



Agorafobiye Eşlik Eden Panik Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu

Psikolog Onur Ortaç

Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji

E-mail: 20234605@std.neu.edu.tr, Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-4653-3737>

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji

Meryem Karaaziz: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu çalışma agorafobinin ve panik bozukluğun DSM-IV ve DSM-V kriterleri kullanılarak yapılmıştır. Danışan 20 yaşında bir kadındır. Yapılmış olan görüşmelerde bilişsel davranışçı terapi ekolu kullanılmıştır. İlk okulda serviste uyuya kalması sonucunda serviste kilitli kalan danışanda kapalı alanlarda kalamama ve açık alanlar da tek başına dolaşamama korkusu başlamıştır. Bunun üzerine ailesi tarafından psikoloğa götürülüp bu sorunlar azda olsa aşılsa da amcasına ailecek gittikleri yemekte amcasının kuzenini cezalandırmak için odaya kilitletiğini görmesi sonucunda tekrar tetiklenmiştir. Danışan tekrardan kapalı alanlarda kalamadığını o alanlara girdiğinde kalbinin hızla attığını, ellerinde ve ayaklarında uyuşmalar olduğunu, ölecekmiş gibi hissettiğini söyleyerek terapiye başvurmuştur. Danışana ilk başta bilişsel davranışçı model tanıtılmıştır ve Psikoeğitim verilmiştir. Daha sonra danışan ile terapötik ilişki kurulmuştur. Seansların devamında danışana ev ödevleri, gevşeme egzersizleri verilip otomatik düşüncesi ve temel inançları belirlenmiştir. Seansın sonlarında bilişsel davranışçı terapi sayesinde danışanda oluşan kapalı alan korkusu ve kapalı alanda yaşadığı panik atak semptomlarının azaldığı görülecektir.

Anahtar kelimeler: Agorafobi, Panik Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi.

Cognitive Behavioural Therapy in Panic Disorder Accompanying Agoraphobia: A Case Report

Abstract

This study was conducted using DSM-IV and DSM-V criteria for agoraphobia and panic disorder. The client was a 20-year-old woman. Cognitive behavioural therapy was used in the interviews. The client, who was locked in the ward as a result of falling asleep in the ward in the first school, started to fear of not being able to stay in closed areas and not being able to walk alone in open areas. Upon this, he was taken to a psychologist by his family and although these problems were overcome to some extent, they were triggered again when he saw that his uncle locked his cousin in the room to punish him at the dinner they went to his uncle's family. The client applied to the therapy by saying that he could not stay in closed areas again, his heart beat rapidly when he entered those areas, numbness in his hands and feet, and he felt like he was going to die. The client was first introduced to the cognitive behavioural model and psychoeducation was given. Then a therapeutic relationship was established with the client. In the continuation of the

sessions, homework, relaxation exercises were given to the client and automatic thinking and basic beliefs were determined. At the end of the session, thanks to cognitive behavioural therapy, it will be seen that the client's fear of closed spaces and panic attack symptoms experienced in closed spaces decreased.

Keywords: Agoraphobia, Panic Disorder, Cognitive Behavioural Therapy.

Giriş

Agora kelime olarak Yunancada ‘pazar yeri’ manasına gelmektedir. Antik Yunan zamanında çoğunlukla tapınakların bulunmuş olduğu açık alana verilmekte olan isimdir. Agorafobi terimini ilk olarak Carl Friedrich Westfalen kullanmıştır. Carl Friedrich, açık alana çıkmaktan, klişeye gidip kapalı alanda kalmaktan korkan hasta bireylere yapmış olduğu gözlem sonucunda agorafobi kelimesini ‘ boşluk korkusu’ anlamında kullandığı görülmektedir. (Cankur, 2021)

Agorafobi toplu taşıma araçlarında, kapalı alanlarda, tek başına evde durmak, açık alanlarda yalnızken korkmak gibi olay yerinden kaçmanın zor olacağı yerlerde artmakta olan yoğun kaygı ve korkudur. (Huyut, 2019)

