

Şema Terapisi ile İzlenen Bir Olgu Bağlamında Panik Bozukluğu ile Şemalar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Esra YANCAR DEMİR¹, Gonca SOYGÜT²

¹Yrd. Doç. Dr., Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ordu

²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Ankara

Özet

Giriş: Şema Terapi Jeffrey Young tarafından kişilik bozukluğu ve diğer terapi yöntemlerine az yanıt veren zor davranış problemlerine yönelik olarak geliştirilmiş, kognitif, davranışsal, psikodinamik, nesne ilişkileri ve varoluşsal yaklaşımları bütünleştiren bir psikoterapi formudur. Aslında eksen II olgular için geliştirilmekle birlikte son dönemlerde eksen I olgularda da etkili olduğuna dair çalışmalar yapılmıştır. Bu yazıda eksen I tanısı panik bozukluğu olan, kronik yaşam sorunları belirgin bir bayan hasta şema formülasyonu ile sunulmuştur.

Olgu: 36 yaşında, bekar, üniversite mezunu, bayan hasta. Polikliniğe işlevselliğini ciddi derecede bozan panik atağı belirtileriyle başvurdu. Medikal tedaviye rağmen maladaptif şemalarına ve sıkça kullandığı şema modlarının da etkisiyle panik atağı belirtilerinin tam olarak yatışmadığı gözlemlenen hastayla şema terapiye başlandı. Maladaptif şemaları ve kullandığı şema modları ele alınan hastanın terapinin ilerleyen seanslarında kişiler arası ilişki problemleri devam etmekle birlikte, panik atağı tamamen ortadan kalktı. Yaşamsal stresörlerle kendi başına mücadele edebilmeye ve kendi kendini yatıştırabilmeye başladı.

Tartışma: Kaygı, depresyon, madde kötüye kullanımı ve psikosomatik bozukluklar gibi kronik eksen I belirtilerinin altında erken dönem uyumsuz şemalar ve hastaların onlarla başa çıkmak için öğrendiği uyum bozucu yollar yatıyor olabilir. Şema Terapiyle hastanın şemalarıyla ilgili farkındalığı sağlandı. Kullandığı uyum bozucu baş etme yolları yerine daha işlevsel başa çıkma yöntemleri öğretilen hasta medikal tedaviye rağmen tam olarak kurtulamadığını ifade ettiği panik atağı belirtileri ortadan kalktı. Hastamızla halen devam etmekte olan şema terapi süreci, aslında eksen II bozukluklar için geliştirilmiş bir terapi yöntemi olan şema terapinin eksen I bozukluklarında da etkili olabileceğine dair iyi bir örnektir. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2014; 3: 109-115**)

Anahtar Kelimeler: Şema terapi, eksen I, panik atak

Abstract

Evaluation of relationship between schemas and panic disorder through a case treated with schema therapy

Introduction: Schema therapy (ST) is a form psychotherapy combining existential, cognitive-behavioral, psychodynamic and object relation techniques that was developed by Jeffrey Young for personality disorders and severe behavioral pathology which are resistant to other therapy techniques. Although the technique was originally developed for axis II disorders, in recent years there are studies proving it also being effective in axis I disorders. In this paper we report the schema formulation of a female patient who had an axis I panic disorder with B class personality and chronic life problems.

Case: 36 years old female patient with collage degree. She was introduced to the clinic with severe panic attack symptoms which had been effecting her functionality. We started schematherapy for the patient as she had no improvement on her panic disorder symptoms with medical treatment due to her maladaptive schemas and schema modes that she had used frequently. Her panic attack symptoms dissappeared during the advanced sessions of the treatment as her maladaptive schemas and the schema modes she had been using were emphasized during schema therapy, even though her personal interaction problems continued to exist. She started to deal with life stressors and was able to pacify herself.

Discussion: Early maladaptive schemas and inadapive ways of behaviors that has been developed by patients to handle these schemas may underly the axis I disorder symptoms such as anxiety, depression, drug abuse and psychosomatic disorders. Schema therapy led to awareness of the patient about her schemas. Patient who had been thought of more functional ways coping instead of inadapive ways was free of her panic attack symptoms which were resistant to medical treatment. The schema therapy proceess that has been going on with our patient is a good example for schema therapy that was originally developed for treatment for axis II disorders may also be effective for axis I disorders. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2014; 3: 109-115**)

