IJSSAR International Journal of Social Sciences and Academic Research

Original Article

Received/Accepted Dates

26.04.2026/19.05.2026

DOI:10.52096/issar.03.04.02

Süpervizyon Eşliğinde Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımıyla Vaka Formülasyonu Sağlık Anksiyete Belirtileri: Olgu Sunumu

Psk. Elif Kalkan

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,

https://orcid.org/0009-0003-0049-1065, **E-mail elbel.1385@gmail.com**

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science, Nicosia-Cyprus, Mersin 10 Turkey

Özet

Bu çalışmanın amacı, sağlık anksiyetesi belirtileri gösteren bir danışanla süpervizyon eşliğinde yürütülen Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) sürecini vaka formülasyonu temelinde incelemektir. Araştırmada nitel araştırma desenlerinden tek durum çalışması deseni benimsenmiş; danışanın terapi sürecindeki bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimleri kendi klinik bağlamı içinde ele alınmıştır. Veri toplama süreci, yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler, seans içi gözlemler ve danışanın sözel bildirimleri üzerinden yürütülmüştür. Sekiz oturumluk terapi sürecinde danışanın ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı, bedensel belirtileri felaketleştirici biçimde yorumlama eğilimi, uyku düzenindeki bozulmalar, güvenlik arayışları ve kaçınma davranışları temel çalışma alanları olarak belirlenmiştir. Müdahale sürecinde psikoeğitim, otomatik düşüncelerin belirlenmesi, düşünce-duygu-davranış ilişkisinin kurulması, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal denemeler ve ev ödevlerinden yararlanılmıştır. Süreç sonunda danışanın kaygı belirtileri tümüyle ortadan kalkmamakla birlikte, bedensel duyumlarını daha işlevsel biçimde değerlendirmeye başladığı, otomatik düşüncelerini fark etme becerisinin geliştiği ve kaçınma davranışlarını sürdüren güvenlik davranışlarını daha açık biçimde tanımlayabildiği görülmektedir. Süpervizyon desteği, vaka formülasyonunun derinleştirilmesine, müdahalelerin danışanın ihtiyaçlarına göre yapılandırılmasına ve terapötik sürecin etik sınırlar içinde sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Elde edilen bulgular, sağlık anksiyetesi belirtileriyle çalışırken vaka formülasyonuna dayalı, süpervizyonla desteklenen BDT uygulamalarının klinik açıdan işlevsel olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık anksiyetesi, bilişsel davranışçı terapi, vaka formülasyonu, süpervizyon.

Case Formulation with Supervised Cognitive Behavioral Therapy Approach: Health Anxiety Symptoms: Case Presentation

Abstract

The aim of this study is to examine the Cognitive Behavioral Therapy process conducted under supervision with a client showing symptoms of health anxiety on the basis of case formulation. In the study, a single-case study design, one of the qualitative research designs, was adopted; the client's cognitive, emotional, and behavioral changes during the therapy process were examined within their own clinical context. The data collection process was carried out through semi-structured clinical interviews, in-session observations, and the client's verbal reports. During the eight-session therapy process, the client's fear of death, anxiety about being alone, tendency to catastrophically interpret bodily symptoms, disruptions in sleep patterns, safety-seeking behaviors, and avoidance behaviors were identified as the main areas of focus. In the intervention process, psychoeducation, identification

of automatic thoughts, establishment of the thought-emotion-behavior relationship, cognitive restructuring, behavioral experiments, and homework assignments were used. At the end of the process, although the client's anxiety symptoms did not completely disappear, it was observed that they began to evaluate bodily sensations in a more functional way, developed the ability to recognize automatic thoughts, and could more clearly identify the safety behaviors that maintained their avoidance behaviors. Supervision support contributed to deepening the case formulation, structuring the interventions according to the client's needs, and maintaining the therapeutic process within ethical boundaries. The findings indicate that Cognitive Behavioral Therapy practices based on case formulation and supported by supervision may be clinically functional when working with symptoms of health anxiety.

Keywords: Health anxiety, cognitive behavioral therapy, case formulation, supervision.

1. Giriş

Bilişsel davranışçı terapi, bireyin duygu, düşünce ve davranışları arasındaki karşılıklı ilişkiyi merkeze alan, yapılandırılmış, hedef odaklı ve çoğu zaman kısa süreli yürütülen bir psikoterapi yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Yaklaşımın temelinde, psikolojik güçlüklerin doğrudan olayların kendisinden çok, bireyin bu olaylara yüklediği anlamlar, otomatik düşünceler ve bilişsel yorumlar aracılığıyla şekillendiği kabul edilmektedir (Sudak, 2006; İlgar ve Coşgun-İlgar, 2019). Terapi sürecinde amaç, danışanın işlevsel olmayan düşünce örüntülerini fark etmesini, söz konusu düşünceleri sorgulamasını ve daha gerçekçi, uyumlu değerlendirmeler geliştirmesini sağlamaktadır (Turgut ve Ekşi, 2022). Danışan ve terapist arasındaki iş birliğine dayanan bu süreç içinde mevcut sorunlar ele alınmakta, düşünce-duygu-davranış bağlantısı incelenmekte ve bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal denemeler, kayıt tutma, problem çözme, gevşeme egzersizleri ile ev ödevleri gibi tekniklerden yararlanılmaktadır (Beck, 2001; Turgut ve Ekşi, 2022). Bilişlerde meydana gelen değişimin duygusal tepkiler ve davranışlar üzerinde dönüştürücü bir etki oluşturabileceği, BDT'nin temel varsayımları arasında yer almaktadır (Beck, 2001). Hem düşünce süreçlerini hem de gözlenebilir davranış değişikliklerini hedeflemesi, yaklaşımın kaygı, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres belirtileri ve çeşitli uyum sorunlarında yaygın biçimde kullanılmasını sağlamaktadır (Leahy, 2018).

Bilişsel davranışçı terapinin gelişiminde Aaron T. Beck ve Albert Ellis'in çalışmaları belirleyici bir yere sahip olmaktadır. Beck'in özellikle depresyon alanındaki araştırmaları, bireyin kendisine, dünyaya ve geleceğe ilişkin olumsuz düşüncelerinin psikolojik sorunların sürmesinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ellis ise akılcı olmayan inançların duygusal güçlüklerin oluşumunda ve devamında önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır (Türkçapar ve Sargın, 2011). Günümüzde BDT; depresyon, anksiyete bozuklukları, fobiler, obsesif

kompulsif belirtiler, stresle baş etme güçlükleri ve çocuk-ergen ruh sağlığı alanlarında etkili bir müdahale yaklaşımı olarak değerlendirilmektedir. Çocuk ve ergenlerle yapılan uygulamalarda terapistin aktif, yönlendirici ve iş birliğine açık bir rol üstlendiği; bireysel, grup, aile destekli ve bilgisayar temelli müdahalelerin de olumlu sonuçlar verebildiği belirtilmektedir (Öngider, 2014). Böylelikle BDT, danışanın sorunlarını anlamlandırmasına katkı sunmanın yanında günlük yaşamda kullanabileceği başa çıkma becerileri geliştirmesine de olanak sağlamaktadır (Turgut ve Ekşi, 2022).