Agorafobisi olan bir birey, panik atak geçireceğinden ve panik atak geçirdiği sırada kaçınmanın daha zor olabileceği yerlerden kendisini uzak tutma eğilimindedir. Ancak çok büyük korku ve kaygı içerisinde bu yerlerde durabilmektedir. Bazı zamanlarda agorafobisi olan bireyler kapalı bir alanda kalmaktan veya bir tren ile yolculuk etmekten ancak yanında başka birisi olduğu zaman başa çıkabilmektedir. Bazı agorafobi hastaları ise sinema salonu gibi kapalı alanlarda eğer kaygıya kapılırsam korkusu ile çıkış kapısına yakın oturmaktadırlar. (Silove & Manicavasagar, 2016)

Agorafobi tüm fobik rahatsızlıklar arasında kişiyi en çaresiz biçimde bırakmakta olan fobi türüdür. Aynı zamanda bir takım agorofobik hastalar eve bağımlı hale gelebilmektedirler. (Aydın, Çöldür, & Aydemir, 2017)

Agorafobinin tanımına baktığımızda ise panik atak ya da ona benzeyen belirtiler olduğu zaman bulunduğu ortamdan yardıma ulaşmasının zor olabileceğini düşündüğü ortamlardan uzak durmasıdır. Agorafobisi olan kişilerin düşüncelerine baktığımız zaman davranışsal olarak gösterilmekte olan kaçınma davranışı ve yaşanılmakta olan panik atağa bağlı olan iki temel inanişsa sahiptirler. Bunun gibi inanişlar, agorafobisi olan bireylerin pek çok kapalı ortamdan uzak durmalarına sebep olmaktadır. Buna örnek olarak bireyin tek başına yolculuk yapma, sinemaya gitme, kapalı bir alışveriş merkezinde alışveriş yapma, asansöre binmek gibi durumlar verilebilir. Agorafobisi olan kişiler örnekte bahsedildiği gibi olan aktivitelerden kaçınılmaktadırlar (Cankur, 2021). Agorafobisi olan bireyler kalabalık bir toplumun olduğu bölgelere gitmeden önce aklında rahatsız edici imgelerin olduğunu belirtmişlerdir. Bu imgeler ise başkaları tarafından saldırıya uğramak, bayılmak, zor durumda kalmak, rezil olmak tarzında temaları ele almaktadır. (Cankur, 2021)

Agorofobik bir bireyin bileşenleri üç durumda incelenmektedir: Dışsal tehlikenin yarattığı sinyaller, içsel tehlikenin yarattığı sinyaller ve son olarak katastrofik düşüncelerdir. Agorafobinin yarattığı korkunun ilk bileşenine bakacak olursak burada bireye tehlike mesajı gönderilir ve korku, anksiyateye neden olmakta olan durumlar, yerler olarak söylenebilmektedir. Örnek olarak ise arabayla köprüden geçmek, sıkışık trafikte gitmek örnek olarak verilebilmektedir. (Cankur, 2021)

Agorafobinin yarattığı diğer bir korku ise birçok zaman yoğun olarak yaşanan kaygının başlamasından önce var olan panik atağa benzemekte olan fizyolojik duyumlardır. Örnek olarak ise bireye sıcak basması, nefes alamıyormuş hissi, terleme, titreme gibi belirtiler gösterilebilmektedir. Agorafobinin yarattığı son korku ise katastrofik düşüncelerdir. Kişi bulunduğu ortamdaki yaşadığı olayı ve fizyolojik olayları felaketleştirmektedir. Katastrofisi olan

bireyler sosyal olarak aşağılanmak eleştirilmek ve fiziksel olarak kalp krizi geçirme, psikolojik olarak aklını kaybetmekten korkma olarak üç gruba ayrılmaktadır. (Cankur, 2021)

Agorafobi bireylerde oldukça fazla olduğu görülmektedir. Kadınlarda yüzde 7'den fazla, erkeklerde ise yüzde 3 olarak görüldüğü bilinmektedir. (Silove & Manicavasagar, 2016) Panik atak ve agorafobi arasındaki ilişkiyi çalışmakta olan bir çalışmada, agorafobinin agorafobik aynı zamanda panik bozukluk görülen bireylerin çoğunluğunda başlangıçtaki panik atağın ardından, sonrasında bireylerin %75 'inde ilk bir sene içerisinde ortaya çıktığı görülmektedir. Klinik açıdan agorafobinin panik atakla olan ilişkisi değişkenlik göstermektedir. Kimi zaman panik atak ortadan kalktığı zaman agorafobi semptomlarında ortadan kalkarken, kimi zamanda agorafobi panik ataktan bağımsız ilerleyebilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalara bakıldığında bireyin yaşamı boyunca agorafobiye yanında yer aldığı panik atağın sıklığı 1.1% iken, panik atağın yanında yer almadığı agorafobi çoklu ise 0.8% olarak belirlenmiştir. Genellikle panik bozukluk tanısı almış kadınlarda erkek bireylere oranla daha fazla ergenliğin geç dönemlerinde agorafobi ortaya çıktığı görülmüştür. (Aydın, Çöldür, & Aydemir, 2017)