Keywords: Schema therapy, axis I, panic attack

GİRİŞ

Şema Terapinin kurucusu Jeffrey Young'a göre, erken dönem uyumsuz şemalar anıları, duyguları, bilişleri ve beden duyularını içeren, kişinin kendine ve ilişkilerine yönelik yaşam boyu geçerli, yaygın, kapsamlı bilişsel örüntüler olarak tanımlanmaktadır (Young ve ark. 2003). Young kişinin bir şemaya tepki olarak uyumsuz davranışlar geliştirdiği şeklindeki teorisini ortaya koymuştur. Buna göre davranışlar, şemalar tarafından güdülenir fakat şemanın bir parçası değildir (Young ve ark. 2003). Çoğunlukla çocukluk ya da ergenlik dönemleri sırasında gelişen şemalar, çocuğun içinde yaşadığı aile ortamına ve yakın çevresine uyumunu sağlaması açısından işlevseldirler. Diğer taraftan, tüm bireylerde bulunan ve çocukluk döneminde işe yarayan bu şemalar, katı ve değişime dirençli oldukları için yaşamın ilerleyen evrelerinde uyum bozucu bir hale gelebilmekte, çeşitli Eksen I ve Eksen II bozukluklarının kaynağını oluşturabilmektedirler (Young ve ark. 2003). Young şemaların kökeninde erken dönem yaşantıların önemine dikkat çekmiş ve bireylerin psikolojik olarak sağlıklı ve uyumlu yetişebilmeleri için çocuklukta evrensel bazı temel duygusal gereksinimlerinin karşılanması gerektiğini belirtmiştir. Bu gereksinimler; diğerlerine güvenli bağlanma, otonomi, yetkinlik ve kimlik algısı, duyguların ve ihtiyaçların ifade edilmesi ile kendiliğinden olma ve oyundur. Uyumsuz şemalar aktive olduklarında genellikle çocuklukta ebeveynlerle yaşanan sahnenin bir benzeri tekrarlanmaktadır (Young ve ark. 2003).

En fazla ilişkili oldukları karşılanmamış temel ihtiyaçlardan oluşan, 5 alan altında sınıflanan 18 adet erken dönem uyumsuz şema mevcuttur (Rafaeli ve ark. 2013):

- 1) Ayrılma ve Reddedilme
- 2) Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma
- 3) Zedelenmiş Sınırlar
- 4) Diğeri Yönelimlilik
- 5) Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık

Şema kavramlaştırmasının, Bowlby'nin (1973) bağlanma kuramına dayandığı ve şemaların bağlanma figürleri ile olan etkileşimlerin temsilleri olarak tanımlandığı görülmektedir (Safran ve Segal 1996, Young ve Lindemann 1992). Kişiler arası şemalar ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin varlığını destekleyen çalışmalar olduğu gibi (Hill ve Safran 1994, Soygüt ve Savaşır 2001, Soygüt ve Türkçapar 2001), ebeveynlik biçimleri ve psikolojik belirtiler arasında-

ki ilişkiye vurgu yapan çalışmalar da vardır (Sheffield ve ark. 2006, Çakır 2007). Soygüt ve Çakır'ın (2009) bu konuda 94 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir çalışmada aşırı koruyucu/evhamlı olma tarzındaki ebeveynlik biçimi ile psikolojik belirtiler arasında doğrusal bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Başka bir çalışmada annelerini cezalandırıcı olarak algılayan bireylerde, bu örüntünün kişilerarası alanda güçsüzlük hissiyle ve kişiler arası ihtiyaçlar ortaya çıktığında, terk edilme beklentisiyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Sonuç olarak; şemaların ve bilişsel özelliklerin, ebeveynlik biçimi ile kaygı ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu vurgulayan birçok çalışma mevcuttur (Harris ve Curtin 2002, McGinn ve ark. 2005, Soygüt ve Çakır 2009). Ancak çocukluk döneminde maruz kalınan işlevsel olmayan bir ebeveynlik biçiminin, yetişkinlik döneminde psikolojik bir soruna yol açabilme sürecinde, öncelikli olarak şema düzeyinde de işlevsel olmayan bir örüntünün oluşması önemli görünmektedir (Soygüt ve Çakır 2009).

Şemalar aktif olarak deneyimlerimizi şekillendirir. Düşüncelerimizi, duygularımızı ve davranışlarımızı etkilerler. Herkes şemalarıyla farklı yollarla başa çıkmaya çalışır. Bu da aynı ortamda büyütülmüş çocukların niye çok farklı olabildiklerini açıklayabilir. Bu farklılıkta mizaçlarımızın farklı olması da önemli bir etkidir. Mizacımız bizi farklı yönlere iter. Aynı zamanda hangi ebeveyni modellediğimiz de şemalarımızla başa çıkmamızda kullandığımız yolların seçimiyle ilişkilidir (Young ve Klosko 2013).

