

ÇOCUK VE ERGENLERDE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete ve korku bir insanın psişik gelişmesi için gerekli duygulardır. Anksiyete ve korkunun bulunmayışı ise psişik bir bozukluğa işaret edebilir. Anksiyeteye neden olan nesne ile anksiyete reaksiyonunun şiddeti arasındaki fark patolojik anksiyeteyi belirler. Çocuklarda anksiyete reaksiyonları sıklıkla tanınabilen bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmakla birlikte nedeni hemen belli olmayan anksiyete belirtileri de görülebilir. Anksiyete bozukluklarında çocuğun kişisel özellikleri önemlidir. İnhibe ve içe dönük çocuklarda geç çocukluk döneminde anksiyete bozukluğu riski artabilmektedir. Düşük sosyoekonomik seviye de yine bu riski arttırmaktadır. Ayrıca anksiyete bozukluğu olan ailelerin çocuklarında anksiyete görülme riski artmaktadır

Çocukluk çağı anksiyetesinin başlaması ve yinelenmesinde hazılayıcı faktörlerin olabileceği düşünülmektedir. Bu faktörler: Okula başlama, yeni bir kardeşin doğumu yeni bir çevreye taşınma, fiziksel hastalık, bir arkadaşın kaybı yada ölümü, ebeveyleerin hastalıkları yada ölümü olabilir.

Anksiyete bozuklukları hakkındaki sorgulama, getirilen problem bir yana psikiyatrik görüşmenin standart bir bölümünü oluşturmalıdır. Anksiyete semptomları nadir değildir. Sadece eğer spesifik olarak sorulursa mevcut olduğu öğrenilebilecektir.

Anksiyete bozukluklarında sosyal etkiler ve durumlar, biyolojik ve psikolojik etkenler, hazırlayıcı etki oluşturabilen semptomlar göz önünde tutulmalıdır.

Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları başlığı altında üzerinde duracağımız konular:

- 1- Ayrılık Anksiyetesi
- 2- Fobik bozukluklar
 - a) Okul fobisi
 - b) Sosyal fobi
 - c) Özgül fobiler
- 3- Panik Bozukluk
- 4- Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu
- 5- Post travmatik Stres Bozukluğudur

AYRILIK ANKSİYETESİ

Ayrılık anksiyetesi olan çocuğun temel özelliği bağlanma figüründen ayrılmaya bağlı olarak aşırı derecede anksiyete göstermesidir. Bağlanma figürünün zarar göreceği, gideceği, geri dönmeyeceğine yada çocuğun başına bir felaket geleceği ve böylece bağlanma figüründen ayrı kalacağına sebep olacağı gibi aşırı ve süregen endişelerdir. Çocuk ısrarla okula gitmeyi yada uyumayı yada yalnız kalmayı reddedebilir. Gece kabusları ve somatik semptomlar ayrılıktan önce gelişebilir. Bağlanma figüründen ayrılmadan önce yada ayrılma sırasında aşırı ve abartılı stres tekrarlar. Kız ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür. 11 yaş dolaylarında görülme sıklığı pik yapar. Ayrılık anksiyetesine düşük sosyoekonomik düzeyli çocuklar daha meyillidir. Okul reddi ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ilişkili olabilir. Okul reddi gösteren çocukların %60-80'inde ayrılık anksiyetesi bozukluğu görülür. Okul reddinde fiziksel yakınmalara sık rastlanır. Semptomlar sonbaharda, pazartesi günleri ve sabah saatlerinde artar. Kliniğe başvuran çocukların %5'inde okul reddi görülür. Kız ve erkeklerde aynı sıklıktadır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunu okul reddi olarak ortaya çıkan çocukları, davranış bozukluğu nedeniyle okuldan kaçan çocuklardan ayırdetmek gerekmektedir.