Neden bazı insanların agorafobi geliştirdiklerine baktığımızda tam net olarak bilinmese de buna iki neden katkı sağlamaktadır. İlki, eğer birey bir durumda birçok kez panik atak yaşarsa kaygıya kapılmanız normaldir. Başka bir anlatımla, geçmişte deneyimlediğimiz olaylar bireyi panik yaşadığı olaylara veya yerlerde bulunmamanız konusunda uyarılmaktadır. Bunun sonucunda ise birey 'korkudan korkmaya' başlamaktadır. Bir diğeri ise şartlanma mekanizmalarının işlevselliği olabilir. Bireyler gidecekleri alana yaklaştıklarında sürekli kaygı yaşıyorlarsa zararsız bir durum olsa dahi otomatikman kaygılı bir davranış sergilemeye şartlanmış olabilirler. Böylelikle kaygı o bulunduğu bölge zararlı olmasa dahi, geçmişteki yaşanmış olaylarla ilişkilendirilebilmektedir. Kişilerin endişeyle başa çıkma yolları da agorafobi geliştirmelerinde önemli bir etkidir. Panik

bozukluğu bulunan erkekler kadınlara oranla daha fazla agorafobi geliştirmektedirler. (Silove & Manicavasagar, 2016)

Agorafobi DSM III VE DSM IV de fobik bozuklular altında agorafobi panik ataklı ve panik ataksız şeklinde yer alırken, DSM V de Kaygı bozukluklarının yelpazesinde sade Agorafobi adı altında yer almaktadır. (Özakkaş, 2016)

Agorafobi bütün yaş aralıklarında görülebilse de genellikle ergenlikte ortaya çıkmaktadır. (Cankur, 2021)

DSM-5 tanı kriterlerine bakıldığında A kriterine göre aşağıdaki beş durumdan ikisi ya da daha fazlasıyla ilgili yoğun bir şekilde korku ve kaygı duymak.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma.
2. Açık yerde bulunma.
3. Kapalı yerde bulunma.
4. Sırada bekleme ya da açık yerlerde bulunma.
5. Tek başına evin dışında olma.

B tanı kriterine göre kişi kaçınmanın güç olabileceği ya da panik benzeri ya da yetersizleştirilen ya da utanç veren diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayacağını düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.

F tanı ölçütüne göre korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer. (Köroğlu, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 2014)

Agorafobi DSM-4 tanı ölçütleri:

A. Beklenmedik ya da durumsal yatkınlık gösterilen bir panik atak ya da panik benzeri semptomların meydana gelmesi sonucunda, yardım sağlanamayabileceği ya da kaçamayacağı yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorofobik korkular arasında; tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üstünde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir. (Tükel, 2002)

DSM-5 tanı kriterlerine bakıldığında panik bozukluk tekrar eden beklenmedik zamanlarda ortaya çıkmakta olan dakikalar içerisinde zirveye ulaşan yoğun korku ve kaygının birlikte görüldüğü durumlar olarak tanımlanmaktadır. (Huyut, 2019)

Panik bozukluk yıllardır bilinmesine rağmen, 1980 yılından itibaren ayrı bir ruhsal bozukluk olan anksiyete bozukluğudur. Panik bozukluğun en belirleyici özelliklerine bakacak olursak birçok zaman ne zaman ve hangi koşullarda ortaya çıkacağı bilinmediği panik atakların görülmesidir. Panik atak ise hiç beklenmedik bir anda ortaya çıkmakta olan 10-15 dakika arası sürmekte olan yanında bedensel belirtilerinde görüldüğü yoğun bir kaygı yaşamaktır. (Tamam, 2009)