Süpervizyon eşliğinde yürütülen BDT, terapistin uygulamalarını deneyimli bir uzmanın rehberliği altında planladığı, değerlendirdiği ve geliştirdiği yapılandırılmış bir öğrenme ve müdahale sürecini ifade etmektedir. Bu süreçte danışanın duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişki sistemli biçimde ele alınmakta; işlevsel olmayan düşünceler belirlenmekte ve daha gerçekçi bilişsel değerlendirmelerle yeniden çalışılmaktadır. Süpervizyon, vaka formülasyonu, oturum planı, kullanılan teknikler, terapötik ilişki ve etik uygulamalar açısından terapiste geri bildirim sunmaktadır (Yüksel Şahin, 2026). Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, düşünce kayıtları, ev ödevleri, maruz bırakma ve davranışsal denemeler gibi tekniklerin hangi sırayla ve hangi ihtiyaç doğrultusunda kullanılacağı süpervizyon desteğiyle daha bilinçli şekilde belirlenmektedir. Bu rehberlik, terapistin mesleki becerilerini geliştirmesine katkı sağlarken danışanın gereksinimlerine uygun müdahalelerin seçilmesini de kolaylaştırmaktadır (Atay ve Atalay, 2025).

Sağlık anksiyetesi, bireyin bedensel duyumlarını, fiziksel hislerini ya da vücudunda ortaya çıkan sıradan değişiklikleri ciddi bir hastalığın belirtisi olarak yorumlamasıyla belirginleşen yoğun kaygı örüntüsü olarak açıklanmaktadır (Sunderland vd., 2012). Kişi zararsız olabilecek bedensel belirtilere aşırı dikkat yöneltebilmekte, belirtileri hastalıkla ilişkilendirmekte ve sağlık durumuna ilişkin sürekli bir zihinsel meşguliyet yaşayabilmektedir. Sağlık anksiyetesi bedensel belirtilere duyarlılıkla sınırlı kalmamakta; hastalanma olasılığına ilişkin düşünceler, hastalıkla baş edebilme gücüne dair inançlar ve sağlıkla ilgili bilişsel değerlendirmeler tarafından da şekillenmektedir. Bu sebeple sağlık anksiyetesi fizyolojik, bilişsel ve davranışsal boyutları bulunan çok yönlü bir durum olarak ele alınmaktadır (Altay, 2019). Sağlık kaygısı kimi zaman geçici bir nitelik gösterebilmekte; belirti ortadan kalktığında ya da tıbbi değerlendirme ciddi bir sorun bulunmadığını ortaya koyduğunda kaygı düzeyi azalabilmektedir. Kaygının yoğun ve süreğen hâle gelmesi durumunda birey bir belirtiden diğerine yönelebilmekte, sık sağlık kontrolü arayışına girebilmekte ya da hastalık ihtimalini düşünmekten günlük işlevselliğini

sürdürmekte güçlük yaşayabilmektedir (Rachman, 2012). Araştırma bulguları, sağlık anksiyetesinin farklı yaş gruplarında yaşam kalitesi, sağlık algısı ve yaşam biçimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerle yürütülen bir çalışmada sağlık anksiyetesinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu, sağlık algısıyla birlikte yaşam kalitesini yordadığı belirlenmektedir (Gökçay vd., 2022). Egzersiz üzerine yapılan başka bir araştırmada düzenli fiziksel aktivitenin genel sağlık algısıyla pozitif, sağlık anksiyetesiyle negatif yönde ilişkili olduğu saptanmaktadır. Bu bulgu, sağlıklı yaşam davranışlarının sağlıkla ilgili kaygı düzeyini azaltmada destekleyici bir rol üstlenebileceğine işaret etmektedir (Aktaş ve Basat, 2022). Sağlık anksiyetesinin, kişinin bedensel duyumları yorumlama biçimi, güvence arama davranışları, kaçınma eğilimleri ve sağlıkla ilgili inançlarıyla birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Alanyazın incelendiğinde süpervizyon eşliğinde BDT yaklaşımıyla vaka formülasyonu ve sağlık anksiyetesi belirtilerine ilişkin çalışmaların farklı klinik görünümler üzerinden geliştiği görülmektedir. Yaygın kaygı bozukluğunda BDT uygulamalarına odaklanan çalışmalar (Bozkurt ve Karaaziz, 2024; Karakuş ve Karaaziz, 2025; Bulut ve Karaaziz, 2024), panik bozuklukta BDT temelli olgu sunumları (Direk ve Karaaziz, 2025; Akyüz ve Karaaziz, 2024), BDT de klinik vaka formülasyonu sürecini ele alan araştırmalar (Guazzo ve Nappo, 2025), BDT'nin yaşantısal öğrenme ve terapist gelişimiyle ilişkisini değerlendiren çalışmalar (Grimmer, 2022), şiddetli sağlık anksiyetesinde uzaktan yürütülen BDT sürecinde hasta, terapist ve seans içi motivasyonel değişkenleri inceleyen araştırmalar (Malins vd., 2022) ile kaygı ve depresyon tedavisinde düşük ve yüksek yoğunluklu BDT uygulamalarının birlikte kullanımını değerlendiren çalışmalar (Thew vd., 2025) bu alanın güncel yönelimlerini ortaya koymaktadır. Söz konusu çalışmalar, sağlık anksiyetesi belirtileriyle çalışırken vaka formülasyonunun danışanın bedensel duyumları nasıl yorumladığını, kaçınma ve güvenlik davranışlarını hangi yollarla sürdürdüğünü ve terapi sürecinde hangi bilişsel-davranışçı müdahalelerin kullanılabileceğini belirlemede güçlü bir klinik çerçeve sunduğunu göstermektedir. Bu olgu sunumu da süpervizyon eşliğinde yürütülen BDT yaklaşımıyla sağlık anksiyetesi belirtilerinin vaka formülasyonu temelinde ele alınmasına odaklanmaktadır.

2. Yöntem

Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden olgu sunumu çalışması benimsenmiştir. Çalışmada sağlık anksiyetesi belirtileri gösteren bir danışanın BDT sürecindeki klinik değişimi kendi bağlamı içinde ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Olgu sunumu, belirli bir birey, mekân ya da

klinik sürecinin ayrıntılı olarak incelenmesini amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda birey, olay, olgu, sistem, müdahale ve terapi sürecindeki yaşanılan değişimler bütüncül bir bakış açısıyla derinlemesine ele alınmaktadır. Olgu sunumları özellikle psikoloji ve ruh sağlığı alanında, klinik uygulamaların anlaşılması, terapötik süreçlerin değerlendirilmesi ve belirli bir olguya ilişkin derinlemesine bilgi sunulması açısından önem taşımaktadır. (Yıldırım ve Şimşek, 2021)

Bu kapsamda araştırmaya konu edilen sağlık anksiyetesi belirtileri ile başvuran danışanın, kendi doğal koşullarından koparılmadan incelenmekte; görüşme, gözlem, doküman ve benzeri veri kaynakları aracılığıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtileri ele alınmıştır.

2.1. Olgu

Ö.A., 07.03.2007 doğumlu, 19 yaşında, lise mezunu ve bekâr bir danışandır. Anne ve babasının kendisi yaklaşık 8-9 yaşlarındayken ayrıldığını, ayrılık sonrasında babasıyla yaşamaya başladığını belirtmektedir. Danışanın babasının ilk evliliğinden kendisinden büyük bir kızı, annesinin ikinci evliliğinden ise 10 yaşında bir erkek çocuğu bulunmaktadır. Danışan, kardeşleriyle ilişkisinin iyi olduğunu ifade etmektedir.

Danışan, son dönemde artan ölüm korkusu, yalnız kalmakta zorlanma ve sağlık durumuna ilişkin yoğun kaygılar nedeniyle terapiye başvurmuştur. Geçmiş sağlık öyküsünde 12 yaşında, 15 yaşında ve yaklaşık altı ay önce olmak üzere üç açık kalp ameliyatı geçirdiği öğrenilmiştir. Son ameliyatı sonrasında yoğun bakımda kaldığını ve bu süreçte tanık olduğu bazı yaşantıların ölümle ilgili kaygılarını artırdığını belirtmektedir. Danışan, ikinci ameliyatından sonra da benzer kaygılar yaşadığını, bu dönemde psikolojik ve psikiyatrik destek aldığını, yaklaşık 4-5 yıldır Lustral kullandığını ve ilaç kullanımına devam ettiğini ifade etmektedir.