Şemalarla başa çıkmada kullanılan 3 yaygın yöntem vardır (Rafaeli ve ark. 2013):

- 1) Şema Teslimi
- 2) Şema Kaçınması
- 3) Şema Aşırı Telafisi

Şema Terapi, Jeffrey Young tarafından kişilik bozukluğu ve diğer terapi yöntemlerine az yanıt veren zor davranış problemlerine yönelik olarak geliştirilmiş, kognitif, davranışsal, psikodinamik, nesne ilişkileri ve varoluşsal yaklaşımları bütünlükten bir psikoterapi formudur (Young 1999, Young ve ark. 2003). Aslında eksen II vakalar için geliştirilmekle birlikte son dönemlerde eksen I vakalarda da etkili olduğuna dair çalışmalar yapılmıştır (Hawke ve Provencher 2011, Hedley ve ark. 2001). Ayrıca 2012 yılında yapılan bir başka çalışmada eksen I gibi görünen C kümesi kişilik bozukluğunda da etkinliği vurgulanmıştır (Bamelis ve ark. 2012).

Bu olgu sunumunda eksen I tanısı panik bozukluğu olan, ancak kronik ilişki sorunları yaşadığı ve

B kümesi kişilik özelliklerinin de olduğu düşünülen 33 yaşındaki bir kadın hasta şema terapi formülasyonu ile sunulmuştur. DSM-IV tanı kriterlerine göre II. eksen bir kişilik bozukluğu olup olmadığına yönelik herhangi bir ölçek verilmemekle birlikte, aşırı sevgi ve ilgi beklentisi, ilgi odağı olamadığı durumlarda yaşadığı rahatsızlık hissi, bencil tutumları ve eleştiriyeye aşırı hassasiyeti narsistik ve histrionik kişilik özellikleri taşıdığını düşündürmüştür. Bu hastanın tedavisinde şema terapinin seçilmesinin nedeni; hastayla yapılan ön görüşmeler sırasında bağımlılık, dayanıksızlık gibi uyum bozucu şemalarının çok belirgin olduğunun görülmesi ve kopuk korungan, incinmiş çocuk modu, söz dinleyen teslimci mod gibi bazı modları işlevselliğini bozacak ölçüde kullanmasıydı. Bazı olayları neden tekrar tekrar yaşadığını ve bazı davranışlarının nedenlerini anlamlandıramıyor ve kendi içinde sıkça bir sorgulama yaşıyordu. Kendi deyimini ile “sanki içinde birçok kişilik vardı ve hangisinin olduğuna bir türlü karar veremiyordu”. Terapi için gerekli psikolojik zihinliliğe sahip olan bu olgu üzerinden bir eksen 1 bozukluk olan panik bozukluğunun temelindeki uyum bozucu şemaların hastalığı nasıl tetikleyebileceği tartışılmıştır.

OLGU

Ö. K., 33 yaşında, bekar, kadın hasta. 2 yıllık endüstriyel elektronik mezunu ve şu anda özel bir sektörde satın alma biriminde çalışmakta. İlk psikiyatrik rahatsızlığı 2006 yılında keyifsizlik, mutsuzluk, yoğun endişe, kaygı hissi, çarpıntı ölüm korkusu gibi belirtilerle başlamış. Bu belirtilerle birlikte tansiyonu yükseliyor ve yakınları tarafından acil servise kaldırılmış. Tansiyon yüksekliği ile ilgili organik tetikler yapılan hasta panik bozukluğu ön tanısıyla psikiyatrye yönlendirilmiş. O dönem İstanbul’da bir devlet hastanesinde tedavi görmüş. Sertralin 50 mg/gün ve propranolol 80mg/gün kullanmış ve tedaviden fayda görmüş. Hastayla yapılan şema terapinin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıktığı üzere; ilk panik atağının başlamasından hemen önce, erkek arkadaşının onu cinsel birlikteliğe zorlama öyküsü var. Sonrasında ‘acaba kızlığımı kaybettim mi?’ şeklinde yoğun bir endişe duymuş. Polikliniğimize başvurusundan yaklaşık 4 ay önce akut apandisit nedeniyle opere edilmiş. Bu operasyonun ardından çarpıntı, sersemlik hissi, kol ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma, düşüp bayılacakmış gibi hissetme, nefes darlığı ve ölüm korkusu şeklinde şikayetleri başlamış. Bu şikayetlerle birlikte tansiyonu yükseliyor ve haftanın 3-4 gününü acil serviste geçiriyormuş. Bu yakınmaları ataklar şeklinde geliyor ve yarım saate kadar uzayabiliyor-