En az bir defa panik atak yaşama sıklığı hayatı boyunca %10 olduğu görülmektedir. Genel nüfusa baktığımızda panik bozukluğun hayatı boyunca görülme olasılığı %1,5-3.8 olduğu görülmektedir. Panik bozukluğun en çok görüldüğü zaman ise geç ergenlik ile 30'lu yaşlardaki dönemlerdir. Aynı zamanda kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. (Üşenmez, 2022)

Panik bozuklukta panik atakların isimlendirilmesinde bile çeşitlilik gösterilmektedir. DSM-IV ve DSM-V de panik bozukluk olabilmesi için beklenmeyen bir zamanda panik atağın olması gerekmektedir. (Onur, Alkın, Monkul, & Fidaner, 2004)

DSM-V tanı kriterlerine baktığımızda A kriterine göre yenileyen beklenmedik panik atakların. Bir panik atağın, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün ya da

fazlasının ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntı bastırıldığı bir durumdur:

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma durumu.
5. Soluğun tıkanıdığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar.
11. Gerçekdışılık ya da kendine yabancılaşma.
12. Denetimini yitirme.
13. Ölüm korkusu.

B kriterine göre ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden bir ya da her ikisi de bir ay ya da daha uzun süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri gösterme.
(Köroğlu, 2014)

Panik atağın DSM-IV tanı kriterleri:

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması,
2. Terleme, 3. Titreme ya da sarsılma,
4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları,
5. Soluğun kesilmesi,
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
7. Bulantı ya da karın ağrısı,
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma. (Tükel, 2002)

Bilişsel Davranışçı terapide bilişler duygulardan etkilenmektedir. Bireyin bir olaya duygusal ya da davranışsal olarak ne biçimde tepki verdiği yaşanan olayı bireyin nasıl algılamış olduğu ve nasıl bir yorumlama yaptığı ile ilgilidir. Olumsuz olarak oluşmuş düşünceler birden fazla psikolojik sorunların gelişmesine neden olmuştur. Bilişsel terapinin ilk geliştirildiği zamana bakacak olursak depresyonun tedavisinde geliştirildiği görülmektedir. Beck depresyonun var olmasında bireyin hayatını kötü ve sıkı şekilde yorumlamış olduğunu söyler. Bundan dolayı da bireyin dünyası, kendisi ve geleceğini içeren bir üçlü ortaya çıkarmıştır. Kişi genellikle kendisini hastalıklı ve kusurlu olarak görmektedir. Bundan dolayı da kendisini defalarca eleştirir ve değersiz görür. İkinci olarak da birey yaşamış olduğu zor olayların hiç bitmeyeceğine inanmaktadır ve dolayısıyla geleceğe de olumsuz bakmaktadır. Üçüncü olarak da bireyin kendi hayatındaki olayları aşılması çok zor birer engel olarak algılaması etrafındaki kişilere olumsuz bakmasına yol açmaktadır. (Türkçapar, 2012)

Kognitif modele baktığımızda kişiler üç aşamadan oluşmakta olan bir düşünce sistemine sahiptirler. Bundan dolayı düşüncelerin birbirini etkilemeleri açısından üçlü bir yapıdadırlar. Bu bilişte en yukarıda ‘otomatik düşünceler’, sırasıyla ‘ara inançlar’ ve en altta ‘temel inançlar’ şeklindedir. Otomatik düşünceler herhangi bir zaman aralığında aklımıza bir anda gelen düşüncelerdir. Ara inancalar temel inançlar sayesinde oluşturduğumuz hayatımızdaki kurallardan oluşmaktadır. En altta yer alan temel inançlar ise bireyin kendisini hayata karşı temel bakışını oluşturmaktadır. (Süler, 2017)

Özetleyecek olursak kaçınma davranışları kaygıyı sürdürmekte, panik atağın ayırtmış olduğu korkuyu güçlendirir ve böylelikle panik bozukluğun sürekli olmasında da önemli rolü bulunmaktadır. Bundan dolayı BDT düşüncesinde koşullanma ve kaçınma süreçleri, bireyin işlevsel olmaktan çıkmış biliş sorunu sürdürmekte olan faktör olarak ele alınmasıyla tedavide değişiklikler hedeflenir. (Yeral, 2024)

Panik atak için BDT’de maruz bırakma, yerinde maruz bırakma nefes, kas gevşetme tedavi seçeneklerinden oluşmaktadır. (Yeral, 2024)