Aile öyküsünde büyükbabasının da benzer bir kalp rahatsızlığı yaşadığı belirtilmektedir. Danışan, ailesinde bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığını aktarmaktadır. Günlük yaşamında elektronik sigara kullandığını, alkol kullanımının ise ayda bir ya da iki kez, sınırlı düzeyde olduğunu ifade etmektedir.

Danışanın sağlık sorunları nedeniyle üniversiteye başlayamadığı, buna rağmen üniversite yaşamını deneyimlemek ve ilerleyen süreçte daha bağımsız bir hayat kurmak istediği anlaşılmaktadır. Kendi ifadesiyle başka bir şehirde tek başına yaşayabilen, özgüveni daha yüksek ve kendi ayakları üzerinde durabilen biri olmayı hedeflemektedir.

İlk görüşmeye ehliyeti ve aracı olmasına rağmen annesi tarafından getirilmiştir. Seans sırasında genel olarak gergin ve katı bir beden duruşu sergilediği, sorulara açık ve doğrudan yanıt verdiği gözlemlenmiştir. Hastalık sürecinden söz ederken bedensel gerginliğinin arttığı, buna rağmen görüşmeye aktif katılım sağladığı ve bir sonraki seansa devam etmek istediğini belirttiği görülmüştür.

2.2. Geçmiş Yaşam Öyküsü

Ö.A.'nın anne ve babası, danışan yaklaşık 8-9 yaşlarındayken ayrılmıştır. Danışan ayrılık sonrasında babasıyla yaşamaya başlamıştır. Babasının ilk evliliğinden kendisinden büyük bir kız kardeşi, annesinin ikinci evliliğinden ise 10 yaşında bir erkek kardeşi bulunmaktadır. Danışan, kardeşleriyle ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmektedir. Ailede bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığını, ancak büyükbabasının da benzer bir kalp rahatsızlığı yaşadığını ifade etmektedir.

Danışanın yaşam öyküsünde sağlık sorunları önemli bir yer tutmaktadır. Ö.A., 12 yaşında ilk açık kalp ameliyatını, 15 yaşında ikinci ameliyatını ve yaklaşık altı ay önce üçüncü ameliyatını geçirdiğini belirtmektedir. Son ameliyat sürecinde 10 gün yoğun bakımda kaldığını, burada vefat eden kişileri görmesinin ölüm korkusunu artırdığını ifade etmektedir. İkinci ameliyatından sonra da kaygı yaşadığını, bu dönemde annesiyle birlikte psikolog ve psikiyatri desteğine başvurduklarını, yaklaşık 4-5 yıldır Lustral kullandığını ve halen kullanıma devam ettiğini aktarmaktadır.

Danışan, son ameliyatından sonra kaygılarının daha yoğunlaştığını belirtmektedir. Evde tek kaldığında uykuya dalmakta zorlandığını, uyumaktan kaçındığını ve bu süreçte bilgisayar oyunları oynadığını ifade etmektedir. Uyku düzeninin bozulmasıyla birlikte beslenme düzeninin de etkilendiğini dile getirmektedir. Daha önce tek başına gidebildiği kafe ve bar gibi ortamlara artık yalnız girmekte zorlandığını, başına bir şey gelirse yardım alamayacağı düşüncesiyle bu tür ortamlardan kaçındığını söylemektedir.

Ö.A., en son 17 yaşındayken bir kız arkadaşı olduğunu ve ilişkinin yaklaşık bir yıl sürdüğünü belirtmektedir. Şu anda romantik bir ilişkisinin olmadığını ifade etmektedir. Sağlık sorunları nedeniyle üniversiteye başlayamadığını, ancak üniversiteye gitmek ve başka bir şehirde daha bağımsız bir yaşam kurmak istediğini aktarmaktadır. Danışan, ilerleyen süreçte özgüveni daha yüksek ve kendi ayakları üzerinde durabilen biri olmayı hedeflemektedir.

2.3. Süpervizyon Süreci

Terapi sürecinde uygulanan müdahaleler, terapistin klinik gözlemleri ve süpervizyon görüşmelerinde alınan geri bildirimler doğrultusunda şekillenmiştir. Danışanın sağlık kaygıları, ölüm korkusu, yalnız kalmaktan kaçınma davranışları ve seans içindeki bedensel gerginliği süpervizyon sürecinde düzenli olarak ele alınmıştır. Bu değerlendirmeler doğrultusunda vaka formülasyonu yeniden gözden geçirilmiş, danışanın belirtilerini sürdüren düşünce kalıpları, güvenlik arayışları ve kaçınma davranışları daha ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir.

Başlangıçta BDT çerçevesinde psikoeğitim, düşünce-duygu-davranış bağlantısının kurulması ve işlevsel olmayan düşüncelerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Süpervizyon sürecinde alınan geri bildirimlerle birlikte müdahalelerin danışanın hazır oluş düzeyine göre ilerletilmesi gerektiği görülmüştür. Bu doğrultuda bilişsel yeniden yapılandırma, düşünce kayıtları, ev ödevleri ve davranışsal denemeler danışanın kaygı düzeyi dikkate alınarak planlanmıştır.

Süpervizyon oturumları, terapötik ilişkinin güçlendirilmesi ve müdahalelerin daha esnek biçimde uygulanması açısından yol gösterici olmuştur. Danışanın yalnız kalma korkusu, sağlıkla ilgili felaketleştirici yorumları ve bağımsızlaşma isteği birlikte değerlendirilmiş; terapide, danışanın günlük yaşamda daha işlevsel başa çıkma becerileri geliştirmesi de hedeflenmiştir. Bu süreçte süpervizyon desteği, terapistin vaka formülasyonunu netleştirmesine, seans planlarını düzenlemesine ve danışanın ihtiyaçlarına uygun bir terapi süreci yürütmesine katkı sağlamıştır.

3. Bulgular

3.1. Başlangıç Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Başlangıç değerlendirmesinde danışanın temel başvuru nedeninin son dönemde belirginleşen ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı ve sağlık durumuna ilişkin yoğun endişeler olduğu görülmektedir. Danışan, özellikle son açık kalp ameliyatı sonrasında kaygılarının arttığını; yoğun bakım sürecinde vefat eden kişilere tanık olmasının “her an ölebileceği” düşüncesini güçlendirdiğini belirtmektedir. Bu düşünceye zaman zaman ter basması, titreme, mide bulantısı, uykuya dalmada güçlük ve “her an kötü bir şey olacak” beklentisi eşlik etmektedir.

Danışanın geçmiş sağlık öyküsünde 12 yaşında, 15 yaşında ve yaklaşık altı ay önce olmak üzere üç açık kalp ameliyatı geçirdiği öğrenilmektedir. İkinci ameliyat sonrasında da kaygı belirtileri yaşadığı, bu dönemde psikolojik ve psikiyatrik destek aldığı, yaklaşık 4-5 yıldır Lustral kullandığı ve ilaç kullanımına devam ettiği ifade edilmektedir. Aile öyküsünde büyükbabada benzer kalp rahatsızlığı bulunmakta; danışan ailede bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığını aktarmaktadır.

İlk görüşmede danışanın kaygılarının günlük işlevselliğini sınırladığı anlaşılmaktadır. Evde tek kaldığında uykuya dalmakta zorlandığını, uyumaktan kaçınarak bilgisayar oyunları oynadığını ve uyku düzeninin bozulmasıyla beslenme düzeninin de etkilendiğini belirtmektedir. Daha önce tek başına gidebildiği sosyal ortamlara artık yalnız girmekte zorlandığını, başına bir şey gelmesi hâlinde yardım alamayacağı düşüncesiyle bu ortamlardan kaçındığını ifade etmektedir. Bu durum, danışanın sağlık kaygısına eşlik eden güvenlik arayışı ve kaçınma davranışlarının belirginleştiğini göstermektedir.