FOBİK BOZUKLUKLAR

Çocukluk döneminde görülen anksiyete bozukluklarına ilgi son on yılda belirgin olarak artmıştır. Çocukluk çağında fobik bozukluklar oldukça yaygın olarak görülmektedir. Korku, kaçınma davranışına sebep oluyor yada fonksiyonel ve sosyal alanda bozukluklara yol açıyorsa fobi tanısı konulmaktadır. Anksiyeteye yol açan uyaran sosyal bir ortamda olduğunda ve kişinin küçük düşürüleceği ve sıkılacağı korkusu varsa, tanı sosyal fobidir. Epidemiyolojik çalışmalarda klinik popülasyonda sosyal fobinin erkeklerde kızlardan daha fazla görüldüğü, basit fobilerinse kızlarda daha sık olduğu belirlenmiş, bununla beraber klinik dışı popülasyonlarda genel popülasyon yaygınlığı ve seks oranları bilinmemektedir. Tahminen basit fobilerin sıklığı %2.3 'den 9.2'ye kadar değişmektedir.

SOSYAL FOBİ

Araştırmacılar sosyal fobiyi en az çalışılan ve çoğunlukla da en yanlış anlaşılan anksiyete bozuklukları arasında görmüşlerdir. Çocuk ve ergenlerde görülen sosyal fobinin klinik özellikleri erişkinlere benzemektedir. Ancak çocuklarda ağlama, kaçınma, somatik yakınmalar gibi belirtiler kliniğe eşlik etmektedir. En sık görülen durumlar sırasıyla biri ile konuşmak, sosyal toplantılara katılmak, yabancılarla konuşmak yada yeni biri ile tanışmak, kalabalıkta yemek yemek ve yazmak şeklinde sıralanmıştır. En sık görülen bedensel yakınmalar ise çarpıntı, titreme, terleme, kas gerginliği, karında huzursuzluk hissi, ağız yada boğaz kuruluğu, ateş basması yada üşüme hissi, yüz kızarması, başta basınç hissi yada baş ağrısı ve bacaklarda güçsüzlük olarak belirtilmektedir. Sosyal fobisi olan çocukların anksiyeteye yol açan etkinlikler sırasında nabız sayıları artmakta ve etkinlik süresince yüksek kalmaktadır. Tanı konabilmesi için korku yada kaçınma kişinin olağan günlük işlerini mesleki yada eğitimle ilgili işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini yada ilişkilerini önemli ölçüde bozmalıdır yada kişi fobisi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı duymalıdır.

PANİK BOZUKLUK

Atak sırasında oluşabilecek bulgular: nefes darlığı, yada boğuluyor gibi olma, çarpıntı, titreme, terleme, soluğun kesilmesi, bulantı yada karın ağrısı, ortama yabancılaşma hissi, uyuşma, karıncalanma, ürperme, göğüs ağrısı yada sıkıntı hissi, ölüm korkusu, çıldıracağı yada elinde olmadan bir şey yapacağı korkusudur. En az bir atağın dört bulgu içeren tam bir atak olması, ilk bulgudan sonraki on dakika içinde bulguların en az dördünün birden gelişip giderek artmış olması yanında bu bozukluğu başlatan organik bir etken olmaması tanı için gereklidir.

Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğun tartışılmasındaki en önemli etken; panik bozukluğun tanı ölçütlerindeki ölümden korkma ve kontrolünü kaybetmeden korkma olarak belirtilen bilişsel bulgulardır. Bu bulgular bilişsel modele göre katastrofik yanlış algılamadan kaynaklanır.

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (YAB)

YAB olan çocuk ve gençler performansları başkalarınca değerlendirilmediği durumlarda bile okul yada spor olaylarındaki performans ve yeterliliklerinin niteliği konusunda anksiyete ve endişe duyarlar. Dakiklik her işi zamanında yapma konusu, aşırı derecede önemli olabilir. Deprem yada nükleer savaş gibi olaylardan endişelenebilirler. Bunlar aşırı uyumlu ve boyun eğici mükemmeliyetçi ve kendilerinden emin olamayan çocuklardır. Performanslarının mükemmel olmayışından, aşırı hayal kırıklığı yaşadıklarından, ödevlerini tekrar tekrar yapmaya eğilimlidirler. Tipik olarak onay almaya fazla gayret gösterirler ve performansları yada diğer endişeleri konusunda sık sık güvence verilmesine gerek duyarlar.