OLGU

Z.Ş 2004 Yılında Türkiye’de İzmir şehrinde dünyaya gelmiştir. İki kardeşlerdir. Z.Ş nin 1997 doğumlu bir kız çocuğudur ve bir de abisi bulunmaktadır. İki kardeş de istenilen çocuklardır. Ailenin ekonomik durumları ortalamanın üstündedir. Abisiyle çocukluğundan beri anlaşamamaktadırlar. Her zaman annesinin abisini daha çok sevdiğini düşünmektedir. Babası kendi halinde çocuklarıyla pek ilgilenmeyen hayatını işine adanmış bir adamdır. Çocukken anne ve babası çalıştığı için anneannesinde büyümek zorunda kalmıştır. Bu yüzden anneannesine çok düşkün olduğunu ve vefat ettiğinde hep bir yanının eksik kaldığını beni savunacak benim yanımda

olacak kimse artık kalmadı şeklinde sitem etmektedir. Aile içi fiziksel olmasa da sözlü ve psikolojik şiddet bulunmaktadır. Annesi ile babasının sürekli kavga ettiğini bu kavgalarında genellikle maddi durumda anlaşmazlık ve abisinden dolayı çıktığı söylemektedir. Annesi ve babası aynı mahallede büyüyüp öyle tanışıp evlenmişlerdir. Babasının çok baskıcı ve otoriter bir aile yapısına sahip olduğunu söylemiştir. Bu yüzden annesiyle babasının hiç anlaşamadığını bundan dolayıda sürekli kavga ettiklerini ve annesinin 7 sene boyunca antidepresan kullanmak zorunda kaldığını söylemiştir. Küçükken anneannesindeyken hep dışarda sokakta oynadığını sabahtan akşam kadar arkadaşlarıyla vakit geçirdiğini ancak babasının bu duruma hep kızdığını arkadaşlarının erkek olduğu için onlarla görüşmesini istemediğini söylemiştir. Babasıyla ilgili durumlarda annesinin ve anneannesinin onu babasına karşı savunduğunu söylemiştir. Anaokuluna giderken hep dedesinin götürmesini istediğini ve okul bitene kadarda dedesini kapıda beklettiğini o olmadan okulda durmadığını söylemiştir. İlk okula giderken bu huyundan vazgeçtiğini ve servisle okula gidip gelmeye başladığını söylemiştir. Ancak bir gün okul servisinde uyuya kalınca serviste unutulduğunu ve o an saatlerce kurtarılmayı beklediğini dile getirmiştir. O andan sonra yalnız başına dışarıya çıkmaktan korktuğunu ve kapalı yerlerde kalmakta zorlanmaya başladığını söylemiştir. Bir süre sonra ailesi bu durumdan rahatsız olmuş ve onu psikoloğa götürmüşlerdir. Psikoloğa ve psikiyatri yardımı ile açık alanlara tek başına çıkabilmeye başladığını seansların ona iyi geldiğini söylemiştir. Sonrasında liseye kadar hiç kız arkadaşı olmadığını onlardan çekindiğini söylemiştir. Şimdiki çoğu arkadaşlarının lisede arkadaş gruplarıyla tanıştığını okuduğu lisenin de evine 1 saat kadar uzakta olduğunu servisle gidip gelirken çok zorlandığını dile getirmiştir. Arkadaş ilişkilerinin çok iyi olduğunu ancak arkadaşları sinemaya gitmek istediklerinde onun gitmekten korktuğunu gittiğinde titremeye başladığını nefes alamıyormuş, boğuluyormuş gibi olduğunu, ellerinde ve ayaklarında karıncalanma olduğunu, ölecekmiş gibi hissettiğinden söz

etmiştir. Daha sonra bir gün amcasına ailecek yemeğe gittiklerinde amcasının kuzenini cezalandırmak için onu odaya kilitletiğini gördüğünü ve o günden sonra tekrardan açık alanlara ve kapalı alanlara tek başına gidemediğinden ve durmadığından bahsetmiştir. Şimdiki ilişkisinde de bu konuda çok sorun yaşadığını erkek arkadaşının sinemaya gezmeye gitmek istediğinde ona gidemediğini söylediğinde sen çocuk musun dediğini ve bu durumdan çok zorlandığını söylemiştir. Üniversiteyi ilk sene kazanamadığını daha sonra İzmir Ekonomi Üniversitesinde Endüstri Mühendisliğini kazandığını İngilizce olduğu için çok zorlandığını dile getirmiştir. Aslında diğer şehirlerde daha iyi bölümlere gidebileceğini ancak uçağa binemediği ve tek başına seyahat edemediği için evine yakın olan üniversiteyi seçmek zorunda kaldığını söylemiştir. Kapalı alanlarda yaşadığı panik durumu ve açık alanlara tek başına çıkamadığından dolayı tekrar terapiye başvurmuştur.