Görüşme sırasında danışanın genel görünümünün öz bakım açısından yeterli olduğu gözlemlenmektedir. Seansa ehliyeti ve aracı olmasına rağmen annesi tarafından getirilmiş, tek başına olsaydı muhtemelen gelemeyeceğini ifade etmiştir. Seans boyunca gergin ve katı bir beden duruşu sergilemesine karşın sorulara açık ve doğrudan yanıt vermiştir. Hastalık sürecini anlatırken terleme ve ayaklarını sallama gibi bedensel gerginlik belirtileri dikkat çekmektedir. Danışanın görüşmeye aktif katılım göstermesi, değişim isteğini dile getirmesi ve sonraki seansa devam etmek istediğini belirtmesi terapötik süreç açısından olumlu bir başlangıç göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

3.2. Vaka Formülasyonu

Danışanın problemini kavramsallaştırmak ve müdahale sürecinin yönünü belirlemek amacıyla BDT temelli vaka formülasyonu Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Vaka Formülasyonu

Alan	**Danışana Özgü İçerik**
Problem	Ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı, uyku problemleri, ter basması, titreme, mide bulantısı ve "her an kötü bir şey olacak" düşüncesi.

Alan	Danışana Özgü İçerik
Hazırlayıcı Faktörler	Anne-babanın çocukluk döneminde ayrılması, babayla yaşama, ailede benzer kalp rahatsızlığı öyküsü ve erken yaşta başlayan ciddi sağlık sorunları.
Başlatıcı / Tetikleyici Faktörler	Son açık kalp ameliyatı, 10 günlük yoğun bakım süreci ve yoğun bakımda vefat eden kişilere tanık olma.
Sürdüren Faktörler	Bedensel duyumları tehlike işareti olarak yorumlama, yalnız kalmaktan kaçınma, uykuya dalmayı erteleme ve sağlıkla ilişkili uyaranlara aşırı dikkat yöneltme.
Koruyucu Faktörler	Terapiye istekli olma, anneden destek alma, kardeşlerle iyi ilişki, üniversiteye gitme ve bağımsız yaşama isteği.
İşlevselliği bozan varsayım	Eğer yalnız kalırsam veya bedenimde bir değişiklik hissedersem (titreme, bulantı, kusma)kalp krizi geçirip ölebilirim ve bana kimse yardım edemez. Eğer tamamen tetikte olmazsam, yalnız uyuyakalırsam başıma kötü bir şey gelir, kontrolü kaybederim.
Güvenlik Sağlama Stratejileri	Tek başına dışarı çıkmama, kafe ve bar gibi ortamlara yalnız girmeme, seansa annesiyle gelme, evde yalnızken uyumak yerine bilgisayar oyunu oynama.
Otomatik düşünceler	“Her an ölebilirim.” “Başıma kötü bir şey gelecek.” “Yalnız kalırsam kimse yardım edemez.”
Ara İnançlar	“Yanımda biri olursa güvende olurum.” “Tek başıma kalırsam baş edemem.” “Uyursam kontrolü kaybedebilirim.”
Çekirdek İnançlar	“Güvende değilim.” “Bedenim dayanıksız.” “Tek başıma baş edemem.”

Danışana ilişkin vaka formülasyonu, terapi süreci boyunca süpervizyon desteğiyle düzenli olarak değerlendirilmiştir. İlk görüşmelerde danışanın ölüm korkusu, sağlıkla ilgili yoğun kaygıları, yalnız kalmaktan kaçınması ve bedensel belirtilerine yönelik tehdit algısı temel sorun alanları olarak belirlenmiştir. Süpervizyon oturumlarında bu belirtilerin mevcut ameliyat deneyimiyle sınırlı olmadığı, danışanın geçmiş sağlık yaşantıları, yoğun bakım deneyimi ve

bağımsız hareket etme konusundaki zorlanmalarıyla birlikte ele alınması gerektiği değerlendirilmiştir.

Formülasyonda danışanın bedensel duyumlarını tehlike işareti olarak yorumlama eğilimi, "her an kötü bir şey olabilir" ve "yalnız kalırsam yardım alamam" düşünceleri üzerinden incelenmiştir. Bu düşüncelerin kaygıyı artırdığı; kaygı arttıkça yalnız kalmaktan, uyumaktan, dışarıya tek başına çıkmaktan ve sağlıkla ilgili uyaranlarla karşılaşmaktan kaçınma davranışlarının güçlendiği görülmüştür. Kaçınma davranışları kısa süreli rahatlama sağlasa da uzun vadede danışanın ölüm korkusunu ve yalnız hareket edememe algısını sürdürmektedir.

Süpervizyon sürecinde alınan geri bildirimlerle vaka formülasyonu daha işlevsel bir çerçeveye oturtulmuştur. Danışanın sağlık anksiyetesi belirtileri, bilişsel yorumları, bedensel duyumlara aşırı dikkat yöneltmesi, güvenlik arayışı ve kaçınma davranışları birlikte değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda terapötik hedefler; bedensel belirtilere yönelik felaketleştirici yorumların sorgulanması, yalnız kalmaya ilişkin kaygının azaltılması, güvenlik davranışlarının fark edilmesi ve danışanın günlük yaşamda daha bağımsız hareket edebilmesi şeklinde belirlenmiştir.

Tablo 2.

1. Seans	Danışanla ilk görüşmede genel başvuru nedeni sağlık öyküsü ve tek başına hareket etmekten kaçınma davranışları tespit edilerek terapötik bağ kurulmuştur. Değerlendirme yapılmıştır.
2. Seans	BDT modeli üzerinden sağlık anksiyetesi döngüsü hakkında bilgilendirilme yapılmış bedensel belirti gösteren hasta insanları 'tehlike' olarak yorumlaması konusu ele alınmıştır. Psikoeğitim verilmiştir.
3. Seans	Danışanın yalnız kalırsam ve başıma bir şey gelmesi durumunda kimse yardım edemez, uyursam kontrolu kaybederim gibi felaketleştirici otomatik düşünceler belirlenmiştir.
4. Seans	Danışanın tek başına dışarı çıkma, yalnız kalma sosyal ortamlardan çekilme gibi davranışları artıran kaygıları gözden geçirilip kısa vadede çözüm olan ancak uzun vadede bağımlılığı ve kaçınma davranışlarını artıran (seansa annesi ile gelmesi) üzerine çalışılmıştır.

5. Seans	Bedensel duyumlar ve uyku düzeni üzerinde çalışılmıştır. Terleme titreme, mide bulantısı gibi bedensel olan belirtiler sağlık tehdidi olarak algılanması ve kaygı-kaçınma döngüsü hakkında çalışılmıştır.
6. Seans	Davranışsal denemelerin planlanması, kolaydan zora doğru şeklinde aşamalı liste yapılmıştır. Amaç kaygıyı ortadan kaldırmak değil kaçınma davranışıyla baş etme becerilerini geliştirmektir.
7. Seans	Gelecek hedefler ve değişim motivasyonu ele alınmıştır. Başka bir şehirde bağımsız olarak yaşama ve üniversiteye başlama gibi hedefleri değişim motivasyonu için kullanılmış, danışanın küçük adımlarla hazır oluşu da dikkate alınarak bağımsız tek başına kısada olsa dışarı çıkma ve daha az destekle sosyal ortamlarda bulunma gibi hedefler belirlenmiştir.
8. Seans	Terapi süreci boyunca danışanın duygu-düşünce ve davranış ilişkisi ele alınmış olup olası yeniden nüks etme durumlarına karşın tetikleyici unsurlar belirlenmiş bunu önlemek için düşünce kaydı tutma kaçınma verine davranışsal fark etme stratejileri belirlenerek süreç sonlandırılmıştır.