POST TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU (PTSB)

Post travmatik stres bozukluğu stresten sonra herhangi bir zamanda başlayabilir. Ancak tüm semptomlar genellikle aynı anda ortaya çıkmaz. Anksiyöz ve depresif duygulanım durumu hemen travma sonrası oluşur ve duygusal sınırlılık kronik travmada en belirgin semptom olabilir. Ayrıca bu iki semptom haftalar, aylar ve yıllar sonra tam PTSD oluşmadan da görülebilir. PTSD'nin en belirgin özelliği travmayı devamlı olarak yeniden yaşamaktır. Küçük çocuklar, travmanın değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler. Genellikle zorlu düşünce veya rüyalarla korkulu ve travmatik olay tam olarak tekrarlanır. Bunalımların yeniden oluşması dışardan bir uyarı ve olay olmaksızın görülebilir. PTSD tanısı koymak için travmayı yeniden yaşama, uyarılardan kaçınma veya küntlük devamlı olarak bulunması gereken semptomlardır. Çocuklar organize olmayan yada saldırgan davranışla tepkilerini dışavurabilirler. İlave olarak uykuya dalma güçlüğü, irritabilite veya kızgınlık patlamaları, konsantrasyon güçlüğü, aşırı uyanıklık ve artmış irkilme cevabı olabilir. Uyku bozukluğuna sıklıkla korkulu gece kabusları eşlik eder. Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.

ÇOCUKLUK VE GENÇLİK ÇAĞI ANKSİYETE BOZUKLUKLARINA TEDAVİSEL YAKLAŞIM

Tanı, formülasyon ve problem listesi tedavi planının temelini kurmayı sağlar. İlaçlı tedavinin çeşitli amaçları vardır. Bunlar:

- 1- Semptomları azaltmak ve stresi hafifletmek
- 2- Hastalıkta görülen komplikasyonları önlemek
- 3- Hastalıkla birlikte gelişen eksiklikleri en aza indirmektir.

Son yıllarda çocuklarda anksiyete ve korku azaltıcı metodların gelişimi üzerine olan araştırmalar hızla çoğalmaktadır. Bunlar genellikle davranışsal oryantasyonludur. Anksiyete ve korku azaltıcı metodlar 4 adet davranış terapisinde işlenmektedir.

- 1- Sistemik duyarsızlaştırma
- 2- Pozitif Güçlendirme
- 3- Model alma teknikleri
- 4- Kognitif davranışçı yaklaşım

SİSTEMATİK DUYARSIZLAŞTIRMA:

1950'nin ilk dönemlerinde Joseph Wolpe tarafından geliştirilen sistemik desensitizasyon çocuklarda korku ve fobileri azaltmak için sıklıkla kullanılan davranışsal terapi tekniğidir. Bu tekniğin basit tanımı anksiyete oluşturan cevabın (Örn: korku cevabının) onun için antogonistik olan ona bedel bir aktiviteyle inhibe edilebilmesidir. Korkulu uyarana kademeli olarak maruz kalma çocuk çeşitli korkuyla ilişkili hedef durumları hayal etmeye başladığında çocuğun kognisyonlarında yer alabilir. Çocuktan hedeflenen çeşitli korkuyla ilişkili ortamları hayal etmesi istenir yada çocuktan korkulan olaya yaklaşan bir süper kahramanmış gibi hayal etmesi istenir. Ayrıca maruz bırakma gerçek yaşamda oluşturulabilir. Wolpe desensitizasyon altında yatan prensibi 'resiprokal inhibisyon' olarak adlandırmıştır. Bu prensibi şu şekilde tarif eder. Eğer anksiyeteyi inhibe

eden bir yanıt anksiyete doğuran uyarıların varlığında oluşturulabilirse o zaman bu uyarılar ile anksiyete yanıtları arasındaki bağlantı zayıflayacaktır.

Sistemik duyarısızlaştırmanın 3 fazı vardır.

