başa çıkabilmiştir ve depresif semptomlar azalmıştır. Derin nefes alma teknikleri, gevşeme egzersizleri hayatına dahil edilmiştir. Aşamalı maruz bırakma tekniği ile hem depresif belirtiler azaltılarak günlük yaşamda işlevsellik arttırılmıştır hem de danışanın kendine olan güveni arttırılarak kaygı seviyesi düşmüş ve panik ataklarla başa çıkma becerileri gelişmiştir.

Majör depresif bozukluk, toplumda yaygın ve sıkça görünen psikiyatrik hastalıktır. Bu nedenle toplum ruh sağlığının korunması adına oldukça önem taşımaktadır. Erken tanı konulması tedaviye erken başlayarak etkili olunabilmesi açısından dikkat edilmesi gereken bir husustur. Etkin ve erken tedavi ile işlevsellik kaybının azalmasına katkı sağlamaktadır (Anber ve ark., 2021). BDT, depresyon tedavisi amacıyla geliştirilmiştir. BDT'nin çok duygudurum ve anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğunda, sosyal fobi üzerinde yararlı olduğu öne sürülmüştür. BDT, stres

ve kaygıyı hafifletmede, intihar düşüncelerini azaltmada oldukça etkilidir. Düşünceleri değiştirmeye yönelik olduğundan BDT ile terapi, yüksek seviyelerde stres, anksiyete veya depresyon ile bağlantılı bozuklukların tıbbi tedavi sürecinde fayda sağlayabilmektedir. Davranışsal problemlerin kontrolü, uyku kalitesini arttırmak ve negatif düşünceleri azaltmak için BDT'den destek alınmıştır (Moran & Yılmaz, 2024).

Yeterli sayıda araştırma yapılmış ve BDT'nin depresif bozukluklardaki etkinliğini göstermiştir. Depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliğini değerlendiren 115 çalışmadan oluşan bir meta-analiz, BDT'nin etkili bir tedavi yöntemi olduğunu ve farmakoterapi ile birlikte uygulandığında, tek başına farmakoterapiye kıyasla daha yüksek bir başarı sağladığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, elde edilen kanıtlar, BDT ile tedavi edilen bireylerde nüks oranlarının diğer tedavi yöntemlerine kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir (Gautam ve ark., 2022).

2019'da yayınlanan bir çalışma incelendiğinde, depresyon tedavisinde iki ayrı grup oluşturulmuştur: bir grup farmakolojik olarak SSRI'lar ile tedavi edilirken, diğer grup BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) ile tedavi edilmiştir. Bulgular, farmakolojik tedavinin beyinde amigdala ve insula gibi bölgelerde olumlu değişimlere yol açtığını göstermektedir. Ancak, belirtilerdeki azalma oranının bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanan grupla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Majör depresif bozukluğu olan bireyler üzerinde BDT tedavisi sürdürüldüğünde bozukluğun tekrarlama olasılığının daha az olduğu belirtilmiştir. Güncel araştırma bulgularına göre, 8 haftalık yoğun psikoterapi uygulanan depresyon hastalarında, kişiler arası etkileşimin artırılmasının başlangıçta bilişlerde farklılık yaratmamakla birlikte, depresif semptomları azalttığı tespit edilmiştir (Karaaziz & Yücel, 2023).

Panik bozukluk tedavisinde, bilişsel davranışçı terapinin; bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri ve maruz bırakma tekniklerinin birleşiminden oluşan yaklaşımının, yalnızca bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma veya psikofarmakolojik tedaviye kıyasla daha etkili sonuçlar sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca, bir yıl süren takip çalışmalarında, bilişsel davranışçı terapinin nüksü önlemede oldukça etkili olduğu saptanmıştır (Güler ve ark., 2021).

BDT modeli, panik ataklar için maruz bırakma yöntemiyle rahatsız edici durumlara ve bedensel duyumlara odaklanır ve olumsuz düşünceleri bilişsel yeniden yapılandırma ile değiştirmeyi hedefler. Çalışmalar, BDT'nin panik bozukluk tedavisinde farmakolojik tedaviden daha etkili olduğunu göstermiştir (İskender, 2021).

Demir ve Ercan'ın (2022) Türk hemşirelik öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, bilişsel davranışçı terapi temelli grupla psikolojik danışmanın depresif semptomlar, kaygı düzeyi, otomatik düşünceler ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında, müdahale grubuna haftada bir kez olmak üzere toplam altı oturum grup BDT uygulanmıştır. Sonuçlar, BDT temelli grup danışmanlığının depresif belirtileri, otomatik düşünceleri ve stresle başa çıkmada etkisiz yöntemleri azalttığını göstermiştir (Moran & Yılmaz, 2024).