GEÇMİŞ YAŞANTISI

Z.Ş. aile içinde babası ve annesinin süregiden kavgalarından bunlara ek olarak abisiyle anlaşamaması evde kendini yalnız hissetmesi sonucunda o kaotik ortamdan küçük yaşta kaçarak anneannesi ve dedesinin yanına sık sık giderek orada mutlu olduğunu ve onların yanında kalmak istediğini dile getirmiştir. Babası özel kamu dairesinde memur annesi ise vergi dairesinde memurdur. Baba tarafı yetiştirilme tarzından baskıcı, katı ve otoriterdir. Z.Ş. henüz liseye gitmeye başladığında babası bir dönem giyimine karışmış olsa da anne ve anneannesi onların genç olduğunu ve artık çağımızda normal olduğunu söyleyerek savunurlar ve babası da ondan sonra karışmamıştır. Yaşadığı olay sonucunda kapalı alanlarda bulunamamakla birlikte kaçınmaktadır psikolojik destekler sonucunda iyi olmuş ancak ileriki zamanlarda yaşam olayına bağlı tetiklenmiştir.

BULGULAR

Toplamda danışanla 8 seans görüşme yapılmıştır. Seansların süresi yaklaşık 40 ile 45 dakikadır. Danışanla haftada birer kez olmak üzere görüşme sağlanmaktadır. İlk iki seans da danışanın hakkında Anamnez alınmış Psikoeğitim verildi daha sonra terapi hedefleri belirlenerek danışanın bize getirdiği sorunlarla seanslarla devam edildi. Alınan anamnezin genel çerçevesi ve teknik özellikleri danışanın bize vermiş olduğu bilgilere göre hazırlanmıştır.

Erken Yaşam Deneyimi	Serviste uyuya kaldığı için kilitli unutulması.
Temel İnanç	Yetersizlik ve çaresizlik.
İşlevselliği Bozan Varsayım	Yeterli bir insan olabilmem için kapalı yerlerde bulunabilip oradaki çaresizce yardım beklemeden çocuk gibi davranmamalıyım.
Kritik Yaşam Olayı	Ailecek amcasına yemeğe gittiklerinde amcasının kuzenini cezalandırmak için odaya kilitlemesi.
Olumsuz Otomatik Düşünceler	Kapalı alanlara girdiğimde panik nöbet geçirip orada ölürüm. Kapalı alanlarda kalıp hiçbir zaman çıkamam.
Belirtiler	Bilişsel: Yoğun kaygı, kaçınma ve korku. Somatik: Kalp atışında hızlanma, nefes darlığı, ellerde ve ayaklarda uyuşma hissi. Davranışsal: Kapalı alanlardan kaçınma oralarda bulunmama eylemi. Motivasyonel: Motivasyonda ve sosyal ilişkilerde düşüş gözlenmiştir. Duygusal: Korkak ve kendini çaresiz hissetme.

Danışanla yürütmüş olduğumuz görüşmeler sonucunda detaylı Anamnez alınmış olup problemi belirlenmiştir. Danışanla yapılan görüşmelerde aynı zamanda ilk seanstan problemin tanımlanmasına kadar olan süreçte terapötik ilişkide geliştirilmiştir. Daha sonra danışan ile birlikte çalışacağımız terapi ekolü konuşulup, BDT ekolü hakkında Psikoeğitim verilmiştir. BDT ekolü hakkında Psikoeğitim verildikten sonra danışanda var olduğu düşünülmekte olan agorafobi ve panik bozukluk hakkında bilgi verilmiştir. Agorafobi ve panik bozukluk nedir? semptomları nelerdir? Bu semptomlarla nasıl üstesinden gelinebilir gibi konular hakkında danışana bilgi verilmiştir. Agorafobi ve panik bozukluk tanılarını almış bireylerde ortak bulunan semptomlar nelerdir bunun hakkında bilgiler sağlanmıştır. Danışan kapalı alanlarda bulunamaması bu alanlardan kaçınması ve bu alanlarda bulunduğu panik atak geçirmesi sonucunda terapiye başvurmuştur. İkinci seansta terapi hedefleri, danışanın iç görüşü seanslardan beklentisi üzerinde durulmuştur. Danışanla gerçekleştirdiğimiz üçüncü seans da BDT ekolü şu şekilde çalışılmıştır:

Danışan da korku uyandıran ve panik atak geçirten yerler durumlar bir hiyerarşi gibi az korku uyandıran dan çok korku uyandıran doğru listelenmiştir ikinci adımda bu durumlar karşısında nasıl baş edebileceği, gevşeme tekniği ve nefes egzersizleri öğretilerek seansın sonuna gelinmiştir. Sonraki seansımızda sistematik duyarsızlaştırma tekniğinden devam edilerek seans sırasında ilk olarak bu kapalı alanlardan birinde kendini hayal etmesi istenmiştir (danışan burada kapalı alan olarak en sık karşılaştığı asansörü seçmiştir). Aynı zamanda bu seansta danışana ev ödevi olarak da kendini orada hayal edip bir de asansör resmi çizmesi istenmiştir. Beşinci seansta verilen ödevin üzerinde durulması planlanırken danışan korku yarattığı için ödevi yapamamıştır. Bunun üzerine ev ödevlerinin önemi hakkında bilgi verilmiş olup gevşeme ve rahatlama egzersizleri ile aynı ödev tekrar verilmiştir. Altıncı seansta danışan ev ödevlerini yapmıştır ve korkusunun hafiflediğini dile getirmiştir bunun üzerine ev ödevinde değişikliğe gidilmiştir yeni ev ödevi olarak bir sonraki

seansa kadar danışanın asansör önünde 1 dakika boyunca beklemesi, eğer korkusu hafifse veya olmazsa 1 dakika içinde bulunması söylenmiştir. Yedinci seansta verilen ev ödevleri değerlendirilmiş danışan ilk gün zorlandığını daha sonraki günlerde ödevi yapabildiğini asansörü çalıştırmadan 1 dakika boyunca içerisinde bekleyebildiğini burada atak geçirmediğini titremelerin olmadığını kendini kötü hissettiği anda verilen gevşeme ve rahatlatma tekniğini yaparak iyi hissettiğini dile getirmiştir bunun üzerine sonraki seansa asansöre binip kullanması istenmiştir. Sekizinci seansta danışan ilk üç gün tek başına binip asansörün dışında annesinin beklemesini istemiştir. Bu seansa kadar olan sonraki günlerde annesine gerek duymadan tek başına asansörü kullanmıştır. Danışandan seanslar hakkında geri dönüş sağlaması istenmiştir danışan da seansların ona iyi geldiğini söylemiştir.

Tarih	Nerede	Nasıl	Olumsuz Otomatik Düşünce
4.Seans	Arkadaşları ile dışardayken	Arkadaşları sinemaya gidelim diye davet ettiğinde	Sinema salonunda atak geçirirsem atak geçirirken ölürsem beni kurtaracak biri olmazsa.
5. Seans	Evinde	Seansta verdiğimiz çizim ve hayal etme ödevini yaparken	O asansörden sanki hiç çıkamayacağım ve atak geçirirsem orada ölürüm ve kimse de beni bulamaz.
6. Seans	Sevgilisiyle birlikte tatile gideceklerinde	Tatil yolunda trenle gideceklerinde.	Tünelde giderken atak geçirir korkarım sevgilim beni o halde görürse ne der benden ayrılır.

Korkup atak geçireceği veya bunun kaygısını yaşadığı anlarda 4-7-8 nefes tekniği 4 saniye süresince derin nefes almaktayız 7 saniye süresince ise aldığımız nefesini tutuyoruz. Son olarak da 8 saniye de ağızdan ver tekniği ile danışanın rahatlama ve gevşemesine yönelik teknikler verilmiştir. Danışanla yapılmakta olan terapilerde otomatik düşünce ve temel inançları keşfetme doğrultusunda olumsuz otomatik düşünceleri kaydetme tekniği kullanılmıştır. Buna ek olarak yine bilişsel davranışçı terapide (BDT) ABC modeli kullanılarak düşünceler çürütülerek sağlıklı düşüncelerle değiştirilmiştir.