muş. Trabzon’da gittiği bir psikiyatrist tarafından panik bozukluğu tanısı konup, medikal tedavisi başlanmış. Bize başvurduğunda yaklaşık 3 aydır fluoksetin 40 mg/gün, olanzapin 2.5 mg/gün ve propranolol 40 mg/gün kullanmaktaydı ve tedaviden hiç faydalanmadığını söylüyordu. Öyle ki kendisine bir şey olacağı endişesi ile işe gidemiyor, hatta annesi olmadan kapıdan dışarı bile çıkamıyordu. Bu anksiyete belirtilerine hayattan zevk almama, mutsuzluk, umutsuzluk, karamsarlık ve ağlama nöbetleri şeklinde depresif belirtilerde eşlik etmekteydi. Herhangi bir görüntüleme tetkikine ihtiyaç duyulmayan hastanın, yapılan tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri, kan biyokimya değerleri ve B₁₂ düzeyinde bir anormallik saptanmadı. Psikiyatri polikliniğine başvurmadan önce bir kardiolog tarafından yapılan EKO sonucu da normaldi. Hastadan alınan anamnezde annesinde ve kız kardeşinde şüpheli depresif bozukluk tanısı mevcuttu. Her ikisi de hatırlamadığı bir süre ve dozda paroksetin kullanmışlardı. Hastaya kademeli olarak paroksetin 20 mg/gün ve alprozolam 0.5 mg 3X1/2 başlandı. Medikal tedavi başlanmasından yaklaşık 3 hafta sonra yapılan ilk kontrolünde Klinik Global İzlenim Ölçeğine göre %50 oranında bir düzelme saptandı. Artık işine gidebiliyor, ara ara çarpıntı, daralma-bunalma gibi belirtileri yaşasa da, daha az sıkıntı duyuyordu. 1.5 ay içerisinde alprozolamı azaltılarak kesildi. DSM-IV kriterlerini karşılayacak ölçüde panik atağı yaşamıyordu. Ancak ebeveynlerine aşırı bağımlı tutumu belirgindi ve kişiler arası ilişkilerde, özellikle de karşı cinsle ilişkilerinde sağlıklı ve uzun vadeli ilişkiler kuramamaktan şikayetçiydi. Hastanın terapi talebi ve Şema Terapiye uygunluğu dolayısıyla terapi seanslarına başlandı. Hastaya Young Şema ölçeği verilip, arkasından yüksek skorlu maddeler tek tek birlikte gözden geçirildi. Hastada bunların sonucunda saptanan şemalar ve bunların hastanın sorun alanları ile ilişkilendirilmesi Tablo 1’de verilmiştir.

Şema Tetikleyicileri

Hastada temel şema tetikleyicilerinin yalnızlık duyguları, yabancı ortamlarda bulunma ve bedensel herhangi bir olumsuz duyum olduğu düşünülmüştür.

Şemaların Şiddeti, Başa Çıkma Tepkileri, Modlar ve Dekompanse Olma Riski

Hastanın şemalarından özellikle terk edilme ve bağımlılık şemalarının belirgin olduğu düşünülmüştür. Başa çıkma biçiminin bazen kabul, bazen kaçınma, bazen de aşırı telafi olduğu fark edilmiştir. Sık olarak kullandığı başa çıkma tepkisine örnek olarak kendini güvende hissetmediği ortamlardan kaçınması, çeşitli

Tablo 1. Hastanın Sorun Alanları ile Şemalarının İlişkilendirilmesi.

Hastanın sorun alanları	İlişkili şemaları
Panik atağı, agorafobi	İç içe geçme/ bağımlılık
Kaçınma davranışları	Tehditler karşısında dayanıksızlık
Depresif belirtiler	İç içe geçme/ bağımlılık
Kendine güvensizlik	Duygusal yoksunluk
Anneye aşırı bağımlı hale gelme	Tehditler karşısında dayanıksızlık
	Kusurluluk
Uzun vadeli duygusal ilişkiler kuramamak	İç içe geçme/bağımlılık (aşırı telafi olabilir)
Bağlanamamak	Terk edilme
	Güvensizlik/ istismar edilme
	Yüksek standartlar
İlk cinsel deneyiminin arzusu dışında gerçekleşmiş olması	Kusurluluk
	Güvensizlik/ suistimal edilme

bahanelerle bu tür teklifleri geri çevirmesi verilebilir. Kişiler arası ilişkilerinde yaşadığı problemler karşısında incinmiş çocuk modu ve kopuk korungan modu sık sık devreye girmektedir.

Şema Gelişimindeki Biyolojik Ektenler

Anne ve kız kardeşte de depresyon öyküsünün olması hastanın şema gelişimine biyolojik bir katkıda bulunmuş olabilir.