Bu çalışma sonucunda BDT terapisi ile majör depresif bozukluk ve panik bozukluk genel semptomlarının 5. seans ile azalmaya başladığı ve 10. seans sonunda danışanın tedavi planındaki hedeflerin büyük bir kısmına ulaşıldığı görülmüştür. Yapılan çalışmada sunulan olgu, majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkili bir müdahale yöntemi olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma bulguları, bilişsel davranışçı terapinin her iki bozukluk üzerinde olumlu etkiler sağladığını ve semptomların azalmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, bilişsel davranışçı terapinin majör depresif bozukluk ve panik bozukluk tedavisinde başarılı bir yöntem olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Beyannameler Etik Onay ve Katılma İzni Uygulanamaz.

Yayın İzni Uygulanamaz.

Veri ve Materyallerin Mevcudiyeti Uygulanamaz.

Çıkar Çatışması Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansman Uygulanamaz.

Yazar Katkıları MK çalışmanın tasarımını oluşturmuş ve süpervizyonu gerçekleştirmiştir. EE, literatür taraması, veri toplama, veri analizi, yorumlama ve kritik revizyon aşamalarını yürütmüştür. MK, makalenin son halini okumuş ve onaylamıştır.

### Kaynakça

- Anber, T., Akar, T. & Altun, M. F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(2), 99-103. doi: 10.54247/SOYD.2021.30
- Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S. & Tulunay, C. (2009). Majör depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 205-212. doi: 10.1016/S0924-977X (07)70477-7
- Bains, N. & Abdijadid, S. (10 Nisan 2023). *Major depressive disorder*.
- Erişim tarihi: 15.05.2024, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D. & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian J Psychiatry*, 62(2), 223-229. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry77219
- Gökdağ, C. & Sütcü, S. T. (2016). Majör depresif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (1), 23-38. doi: 10.18863/pgy.37237
- Güler, K., Usluca, M. & Yılmaz, M. (2021). Panik bozukluğun bilişsel davranışçı tedavisinin incelenmesi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12), 1211-1222. doi:10.26677/TR1010.2021.902

- Hekim, Ö., Temtek Güner, S., Göker, Z., Sekmen, E. & Üneri, Ş. (2019). Majör depresif bozukluk tanılı 350 ergen olgunun klinik özellikleri, hastalık şiddeti ve tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi: retrospektif kesitsel bir çalışma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 5, 370-378. doi: 10.12956/tchd.579013
- Helvacı Çelik, F. & Hocoğlu, Ç. (2016). ‘Majör depresif bozukluk’ tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66. doi: 03180
- İskender, N. N. (2021). *Panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi ve göz hareketleri ile duyarısızlaştırma ve yeniden işleme: literatüre kısa bir bakış* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Projesi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- Karaaziz, M. & Yücel, İ. (2023). “Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve majör depresyon üzerine bir vaka sunumu”. *International Academic Social Resources Journal*, 8 (51), 2942-2946. doi:http://dx.doi.org/10.29228/ASRJOURNAL.70544
- Karaca, E. & Karaaziz, M. (2023). Majör depresif bozukluğun bilişsel davranışçı terapi ile tedavisi: bir olgu sunumu. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2), 279-292. doi:10.26677/TR1010.2023.1183
- Kaçar Başaran, S. & Tekinsav Sütcü, S. (2016). Panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 79-94. doi:10.18863/pgy.73383
- Kılıç, H. S. & Yalçınkaya Alkar, Ö. (2021). Panik bozukluk için bilişsel davranışçı terapi süreci ve sonucunu yordayan faktörler: değişim mekanizmalarına bir bakış. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 10(3), 315-329. https://doi.org/10.5455/JCBPR.138819
- Kuru, E., Özdemir, İ. & Bilgiç, A. B. (2022). Panik bozukluğu olan bireylerde kişilik özellikleri ve bilişsel özelliklerin değerlendirilmesi: klinik ve sağlıklı grupların karşılaştırılması. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3 (2). 6-12. Erişim tarihi: 10.05.2024 https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2363866
- Moran, M. & Yılmaz, S. (2024). Bilişsel davranışçı terapinin psikiyatri hemşireliği alanındaki çalışmalarda kullanımı. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 91-100.
- Uğuz, Ş., Altınbaş, E. Y. & Levent, B. A. (2006). Panik bozukluk: etiyoloji, klinik gidiş, komorbidite ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(12), 5-21. Erişim tarihi:10.05.2024 https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-panik-bozukluk-etiyoloji-klinik-gidis-komorbidite-ve-tedavisi-46270.html