TARTIŞMA SONUÇ ve ÖNERİLER

Danışanın yapılan seanslar ve DSM-5 tanı kriterleri doğrultusunda agorafobi ile komorbidite şeklinde giden panik bozukluk semptomları görüldüğü düşünülmektedir. Bunun sayesinde bireyin yaşamında olumsuz otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar oluştuğu görülmüştür. Bundan dolayı da bilişsel davranışçı terapi ekolünden yararlanılarak seanslara devam edilmiştir. Danışana uygulanmış olan bilişsel davranışçı terapi ve ev ödevleri sayesinde danışan kapalı alan korkusunu ve o alanlarda geçirdiği panik atakları yenmeye başlamıştır.

BDT terapi çerçevesinde belirlenmiş olan amaçlara ulaşmaya çabalayan ve hastaya Psikoeğitim verilmekte olan bir yaklaşımdır. Agorafobi panik bozukluk ile çalışırken maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma ve gevşeme teknikleri kullanılmakta olan BDT ödevleri iyileşme yolunda danışanda önemli rol almaktadır.

Terapideki amaç panik esnasında yaşanan tepkileri azaltmak, kötü yapılan yorumların yerine alternatif başka düşünceler koymak, kaçınma davranışlarını yok etmek ve kaygıya daha dayanılabilir bir hale getirmektir. (İskender, 2021)

BDT agorafobi ve panik bozukluk tedavilerinde çok etkili olduğunu çoklu meta-analizler bulmuştur. Panik atak semptomlarının, fobik kaçınmaların ve agorafobinin ortadan kalkmasında bilişsel davranışçı terapi kısa ve daha uzun vadede etkili sonuçlar doğurduğu görülmüştür. (İskender, 2021)

Bu olgu çalışmasının hedefleri arasında panik atak ve agorafobi hastalarının BDT yöntemleriyle iyileşebileceğine dikkat çekmektir ve aynı zamanda bilişsel davranışçı terapinin panik bozukluk ve agorafobi tedavisinde kullanıldığı görülmüştür. (Fahrettin Toprak).

Panik bozukluğu olan danışanlarda bedensel etkileri felaketleştirerek yorumladıkları ve bu yapılan olumsuz yorumlamanın değiştirilmesinde bilişsel davranışçı terapinin çok etkili bir teknik olduğu görülmüştür. (Başaran & Sütçü, 2016)

Kaynakça

- Aydın, O., Çöldür, E. Ö., & Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Agorafobi Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği Ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 24-30.
- Başaran, S. K., & Sütçü, S. T. (2016). Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği; Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 79-94.
- Cankur, M. (2021). *Yetişkinlerde Ayrılma Anksiyetesi İle Duygusal Yeme Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Huyut, B. Ç. (2019). Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde İnternet Tabanlı Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(6), 251-263.
- İskender, N. N. (2021). *Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme: Literatüre Kısa Bir Bakış*. Yüksek Lisans Projesi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Koroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Koroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Onur, E., Alkın, T., Monkul, E. S., & Fidaner, H. (2004). Panik-Agorafobi Spektrumu Kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 215-223.
- Özakkaş, T. (2016). *Anksiyete Bozuklukları Ve Tedavisi*. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Silove, D., & Manicavasagar, V. (2016). *Panik Atak ve Agorafobi*. (N. Yener, Çev.) Kuraldışı Yayınları.
- Süler, M. (2017). Çocuk Ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları: Bir Gözden Geçirme. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 2(3), 29-42.
- Tamam, L. (2009). Panik Bozukluk. *Actual Medicine*, 17(3), 32-38.
- Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(3), 5-13.
- Türkçapar, H. (2012). *Bilişsel Terapi*. HYB Yayınları.
- Üşenmez, T. Y. (2022). *Panik Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Psikolojik İyi Oluş Ve Stresle Başa Çıkmaya Etkisi*. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi.
- Yeral, Ş. A. (2024). Panik Bozukluğu Tedavisinde Bilişsel ve Davranışçı Psikoterapilerin Etkinliği. *Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi*, 11(103), 1-14.