Gelişimsel Kökenler

1. Annesi çok koruyucu ve kollayıcı biriymiş ve sorunlarının temel nedeninin ailesinin özellikle de, annesinin bu tutumu olduğunu düşünüyor.
2. Çocukluğunda özellikle anneanne ve dede olmak üzere, büyük ebeveynleri de bakımına yardımcı olmuş. Onlar tarafından kendi deyimi ile "el bebek gül bebek" büyütüldüğünü bu nedenle şimdiki sorunlarıyla baş etme gücünü yaşadığını söylüyor.
3. Aynı zamanda şımartılmış bir çocukmuş. Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasının da bununla ilişkili olduğu düşünüldü. Öyle ki, küçükken sadece kümeste yemek yiyor diye anne yemeğini okulun yanındaki kümese girerek yediriormuş. Hatta bir ara bu nedenle annesi de o da bitlenmiş.

Temel Çocukluk Anıları ve İmgeleri

7 yaşında anne-baba işleri gereği köyde yaşadığı için, daha iyi bir okulda okuyabilmesi amacıyla şehirde yaşayan anneanne ve dedesinin yanına gönderilmiş. O

döneme ait anıları daha çok anneye duyduğu özlemle ilişkili. Anne-babasından ayrı olduğu için, sınıftaki diğer arkadaşları içinde hep ezik hissettiğini ağlayarak anlatıyor.

Dedeyle yaşadığı her anısını en mutlu anısı olarak hatırlıyor. Dede çok sosyal, alkollü seven biriymiş. Sosyal ortamlara katılır, onu da yanından hiç ayırmaz, bir çanta gibi her yere taşırmış. İlk torunu olduğu için ona aşırı düşkünmüş. Onu çok şımartır, her dediğini yaparmış.

Anne-babadan ayrı kaldığı dönemde kendini eksik ve güvensiz hissettiğini hatırlıyor. Hala bu nedenle yeni ortamlarda sıkıntı duyabildiğini söylüyor. O dönem bir çocuk olarak yaşadığı "anne" boşluğunu, anneanne ve dede tarafından ona aşırı ilgi gösterilmiş olmasına rağmen hiçbir zaman dolduramadığına inanıyor. Çekirdek ailesiyle sadece uzun tatillerde görüşebiliyormuş. O dönemleri anlatırken duygusallığı artıyor, çoğunlukla ağlıyor. Bu konuyla ilgili ailesine hala kızgın olduğunu ve niyetleri ne kadar iyi olursa olsun, daha iyi bir okulda okuması için bile olsa, anneanne-dede yanına gönderilmesini kabullenemediğini ifade ediyor. Kendisi gitmek istese bile, bir çocuk olarak bu kararı ona bırakmalarını gerektiğini söylüyor. O dönemki duygularını "İhtiyaç duyduğum anlarda anne-baba figürü yoktu, yaşlı bir anneanne-dede ne kadar yardımcı olabilir ki küçük bir çocuğa! Beni çok sevdiler ama bu yeterli gelmedi" diye ifade ediyor.

Kendini neşeli, mutlu ama hırçın ve şımarık bir çocuk olarak tanımlıyor. Küçüklüğüne dair sorunları

olmasına rağmen çocukluğuna geri dönmek istediğini ifade ediyor.

Kardeşiyle aralarında 4 yaş var. Kardeşi ilk doğduğunda onu camdan atmaya kalkmış. O 3 yaşındayken de ilkokula başlamak için evden ayrılmış.

Öğretmeni anne-babadan ayrı diye diğer çocuklardan farklı bir özen ve ilgi göstermiş. İlkokula gittiği gün anneannesi öğretmenine “annesi burada yok, size emanet” diye teslim etmiş. Hala o anı çok canlı hatırlıyor ve çok üzülüyor. “Hayata bir-sıfır yenik başladım, diğer çocukların anne-babaları yanında idi ama benimkiler yoktu” diyor. Annesine bu konudaki duygu ve düşüncelerini bir kez söylemeye çalışmış ama annesi kabul etmemiş, onun iyiliği için böyle davrandıklarını söylemiş. Onlardan ayrı geçirdiği o 5 seneyi boşa geçmiş sayıyor. Bu dönemin, şimdi ailesine olan aşırı bağımlılığında çok önemli bir rol oynadığına inanıyor. Sık sık hissettiği, onları kaybetme korkusunun buna bağlı olduğunu ve bunu düşünmeye bile dayanmadığını söylüyor. İlk olarak panik atağı ile birlikte bu korkuyu fark etmiş. Yalnız kalmaktan korkuyor, onların acısına dayanamayacağını düşünüyor.