3.3. Bilişsel Davranışçı Terapi Sürecine İlişkin Bulgular

Danışanla yürütülen BDT süreci toplam sekiz oturumdan oluşmaktadır. Oturumlarda öncelikle danışanın sağlık anksiyetesi belirtileri, ölüm korkusu, yalnız kalmaya ilişkin kaygıları ve bu kaygıları sürdüren kaçınma davranışları ele alınmıştır. Süreç içerisinde psikoeğitim, düşünce-duygu-davranış ilişkisinin kurulması, otomatik düşüncelerin belirlenmesi, bilişsel yeniden yapılandırma, güvenlik davranışlarının fark edilmesi, davranışsal denemeler ve nüks önleme çalışmaları uygulanmıştır.

1.-3. Oturum

İlk üç oturumda danışanın terapiye başvuru nedeni, sağlık öyküsü, kaygı belirtileri ve bu belirtileri sürdüren bilişsel-davranışsal örüntüler ele alınmıştır. İlk görüşmede terapötik ilişki kurulmuş, danışanın ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı ve bedensel duyumlarına yüklediği anlamlar değerlendirilmiştir. Danışan, son ameliyatından sonra kaygılarının arttığını belirterek bu süreci “her an kötü bir şey olacak” ve “her an ölebilirim” düşünceleriyle ifade etmiştir.

Seansa annesiyle gelmiş olması ve "tek başıma olsaydım muhtemelen gelemezdim" demesi, yalnız kalma ve tek başına hareket etme konusundaki zorlanmanın başlangıçtan itibaren belirgin olduğunu göstermektedir.

İkinci oturumda danışana BDT modeli ve sağlık anksiyetesi döngüsü hakkında psikoeğitim verilmiştir. Bedensel bir duyumun otomatik düşünceyi, otomatik düşüncenin kaygıyı, kaygının ise bedensel belirtileri artırabileceği örneklerle açıklanmıştır. Danışanın terleme, titreme ve mide bulantısı gibi belirtileri çoğunlukla tehlike işareti olarak yorumladığı görülmüştür. Bu aşamada danışanın "hasta insanları görünce moralim çok bozuluyor ve ben de hemen hastalanıyorum" ifadesi, sağlıkla ilişkili uyaranların kaygıyı artıran önemli tetikleyiciler arasında yer aldığını göstermektedir.

Üçüncü oturumda otomatik düşünceler üzerinde durulmuş ve danışanın kaygı anlarında zihninden geçen düşünceler belirlenmiştir. Özellikle "yalnız kalırsam bana kimse yardım edemez", "başıma bir şey gelirse müdahale edilemez" ve "uyursam kontrolü kaybedebilirim" biçimindeki düşüncelerin danışanın kaçınma davranışlarını artırdığı değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda danışandan kaygı yaşadığı durumları, bu sırada aklından geçen düşünceleri ve verdiği tepkileri not etmesi istenmiştir. İlk üç oturumun sonunda danışanın kaygı belirtilerini yalnızca bedensel bir sorun olarak değil, düşünce-duygu-davranış döngüsü içinde değerlendirmeye başladığı gözlemlenmiştir.

4.-6. Oturum

Dördüncü oturumda danışanın kaygısını sürdüren güvenlik davranışları ve kaçınma örüntüleri ele alınmıştır. Danışanın özellikle tek başına dışarı çıkma, sosyal ortamlara yalnız girme ve evde yalnız kalma durumlarında kaygısının arttığı görülmüştür. Ehliyeti ve aracı olmasına rağmen ilk seansa annesiyle gelmesi, yalnız hareket etme konusunda yaşadığı zorlanmayı göstermektedir. Danışan bu durumu "tek başıma olsaydım muhtemelen gelemezdim" sözleriyle ifade etmiştir.

PD: Seansa tek başına gelmeyi düşündüğünde bu senin için nasıl olurdu?
Danışan: "Tek başıma olsaydım muhtemelen gelemezdim."

Bu ifade üzerinden danışanın yalnız kalma ve tek başına hareket etme durumlarını riskli algıladığı değerlendirilmiştir. Danışanın daha önce tek başına gidebildiği kafe ve bar gibi sosyal ortamlara artık yanında biri olmadan girmekte zorlandığı, böyle bir durumda başına bir şey

gelirse yardım alamayacağı düşüncesiyle kaygı yaşadığı görülmüştür. Oturumda bu kaçınmaların kısa süreli rahatlama sağladığı, fakat uzun vadede yalnız hareket edememe algısını güçlendirdiği danışanla birlikte ele alınmıştır. Görüşme sonunda danışandan kaygı yaşadığı durumları, bu sırada aklından geçen düşünceleri ve verdiği davranışsal tepkileri not etmesi istenmiştir.

Beşinci oturumda bedensel duyumlara yüklenen anlamlar ve uykuya dalma sürecinde ortaya çıkan kaygılar üzerinde durulmuştur. Danışanın ter basması, titreme, mide bulantısı ve uykuya dalmada güçlük gibi belirtileri çoğunlukla sağlıkla ilgili bir tehlike işareti olarak yorumladığı görülmüştür. Bu nedenle bedensel belirti, otomatik düşünce, kaygı ve kaçınma davranışı arasındaki döngü açıklanmıştır. Danışanın evde tek kaldığında uyumaktan kaçındığı ve bunun yerine bilgisayar oyunları oynadığı öğrenilmiştir.

PD: Evde tek kaldığında uyku düzenin nasıl etkileniyor?
Danışan: “Gece 01.00 veya 02.00 gibi geç uyuyorum, bazen çok erken uyanıyorum.”
PD: Bu düzensizlik günlük yaşamını nasıl etkiliyor?
Danışan: “Düzensiz uyku olunca düzensiz besleniyorum.”

Bu görüşmede uyumaktan kaçınmanın danışanda geçici bir kontrol hissi oluşturduğu, ancak uzun vadede uyku ve beslenme düzenini bozarak kaygı döngüsünü beslediği değerlendirilmiştir. Danışanın bedensel belirtileri doğrudan ciddi bir sağlık sorunu ile ilişkilendirme eğilimi üzerinde çalışılmış; kaygının da terleme, titreme, mide bulantısı ve huzursuzluk gibi bedensel belirtiler oluşturabileceği açıklanmıştır. Oturum sonunda danışandan uykuya geçmeden önce ortaya çıkan düşüncelerini, bedensel belirtilerini ve verdiği tepkileri kaydetmesi istenmiştir.

Altıncı oturumda danışanın kaçındığı durumlara yönelik davranışsal denemeler planlanmıştır. Danışanın yalnız kalma, kısa süreli dışarı çıkma ve sosyal ortamlara daha az destekle girme gibi durumlarda kaygı yaşadığı görülmüştür. Bu sebeple kaçınılan durumlar kolaydan zora doğru sıralanmış ve danışanın hazır oluş düzeyine uygun küçük adımlar belirlenmiştir. Amaç, danışanın kaygısını tamamen ortadan kaldırmak değil, kaygı yaşadığı durumlarda kaçınmadan kalabilme becerisini geliştirmek olarak belirlenmiştir.

Bu oturumda danışanın mevcut kaçınma davranışlarından yorulduğu ve değişmek istediği, ancak bunu başarmakta zorlandığı görülmüştür. Üniversiteye gitme, fakülte hayatını yaşama ve

başka bir şehirde daha bağımsız bir yaşam kurma isteği davranışsal denemeler için önemli bir motivasyon kaynağı olarak ele alınmıştır. Seans sonunda danışanla birlikte ilk denemelerin kısa süreli, uygulanabilir ve kaygı düzeyi açısından tolere edilebilir olması kararlaştırılmıştır. Bu süreçte danışanın güvenlik davranışlarını bir anda bırakması değil, bu davranışları fark ederek daha işlevsel baş etme yolları geliştirmesi hedeflenmiştir.