- 1- Relaksasyon eğitimi
- 2- Anksiyete hiyerarşisinin gelişimi
- 3- Sistemik duyarısızlaştırmanın kendisi

Relaksasyon teknikleri : Desensitizasyon prosedürünü gerçekleştirmek için ilk basamak çok rahat bir ortamda oturmaktır, bunu takiben relaksasyon basamakları terapist tarafından uygulanır. Relaksasyonda her bir basamağın niteliği çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır. Relaksasyon öğrenmede güçlüğü olan kişiler için Morris relaksasyon eğitimi oturumları sırasında çocuk ve erişkinlere gözlerini gittikçe artan sürelerle kapamalarını öğretmek için bir prosedür öne sürmüştür. Benzer olarak çocuğa kollarını ve ellerini nasıl gereceğini öğretmek için çeşitli sıkıştırılmış oyuncakların kullanımını önerilir. Bunun yanı sıra relaksasyon eğitimi programının solunum basamaklarını öğretmek için bazı hava akımının kullanıldığı oyuncaklar önerilir, örn: düdük gibi.

Anksiyete hiyerarşisinin gelişimi: Relaksasyon fazı sırasında terapist azaltılması ihtiyacı olduğu şeklinde tanımlanan her bir hedef korku için çocukla bir anksiyete hiyerarşisi planı başlatmalıdır. Hiyerarşi genellikle çocuğun ve terapistin ilk değerlendirme ve tanı periyodu sırasına yada hemen sonrasında değişmesi gereği üzerinde hem fikir oldukları korkular üzerine yapılandırılır.

Sistemik duyarısızlaştırmanın kendisi: Zamanla terapist desensitizasyon oturumlarına başlamaya hazır olur. Çocuğa bu süre içinde relaksasyon pratikleri için yeterli zaman verilmiş olmalıdır. Eğer çocuk çeşitli hiyerarşiler geliştirdi ise terapist çocuk için en çok strese sebep olan birinden çalışmaya başlamalıdır. Daha sonra eğer zaman yeterse terapist diğerleri üzerinde de çalışabilir.

İlk desensitizasyon oturumu yaklaşık 3-5 dakikalık bir relaksasyondan sonra başlar. Çocuğa relaks olduğunda ve konforlu bir duruma geldiğinde sağ işaret parmağını kaldırarak işaret etmesi söylenir. Çocuğun sinyalinden sonra terapist çocuğa her bir durumu net bir şekilde hayal etmesini söyler. 'Eğer gerçekten orada olsaydın' şeklinde ifadeler kullanır, eğer çocuk bazı durumları hayal ederken anksiyete yada gerilim hissederse sağ parmağı ile hemen işaret vermesi söylenir. Çocuk sinyal verirse terapist 0 puan verir ve gerilim hissi gidene kadar relaksasyon basamakları tekrarlanır. Her bir hiyerarşi basamağı 3 yada 4 kez tekrarlanır. İlk sunum için maksimum expoju zamanı 5 saniyedir ve takip eden sunumlarda bu süre 10 saniyeye kadar arttırılır. Oturum bitmeden önce terapist çocuğa kısa bir süre için gevşemesini söyler.

Her bir durum çocuk ardışık olarak 3 kez başarı sağlayana kadar uygulanmalıdır. Eğer çocuk ardışık 2 kez anksiyete bulgusu gösterdi ise terapist bir önceki başarılı basamağa geri döner.

Sistemik Duyarısızlaştırma Çeşitleri

1- Grup sistemik duyarısızlaştırma: Bu bireysel sistemik desensitizasyonla aynı temelde gerçekleştirilir. Fakat buradaki fazlar grup tedavisi için uyarlanmıştır. Tipik olarak bu prosedürde gruplar 5-8 kişiden oluşur.

2- İn vivo duyarısızlaştırma: Bu metotta çocuk hiyerarşik bir sırada hayalini kurmaktan ziyade gerçek durumlarda korku verecek durumlara maruz kalmaktadır.