Okul hayatı boyunca nerdeyse hiç ders çalışmamış. Eğitimi iyi olsun diye anneanne-dede yanına gönderildiğini ama buna rağmen ancak 2 yıllık bir üniversiteyi bitirebildiğini gülerek anlatıyor. Bu konuda pasif agresif bir tutum sergilemiş olabileceği düşünüldü. Görüşmelerde özellikle anneyi, bu yolla cezalandırma arzusu fark edildi. Üniversiteyi Mersin’de okumuş ama ayrılık anksiyetesi yaşamamış, oysa liseye kadar yabancı hiçbir ortamda kalamaz, eve dönmek istemiş. Üniversite dönemindeyken erkek arkadaşıyla o istememesine rağmen kurduğu cinsel ilişkiden sonra, o ürkek haline geri dönmüş gibi hissediyor.

Temel Bilişsel Çarpıtmalara Örnekler

“Dış ortam güvensiz bu nedenle her an başıma bir şey gelebilir, güvendiğim, başıma kötü bir şey geldiğinde müdahale edebilecek insanların yanında olmalıyım”.

“Dayanaksız ve güçsüzüm”.

“Anne-babamla zaten çocukluk döneminde uzak kalarak bir sürü yılı boş geçirdim, şimdi onlarla olabildiğim her an birlikte olarak bu açığı kapatabilirim”.

“Diğer insanlardan farklı ve özelim, onlar benim ayarımda değil, basitler”.

“Erkekler güvenilmez ve tek istekleri beni cinsel açıdan kullanmak, onlara kendimi kullandırmamalıyım”.

Şemaların Hastanın Davranışlarına Yansımaları

Hastanın yukarıda bahsedilen şemalarının davranışlarına yansımaları Tablo 2’de özetlenmiştir.

İlişkili Şema Modları

Yalnız, korkmuş, zayıf ve güçsüz Ö, kendi deyimi ile “ezik” Ö.

Herşeyi ile diğerlerinden farklı ve ismi gibi biricik, kendi deyimi ile “şımarık” Ö.

Söz dinleyen teslimci mod ve kopuk korungan mod.

TARTIŞMA

Erken döneme ait birçok ihtiyaç (örneğin; tutarlı ve güvenli bağlanma ihtiyacı, bakım ihtiyacı) küçük çocuğun çekirdek ailesi içinde en güçlü biçimiyle var olur. Bu nedenle yakın aile içindeki sorunlar genellikle erken dönem uyumsuz şemaların birincil kaynağını oluşturur. Kaygı, depresyon, madde kötüye kullanımı gibi ve psikosomatik bozukluklar gibi kronik eksen I belirtilerinin altında erken dönem uyumsuz şemalar ve hastaların onlarla başa çıkmak için öğrendiği uyum bozucu yollar yatıyor olabilir (Rafaeli ve ark. 2013). Hastamız polikliniğe yaşam kalitesini tamamen bozan, şiddetli agorafobili panik atağı ile başvurmuştu. Öyle ki artık yanında annesi olmadan tuvalete bile gidemiyor, işine devam edemiyordu. Halen haftada bir şema terapisi ile görülen hasta terapinin ilerleyen seanslarında şemalarıyla ve şema modlarıyla ilgili olarak tam bir iç görü kazandı. Bunun ardından panik atağı belirtileri tamamen geçti, yaşadığı hoş olmayan duyguların hangi şemalarıyla ya da şema modlarının devreye girmesiyle ilgili olduğunu terapistin yardımı olmaksızın sözelleştirebiliyordu. Özellikle, özel ilişkilerinde yaşadığı sorunlar nedeniyle sık sık aktif hale geçen “ezik Ö” modunu sağlıklı erişkin modunu devreye sokarak yatıştırabiliyordu. Daha önce ve halende sık sık kullanmakta olduğu “kopuk korungan mod” nedeniyle, yaşadığı olumsuz duyguların asıl nedenini fark edemediğini ve bunları bedenselleştirerek panik atakları tetiklemiş olduğunu kavradı. Böylece yukarıda da bahsedildiği üzere anne-babadan uzun süre ayrı kalmayla gelişen terk edilme, duygusal yoksunluk ve büyük ebeveynlerin aşırı koruyucu / kollayıcı tavırları sonucu zedelenmiş özerkliğe bağlı gelişen bağımlılık, dayanıksızlık şemalarının psikiyatrik sıkıntılarının temelini oluşturduğunu anladı. Son yıllarda agorafobili panik bozukluğu tanılı 59 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada erken dönem uyumu bozan şemalarla panik bozukluğundaki kontrolü kaybetme, bedensel duymulardan korkma ve kaçınma arasındaki ilişki