7.-8. Oturum

Yedinci oturumda danışanın sağlık kaygıları nedeniyle ertelediği yaşam alanları ve gelecek hedefleri ele alınmıştır. Danışanın özellikle üniversiteye başlayamama, fakülte yaşamını deneyimleyememe ve tek başına hareket edememe durumlarını önemli bir kayıp alanı olarak gördüğü anlaşılmıştır. Görüşmede danışanın, daha bağımsız bir yaşam kurmak istediği üzerinde durulmuştur. Danışan, sağlık sorunları nedeniyle üniversiteye gidemediğini; buna rağmen okula gitme, fakülte hayatını yaşama ve başka bir şehirde yeniden hayata başlama isteğinin bulunduğunu belirtmiştir.

PD: Kaygıların azaldığında hayatında neyin değişmesini istersin?
Danışan: Üniversiteye gitmek, fakülte hayatını yaşamak ve başka bir şehirde daha bağımsız bir yaşam kurmak istediğini belirtmiştir.

Bu oturumda danışanın gelecek hedefleri, terapi sürecindeki değişim motivasyonunu güçlendiren bir alan olarak değerlendirilmiştir. Danışanın özgüveni daha yüksek, kendi ayakları üzerinde durabilen biri olmayı hedeflemesi; tek başına hareket etme konularında davranışsal denemelerin neden önemli olduğunu görünür kılmıştır. Bu doğrultuda önce küçük ve ulaşılabilir adımlar belirlenmiş; kısa süreli dışarı çıkma ve sosyal ortamlarda daha az destekle bulunma hedefleri danışanın hazır oluş düzeyi dikkate alınarak ele alınmıştır.

Sekizinci oturumda terapi süreci boyunca çalışılan temel konular gözden geçirilmiştir. Danışanın başlangıçta ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı ve bedensel belirtilere yönelik yoğun tehdit algısıyla terapiye başvurduğu; süreç içinde bu belirtileri düşünce-duygu-davranış ilişkisi içinde değerlendirmeye başladığı görülmüştür. Bedensel belirtilerin, kaygının da terleme, titreme, mide bulantısı ve huzursuzluk gibi belirtiler oluşturabileceği yeniden ele alınmıştır.

PD: İlk görüşmelerle karşılaştırdığında kaygılarını nasıl değerlendiriyorsun?

Danışan: Kaygılarının tamamen bitmediğini, ancak ne zaman arttığını daha iyi fark etmeye başladığını ifade etmiştir.

Son oturumda nüks önleme ve sürdürme planı oluşturulmuştur. Danışanla birlikte kaygının yeniden yükselebileceği durumlar belirlenmiş; yalnız kalma, uykuya dalma, hasta bireylerle karşılaşma, sağlıkla ilgili haberler duyma ve bedensel belirtileri yoğun hissetme gibi durumların danışan için tetikleyici olabileceği değerlendirilmiştir. Bu durumlarda düşünce kaydı kullanma, otomatik düşünceleri sorgulama, kaçınma yerine küçük davranışsal denemelere yönelme ve güvenlik davranışlarını fark etme üzerinde durulmuştur.

Süreç sonunda danışanın ölüm korkusu ve yalnız kalma kaygısı tamamen ortadan kalkmamakla birlikte, bu kaygıları tanıma ve anlamlandırma becerisinde artış olduğu görülmüştür. Danışanın terapiye aktif katılım göstermesi, değişim isteğini sürdürmesi ve bağımsız yaşama ilişkin hedeflerini ifade etmesi olumlu gelişmeler olarak değerlendirilmiştir. Böylece son oturumlarda terapi sürecinin kazanımları toparlanmış, danışanın günlük yaşamda kullanabileceği başa çıkma stratejileri belirlenmiş ve ilerleyen süreçte kaygı döngüsünü sürdüren davranışlara karşı daha farkındalıklı hareket etmesi hedeflenmiştir.

3.4. Süreç Sonunda Gözlenen Değişimler

Sekiz oturumluk BDT sürecinin sonunda danışanın ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı ve sağlıkla ilgili bedensel duyumlara yönelik farkındalığında artış olduğu görülmektedir. Danışan başlangıçta bedensel belirtilerini çoğunlukla ciddi bir sağlık sorununun işareti olarak yorumlamakta ve bu yorumlar kaygısını artırmaktaydı. Süreç içinde terleme, titreme, mide bulantısı ve huzursuzluk gibi belirtilerin yalnızca fiziksel bir tehlikeye değil, kaygı düzeyindeki yükselmeye de bağlı olabileceğini değerlendirmeye başlamıştır.

Danışanın kaçınma davranışlarında tamamen ortadan kalkma gözlenmemekle birlikte, bu davranışları fark etme becerisinde ilerleme olduğu değerlendirilmektedir. Özellikle tek başına dışarı çıkma, sosyal ortamlara yalnız girme ve evde yalnızken uykuya dalma gibi durumlarda kaygısının nasıl ortaya çıktığını daha açık biçimde ifade etmeye başlamıştır. Başlangıçta "tek başıma olsaydım muhtemelen gelemezdim" ifadesiyle belirginleşen yalnız hareket edememe durumu, süreç içinde danışanın üzerinde çalışmaya istekli olduğu bir hedef alanına dönüşmüştür.

Terapi sürecinde danışanın otomatik düşüncelerini tanıma ve bu düşüncelerin duygu ve davranışları üzerindeki etkisini değerlendirme becerisinde gelişme olduğu görülmektedir. "Her an kötü bir şey olacak" ve "her an ölebilirim" biçimindeki düşüncelerin kaygıyı artırdığı, kaygı arttıkça güvenlik arayışı ve kaçınma davranışlarının güçlendiği danışanla birlikte ele alınmıştır. Süreç sonunda danışanın bu döngüyü daha iyi tanımlayabildiği ve kaygı anlarında düşüncelerini sorgulamaya daha açık hâle geldiği değerlendirilmektedir.

Danışanın uyku ve günlük yaşam düzenine ilişkin farkındalığında da artış gözlenmektedir. Danışan, "gece 01.00 veya 02.00 gibi geç uyuyorum, bazen çok erken uyanıyorum" ve "düzensiz uyku olunca düzensiz besleniyorum" ifadeleriyle uyku ve beslenme düzenindeki bozulmayı açıklamıştır. Terapi sürecinde uyumaktan kaçınmanın kısa süreli kontrol hissi sağladığı, ancak uzun vadede kaygı döngüsünü sürdürdüğü üzerinde durulmuştur. Bu çalışma, danışanın uyku düzeni ile kaygı belirtileri arasındaki ilişkiyi fark etmesine katkı sağlamıştır.

Süreç sonunda danışanın bağımsızlaşma ve gelecek hedefleri konusunda daha belirgin bir motivasyon ortaya koyduğu görülmektedir. Üniversiteye gitme, fakülte hayatını deneyimleme ve başka bir şehirde daha bağımsız bir yaşam kurma isteği, danışanın değişim motivasyonunu destekleyen önemli bir alan olarak değerlendirilmiştir. Ölüm korkusu ve sağlık kaygısı tamamen ortadan kalkmamış olsa da danışanın belirtilerini daha anlamlandırılabilir bir çerçevede değerlendirmeye başladığı, güvenlik davranışlarını fark ettiği ve küçük davranışsal denemelere daha açık hâle geldiği görülmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Sağlık anksiyetesi belirtileri gösteren bir danışanla süpervizyon eşliğinde yürütülen BDT sürecinin ele alındığı bu olgu sunumunda, sekiz oturumluk yapı içinde danışanın ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı, bedensel belirtileri felaketleştirici biçimde yorumlama eğilimi, uyku düzenindeki bozulmalar ve kaçınma davranışları temel çalışma alanları olarak değerlendirilmiştir. Süreç sonunda kaygı belirtilerinin bütünüyle ortadan kalkmadığı görülse de danışanın bedensel duyumlarını daha anlamlandırılabilir bir çerçevede değerlendirmeye başladığı, otomatik düşüncelerini fark etme becerisinin geliştiği ve kaçınma davranışlarını sürdüren güvenlik arayışlarını daha açık biçimde tanımlayabildiği anlaşılmıştır.