Tablo 2. Hastanın Şemalarının Davranışlarına Yansıması

Şemalarla ilişkili davranış tipleri	Hastanın davranışlarından örnekler
Teslimiyetçi Davranışlar	<p>Bir bebek gibi anneye bağımlı yaşadığı, ondan ayrı 5 dakika bile geçirmedeği dönemleri var. Bunlar panik atağının aktif olduğu dönemlerde daha belirgin ki bunlar; bağımlılık, tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarına teslimiyet olarak düşünüldü.</p> <p>Kendini iş yerindeki arkadaşlarından farklı ve üstün buluyor; bu da ayrıcalıklılık şemasının teslimiyetçi tutumu olarak değerlendirildi.</p> <p>Uzun vadeli ilişkiler istemeyen ya da cinsel beklentileri olan partnerler seçip, çok kısa sürede flörtü sonlandırıyor. Böylece terk edilme şemasına pekiştiriyor.</p>
Kaçınma Davranışları	<p>Evi dışında bir yerde kalamıyor.</p> <p>Dışarıdaki davetleri çeşitli bahanelerle reddedip, evde de hiçbir şey yapmadan oturduğundan yakınıyor.</p> <p>İnsanların sohbet amaçlı bile olsa sıkıntılarını dinlemek istemiyor ve bu tür konular açıldığında çeşitli bahanelerle ortamdan uzaklaşıyor.</p> <p>Bağlanmaktan ve terk edilmekten korktuğu için, daha tanışma aşamasında çeşitli bahanelerle görüşmelerini sonlandırıyor.</p>
Aşırı Telif Davranışları	<p>Duygusal yoksunluk şemasıyla ilgili olarak anne-babaya karşı aşırı talepkar tutumları belirgin.</p> <p>İşte çok hırslı olup diğerlerinin el atmadığı birçok şeyi başarmaya çalışması, bu nedenle iş arkadaşlarının onu çekemediğini düşünmesi başarısızlık şemasının aşırı telifi olabilir. Çünkü anne-babanın onun eğitimiyle ilgili yüksek beklentileri olmasına karşın zar zor 2 yıllık bir üniversite kazanabildiğini ve bu konuda da eziklik hissetmesi bu şemanın olabileceğini düşündürüyor.</p>

incelenmiştir. Zarar görmeye duyarlılık/ dayanıksızlık şemasının panik bozukluğun devamında katkıda bulunuyor olabileceği vurgulanmıştır (Hedley ve ark. 2001). Hastamızda terapi ile bu şemalarının ele alınması sonrası artık panik atağı yaşamıyor olması da bunu destekler niteliktedir. Çünkü terapi öncesi, uzun süre uygun dozda medikal tedaviye rağmen (Paroksetin 40mg/gün) panik atağının sıklığı ve şiddeti azalmakla birlikte subklinik belirtiler ve beklenti anksiyetesi devam etmekteydi.

157 panik bozukluğu olan hastayla yapılan başka bir çalışmada ise, hastaların %34'nün erken dönemde (15 yaş öncesi) önemli bir kayıp ya da ayrılık öyküsü bildirmiştir (Servant ve Parquet 1994). Bizim hastamız da 6 yaşındayken yaşadığı anne-baba ayrılığını, hayatının en önemli travması olarak nitelendirmektedir. On yedi yaşından önce anneden ayrılık gibi travmatik yaşam olayları ile anksiyete bozukluklarının gelişiminde anlamlı bir bağ olabileceği ileri sürülmüştür. Raskin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma-

da, panik bozukluğu grubunun %53'ünde çocukluk döneminde aileden ayrılma öyküsünün olduğunu bildirilmiştir (Raskin ve ark. 1982). Panik ataklı agorafobik hastaların, normal katılımcılara göre, çocukluk ve ergenlikte ana-baba ölümü, aileden uzamış ayrılık, ana-babanın boşanması gibi travmatik yaşam olaylarını daha fazla yaşadıkları bulunmuştur (Faravelli 1985, Tweed ve ark. 1989, Harris ve ark.1983). Hastamızın öyküsüne bakıldığında; ilkökul öncesi yaşadığı ebeveynlerle ayrılığın terk edilme ve güvensizlik şemalarının oluşumuna öncülük ettiği, büyük ebeveynlerin ve öğretmenin anne-baba yokluğunu kompense etmek için özerkliğini zedeleyici şekilde aşırı koruyucu davranışlarının ise bağımlılık/yetersizlik, zarar görme veya hastalanmaya karşı dayanıksızlık şemalarının çekirdeğini oluşturduğu düşünülebilir. Bu şemaların ise hastanın bazı yaşam olaylarıyla baş etmedeki güçlüğüne bir sonucu olarak, panik atağı tetiklediği söylenebilir. Şema terapinin tedaviye eklenmesinin ardından hasta bugün yaşadığı, kendinde

stres yaratan olaylar karşısında verdiği duygusal tepkilerin geçmişle, çocukluk dönemiyle ilgili karşılıklarını keşfetti. Bugün o tepkileri verenin aslında erişkin yaştaki Ö olmadığını, küçük incinmiş çocuk modunun devreye girmesiyle oluştuğunu fark etti. Sağlıklı erişkin modunu devreye sokabilmeye başlayarak, kendini çaresiz, ürkümüş, çözümsüz, suçlu ve yalnız hissettiği dönemlerde, içindeki ezik, ağlayan Ö'yü yatıştırabilirdi. Çok sık devreye soktuğu kopuk korungan modu da daha az kullanmaya başladı. Bu sayede içindeki küçük çocuğun sesini daha rahat duyabildi.