Sağlık anksiyetesi alanyazınında, bireyin olağan bedensel duyumları, fiziksel değişimleri ya da sağlıkla ilişkili uyaranları ciddi hastalık belirtisi olarak yorumlaması temel bilişsel süreçlerden biri olarak ele alınır. Rachman (2012), sağlık anksiyetesinin bedensel belirti ve duyumların felaketleştirici biçimde yorumlanmasıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Warwick ve Salkovskis'in (1990) bilişsel modelinde de bedensel belirtilerin tehdit edici biçimde değerlendirilmesi, kaygıyı artıran ve sürdüren ana mekanizmalardan biri olarak açıklanır. Mevcut olguda danışanın ter basması, titreme, mide bulantısı ve uykuya dalma güçlüğü gibi belirtileri çoğunlukla ölüm ya da ciddi bir sağlık sorunu ihtimaliyle ilişkilendirmesi, söz konusu bilişsel modelle uyumlu bir klinik örüntü ortaya koymuştur.

Danışanın son ameliyatının ardından yoğun bakım deneyimi yaşaması ve bu süreçte vefat eden kişilere tanık olması, sağlıkla ilgili tehdit algısının güçlenmesinde belirleyici bir yaşantı olarak değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde ölüm düşüncelerinin belirginleşmesi, yalnız kalma korkusunun artması ve bedensel belirtilere yönelik seçici dikkatin yoğunlaşması, sağlık anksiyetesi döngüsünün görünür hâle gelmesine yol açmıştır. Türedi (2022), bedensel belirti bozukluklarında bedene ilişkin aşırı düşünce, duygu ve davranışların tedavi sürecinde önemli bir odak olduğunu; BDT'de bedensel belirtilere yönelik bilişlerin ve bu belirtileri tetikleyen duyguların ele alınmasının etkili olduğunu vurgulamaktadır. İncelenen vakada danışanın bedensel duyumları, kaygı tepkisinin bir parçası olarak değerlendirmeye başlaması terapötik değişimin önemli göstergelerinden biri olmuştur.

Terapi sürecinde psikoeğitim, düşünce-duygu-davranış ilişkisinin kurulması, otomatik düşüncelerin belirlenmesi, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal denemeler ve ev ödevleri temel müdahale alanları olarak kullanılmıştır. Bu müdahaleler, sağlık anksiyetesine ilişkin uluslararası alanyazındaki bulgularla örtüşmektedir. Cooper vd. (2017) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz, BDT'nin sağlık anksiyetesi üzerinde etkili bir müdahale olduğunu göstermektedir. Olatunji vd. (2014) de hipokondriyazis/sağlık anksiyetesi üzerine yürüttükleri meta-analizde BDT'nin belirti düzeylerini azaltmada anlamlı etkiler oluşturduğunu belirtmektedir. Mevcut olguda standart ölçeklerle nicel bir karşılaştırma yapılmamış olsa da danışanın kaygı döngüsünü tanımaya başlaması, bedensel belirtileri yeniden değerlendirmesi ve kaçınmalarını fark etmesi, BDT'nin klinik düzeyde işlevsel katkı sunduğunu düşündürmektedir.

Elde edilen gözlemler, Türkiye'de yürütülen BDT temelli olgu çalışmalarıyla da benzerlik taşır. Boran ve Karaaziz (2025), yaygın anksiyete bozukluğu olan bir danışanla yürütülen süreçte

psikoeğitim, sokratik sorgulama, ev ödevleri, bilişsel ve davranışçı müdahalelerin kullanıldığını ve terapist-danışan iş birliğinin sürece olumlu katkı sağladığını belirtmektedir. Bulut ve Karaaziz (2024) ise yaygın kaygı bozukluğu olgu çalışmasında psikoeğitim ve ev ödevlerinden yararlanıldığını, danışanın tedaviye uyum sağlamasıyla ilerleyen seanslarda olumlu dönüşler alındığını ifade etmektedir. İncelenen olguda danışanın görüşmelere aktif katılım göstermesi, sorulara açık yanıtlar vermesi ve değişim isteğini dile getirmesi, terapötik ilerlemeyi destekleyen unsurlar arasında yer almıştır.

Danışanın yalnız kalma, tek başına dışarı çıkma ve sosyal ortamlara yanında biri olmadan girme konularında zorlanması, sağlık kaygısının bedensel belirtilerle sınırlı kalmadığını; sosyal işlevsellik, bağımsız hareket edebilme ve gelecek planları üzerinde de etkili olduğunu göstermiştir. Sakarya ve Karaaziz (2025), sosyal anksiyete bozukluğunda bilişsel, davranışsal, biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığını; BDT'nin sosyal kaygı belirtilerinin azaltılmasında ve eşlik eden psikolojik güçlüklerin ele alınmasında etkili olabildiğini belirtmektedir. Mevcut vakada sosyal ortamlardan kaçınmanın temelinde olumsuz değerlendirilme korkusundan çok, başına bir şey gelmesi hâlinde yardım alamama düşüncesi bulunmuştur. Bu nedenle sosyal kaçınma örüntüsü, sağlık anksiyetesiyle ilişkili güvenlik davranışları çerçevesinde yorumlanmıştır.

Davranışsal denemelerin ve kaçınma davranışlarının aşamalı biçimde ele alınması, danışanın bağımsızlaşma hedefleri açısından önemli görülmüştür. Tyrer vd. (2014), tıbbi ortamlarda sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerle yürütülen BDT uygulamasının standart bakıma kıyasla belirtiler üzerinde sürdürülebilir yarar sağladığını bildirmektedir. Tyrer vd. (2017) tarafından yayımlanan uzun dönemli izlem çalışmasında ise sağlık anksiyetesi için uyarlanmış BDT'nin beş yıllık süreçte etkisini koruyabildiği belirtilmektedir. Bulgular, sağlık anksiyetesiyle çalışırken; danışanın gündelik yaşamda işlevselliğini artıracak davranışsal müdahalelerin de tedavi planına dâhil edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Vaka formülasyonu, terapi sürecinin yönünü belirleyen temel yapı olarak işlev görmüştür. Danışanın bedensel belirtileri yorumlama biçimi, ölüm korkusu, yoğun bakım deneyimi, yalnız kalma kaygısı, güvenlik davranışları ve bağımsızlaşma hedefleri bütüncül biçimde ele alınmıştır. Persons'ın vaka formülasyonu yaklaşımında BDT süreci, danışanın özgül sorunlarını anlamaya ve müdahaleleri bu özgül yapıya göre düzenlemeye dayanır. Bu olguda formülasyon; seans içeriklerinin belirlenmesinde, davranışsal denemelerin planlanmasında ve müdahalelerin danışanın hazır oluş düzeyine göre yapılandırılmasında yol gösterici olmuştur.

Süpervizyon süreci, vaka formülasyonunun derinleştirilmesi ve terapötik müdahalelerin etik, tutarlı ve danışanın ihtiyaçlarına uygun biçimde düzenlenmesi açısından destekleyici bir işlev üstlenmiştir. Sağlık anksiyetesi belirtileri gösteren danışanlarla çalışırken bedensel belirtilerin dikkatli biçimde değerlendirilmesi, gerçek sağlık öyküsünün kaygı döngüsünden ayrıştırılması, güvenlik davranışlarının tanınması ve kaçınmalara uygun müdahalelerin planlanması klinik özen gerektirir. Süpervizyon oturumlarında danışanın sağlık kaygısını sürdüren bilişsel örüntüler, kaçınma davranışları, terapiye katılım biçimi ve müdahale planı düzenli olarak gözden geçirilmiştir. Prasko vd. (2011), BDT süpervizyonunda terapistin mesleki yeterliğini destekleme, öz yansıtma becerisini artırma ve klinik uygulamayı geliştirme işlevlerinin önemine dikkat çekmektedir. Alfonsson vd. (2020) ise yapılandırılmış BDT süpervizyonunun terapist yeterliği üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceğini göstermektedir. Mevcut çalışmada süpervizyon, terapistin vaka formülasyonunu daha sistemli kurmasına, danışanın ölüm korkusu ve yalnız kalma kaygısını daha bütüncül değerlendirmesine, müdahaleleri danışanın ihtiyaçlarına göre düzenlemesine katkı sağlamıştır.

Süpervizyon desteği özellikle bedensel belirtilerin felaketleştirici biçimde yorumlanması, yalnız hareket etmekten kaçınma ve sürekli güvenlik arayışı gibi alanlarda uygulanacak bilişsel-davranışçı tekniklerin seçimini daha sistemli hâle getirmiştir. Terapötik çerçevenin korunması, müdahalelerin etik ve tutarlı biçimde yürütülmesi, danışanın hazır oluş düzeyine uygun bir terapi süreci oluşturulması bakımından süpervizyonun belirgin bir katkı sunduğu değerlendirilmiştir.

Süpervizyon eşliğinde yürütülen BDT süreci danışanın sağlık anksiyetesiyle ilişkili bilişsel ve davranışsal örüntülerini fark etmesine, bedensel duyumlara yönelik felaketleştirici yorumlarını sorgulamasına ve güvenlik davranışlarını tanımlamasına katkı sağlamıştır. Ölüm korkusu, yalnız kalma kaygısı ve bedensel belirtilere yönelik seçici dikkat tamamen ortadan kalkmamış olsa da danışanın kaygı döngüsünü daha anlaşılır biçimde kavraması, değişim için önemli bir başlangıç noktası oluşturmuştur. Olgu, sağlık anksiyetesi belirtileriyle çalışırken vaka formülasyonuna dayalı, süpervizyonla desteklenen ve danışanın hazır oluş düzeyini dikkate alan bilişsel davranışçı müdahalelerin klinik açıdan yararlı olabileceğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

Aktaş, R., & Basat, O. (2022). Egzersizin sağlıklı olma inancı ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkileri. *Namık Kemal Medical Journal*. Nam Kem Med J 2022;10(3):248-254

Akyüz, S., & Karaaziz, M. (2024). Panik bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi: Bir vaka sunumu. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, *10*(22), 97-120.

Alfonsson, S., Lundgren, T., & Andersson, G. (2020). Clinical supervision in cognitive behavior therapy improves therapists' competence: A single-case experimental pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, *49*(5), 425-438.

Altay, D. (2019). Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının ve ciddi ebeveyn hastalıklarının sağlık kaygısı ile ilişkisinde sağlık bilişlerinin, negatif duygu, sürekli kaygı ve somatik duyarlılığın aracı rolünün incelenmesi (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Atay, Ö. A., & Atalay, N. Ü. (2022). Sınav Kaygısı ile Başa Çıkmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Yaklaşıma Dayalı Psikolojik Danışma Süreci: Bir Olgu Sunumu. *Okul Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, *8*(2), 34-65.

Beck, A. T. (2001). Bilişsel terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapide Yeni Gelişmeler*, *17*.

Boran, S., & Karaaziz, M. (2025). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu. *Ases Internatıonal Journal Of Health And Sports Scıences (ISSN: 3023-5723)*, *3*(1), 245-252.

Bozkurt, Ş., & Karaaziz, M. (2024). Yaygın Kaygı Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, *8*(4), 37-44.

Bulut, E., & Karaaziz, M. (2024). Yaygın anksiyete bozukluğunun bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı ile tedavisi: Vaka sunumu. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, *7*(11), 845-855.

Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S., & Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *45*(2), 110-123.

Direk, E., & Karaaziz, M. (2025). Panik bozuklukta bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı: Olgu sunumu. *International Journal of Educational and Social Sciences*, *4*(2), 194-210.

Gökçay, G., Çevirme, A., Ertürk, Ö., Tunç, A. M., Küçük, H. İ., & Akgün, Z. G. (2022). Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Algısı Ve Sağlık Anksiyetesi Bağlamında İncelenmesi. *Internatıonal Refereed Academıc Journal Of Sports, Health And Medıcal Scıences*, *45*, 122-148.

Grimmer, A. (2022). The cloverleaf model of cognitive behaviour therapy as experiential learning: implications for case formulation, therapeutic practice and practitioner development. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *15*, e11.

Guazzo, G. M., & Nappo, C. (2025). The formulation of the clinical case in Cognitive Behavioral Therapy (CBT): a procedural model. *Int J Psychiatr Res*, *8*(4), 1-7.

İlgar, M. Z., & İlgar, S. C. (2019). Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, *15*(1), 47-73.

Karakuş, B., & Karaaziz, M. (2025). Bilişsel Davranışçı Terapinin Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Ele Alınması: Bir Olgu Sunumu. *Pearson Journal*, *8*(31), 172-191.

Leahy, R. L. (2018). *Emotional schema therapy: Distinctive features*. Routledge.

Malins, S., Moghaddam, N., Morriss, R., Schröder, T., Brown, P., & Boycott, N. (2022). The predictive value of patient, therapist, and in-session ratings of motivational factors early in remote cognitive behavioural therapy for severe health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(2), 364-384.

Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*, *58*, 65-74.

Öngider, N. (2014). Bilişsel davranışçı terapinin duygu durum ve anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde kullanımı: Bir gözden geçirme çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, *3*(2), 73-83.

Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. Behaviour Research and Therapy, 50(7–8), 502–512. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001

Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour research and therapy*, *50*(7-8), 502-512.

Sakarya, G., & Karaaziz, M. (2025). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Bir Derleme. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, *8*(8), 638-656.

Sudak, D. M. (2006). *Cognitive behavioral therapy for clinicians*. Lippincott Williams & Wilkins.

Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. The British Journal of Psychiatry, 202(1), 56–61. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960

Thew, G. R., O'Reilly, L., Andrews, A., Brignull, D., Burton, J., Chauhan, K., ... & Clark, D. M. (2025). Blending low-and high-intensity cognitive–behavioural therapy in NHS Talking Therapies for anxiety and depression: preliminary evaluation. *The British Journal of Psychiatry*, 1-7.

Turgut, T., & Ekşi, H. (2022). Bilişsel davranışçı terapi: Manevi perspektifli teori ve uygulamalar. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Türkçapar, H. ve Sargın, E. (2011). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, *2*(2), 8-13.

Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S., ... & Barrett, B. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*, *383*(9913), 219-225.

Tyrer, P., Salkovskis, P., Tyrer, H., Wang, D., Crawford, M. J., Dupont, S., ... & Barrett, B. (2017). Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, *21*(50), 1.

Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, *28*(2), 105-117.

Yeşilbaş Özenç, Y. (2022). Eğitim araştırmalarında durum çalışması deseni nasıl kullanılır?, Uluslararası Eğitimde Nitel Araştırmalarda Mükemmellik Arayışı Dergisi, 1(2), 57-67.

Yüksel Şahin, F. Y. (2026). Eklektik Süpervizyon Modelinin Psikolojik Danışman Görüşlerine ve Eklektik Psikolojik Danışma Yaklaşımının Etkililiğinin Danışan Görüşlerine Göre İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (67), 36-78.