Haftada bir şema terapi yöntemiyle izlenmekte olan hastayla bugüne kadar 20 seans yapıldı ve halen görüşmelere devam edilmektedir. Hastamız aracılığı ile şema terapi yoluyla bir eksen I bozukluğu olan panik bozukluğunda kaydedilen ilerlemeye vurgu yapmak istenmiştir. Ancak şema terapinin gerek panik bozukluğu, gerekse diğer eksen I bozukluklarda etkinliğinin gösterildiği başka birçok çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Bamelis LLM, Evers SMAA, Arntz A (2012) Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and costeffectiveness of schema therapy for personality disorders. BMC PublicHealth, 12: 75.
- Bowlby J (1973) Attachment and loss; Vol. I. Attachment. Australia: Pimlico.
- Çakır Z (2007) Antisosyal kişilik bozukluğunda erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve şema sürdürücü başa çıkma davranışları arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara.
- Faravelli C (1985) Life events preceding the onset of panic disorder. J Affective Disord, 9: 103-5.
- Harris A, Curtin L (2002) Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. Cognit Ther Res, 26: 405-16.
- Harris EL, Noyes R, Crowe RR ve ark (1983) Family study group of agoraphobia. Arch Gen Psychiatry, 40: 1061-4.
- Hawke LD, Provencher MD (2011) Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. J Cognit Psychother, 25: 257-76.
- Hedley LM, Hoffart A, Sexton H (2001) Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. J Cognit Psychother, 15: 131-42.
- Hill C, Safran J (1994) Assessing interpersonal schemas: Anticipated responses of significant others. J Soc Clin Psychol, 13: 366-79.
- McGinn L, Cukor D, Sanderson C ve ark (2005) The relationships between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role cognitive style? Cognit Ther Res, 29: 219-42.
- Rafaeli E, Bernstein DP, Young JE (2013) Şema terapi ayırıcı özellikleri. Çeviri Editörleri: H.Alp Karaosmanoğlu, Nihan Azizlerli, Psikonet Yayınları, İstanbul.
- Raskin M, Peeke HVS, Dikman W ve ark (1982) Panic and generalized anxiety disorders: Developmental antecedents and precipitants. Arch Gen Psychiatry, 39: 587-9.
- Safran J, Segal Z (1996) Interpersonal process in cognitive therapy. New York. Basic Books, s. 3-27.
- Servant D, Parquet PJ (1994) Early life events and panic disorder: Course of illness and comorbidity. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 18: 373-9.
- Sheffield A, Waller G, Emanuelli F ve ark (2006) Is comorbidity in the eating disorders related to perceptions of parenting? Criterion validity of the revised Young Parenting Inventory. Eat Behav, 7: 37-45.
- Soygüt G, Çakır Z (2009) Ebeveynlik biçimleri ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilerde kişilerarası şemaların aracı rolü: Şema odaklı bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 20: 144-52.
- Soygüt G, Savaşır I (2001) The relationship between interpersonal schemas and depressive symptomatology. J Counsel Clin Psychol, 48: 359-64.
- Soygüt G, Türkçapar H (2001) Antisosyal kişilik bozukluğunda kişilerarası şema örüntüleri: Bilişsel kişilerarası bir bakış. Türk Psikoloji Derg, 16: 55-69.
- Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK ve ark (1989) The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. Br J Psychiatry, 154: 823-8.
- Young, JE (1999) Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young JE, Lindemann M (1992) An integrative schema-focused model for personality disorders. J Cognit Psychother, 6: 11-23.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME ve ark (2003) Schema therapy: A practitioner's guide. New York. The Guilford Press. s. 7-11.
- Young JE, Klosko JS (2013) Hayatı Yeniden Keşfedin. Çeviri Editörleri: H.Alp Karaosmanoğlu, Esra Tuncer, 3.basım, Psikonet, İstanbul.

Yazışma adresi/Address for correspondence:

e-mail: edyancan@yahoo.com

Alınma Tarihi : 24.11.2013

Received : 24.11.2013

Kabul Tarihi : 06.04.2014

Accepted : 06.04.2014