3- Otomatize sistemik duyarısızlaştırma: Bu prosedürde hastanın yardımıyla terapisti tarafından hazırlanan teyp kayıtlarıyla (hastanın korkuları üzerine konuşulan)desensitizasyon yapılır. Desensitizasyon kasetlerin dinlenmesiyle yapılır. bu işlem Terapistin muayenehanesinde gerçekleştirilir. Bunun bir varyantı olan **kendi denetiminde duyarısızlaştırmada**, hiyerarşi oluşturulup duyarısızlaştırma eğitimi tamamlandıktan sonra çocuğun en sevdiği müziği içeren bir kasete bu korku sıralamasına

uygun şekilde sesler kaydedilir. Arka fonda müzik varken üzerine sesler kaydedilmiştir. Daha sonra çocuğa karanlık bir odada gevşemesi önerilir ve 8 günlük bir zaman içinde günde 3 seans halinde teybin sesi dinletilir, teybin sesinin yavaş yavaş artırılarak dinletilmesi sağlanır. Tedavinin sonunda çocuk en korktuğu sesleri en yüksek yoğunlukta rahatsız olmadan dinleyebilir.

4- Duygusal hayalleme: Bunda da hiyerarşik sıra hazırlanır, Çocuğun kahraman imajları ve bunlarla ilgili özdeşimlerinin niteliği belirlenir. Çocuktan gözlerini kapatması ve içinde en beğendiği kahramanın yer aldığı bir öykü geçen bir olaylar dizisi hayal etmesi istenir, duygusal uyarılmanın maksimum olduğu noktada klinisyen hiyerarşi sıralamasındaki en düşük düzeyi senaryonun doğal bir parçası olarak katar, bu durumda anksiyetenin inhibe edildiği yönünde bir kanıt gözlenirse aynı işlem sıralamada yükselerek tekrarlanır.

5- Kontakt duyarsızlaştırma: Bu yöntem duyarsızlaştırma ve modelleme yaklaşımlarının bir kombinasyonudur. Duyarsızlaştırma süreci korku hiyerarşisindeki herbir adım ilk olarak terapist tarafından modellendikten sonra çocuk bu korku sıralamasına maruz bırakılarak yapılır.

6- Kendi kontrolünde duyarsızlaştırma: Bu yöntemde anksiyeteye başa çıkma becerileri kazandırılmaya çalışılır. Örn: anksiyete ve gerginlik hissi yükseldiğinin farkına varıldığında relaksasyon uygulanması söylenir.

POZİTİF GÜÇLENDİRME:

Pozitif güçlendirme teknikleri, sıklıkla diğer metodlara ek olarak yapılır, korkulan obje veya stimulusla etkileşme olduğunda olumlu geri bildirim verilmesinden veya bu yapılmadığı takdirde olumlu geri bildirim verilmemesinden oluşmaktadır. Bu teknik çocuğun motivasyon eksikliği veya umutsuz olduğu durumlarda işe yarayabilir. Pozitif güçlendirme, bir davranışın hemen takip eden ve bu davranışın performans sıklığında bir artışla sonuçlanan bir olay yada aktivitedir. Bu yüzden bir pozitif güçlendirici belirli bir davranışı takip eden ve bu davranışın ortaya çıkma sayısını arttıran bir şeydir. Güçlendirici burada çocuğun korkulan uyarana yaklaşma davranışı üzerindeki etkileri ile tanımlanmaktadır. Pozitif güçlendirme diğer davranışçı terapi yöntemleriyle kombinasyon halinde kullanılmalıdır. Çeşitli varyasyonları vardır.

Şekillendirme: Bazı çocuklarda çeşitli nedenlerle pozitif güçlendirme ile korkulan uyarana yaklaşımda güçlüklerle karşılaşılabilir. Bu gibi olgularda çocuğun hedef davranışa aşamalı adımlarla varması öğretilir. Örn: Evden ayrılma güçlüğü çeken bir çocuğu anne babasıyla kısa gezilere yollamak yerine terapist önce evin ön tarafına gitmesini sonra kapıyı açmasını dışarı bakmasını teşvik eder.

Uyaran soldurma: Bazen çocuk korku duymadan davranmayı belli seçilmiş ortamlarda başarabilir. Bu durumda uyaran soldurma diye tanımlanan bir yöntem kullanılır. Bu yöntemde çocuğa korkusuz yanıtı başarıyla uyguladığı ortamlardaki sıklıkta ve aynı şekilde başarısız olduğu ortamlarda da uygulaması öğretilir. Bu soldurma işlemi başarılı ortamın özelliklerini başarısız olana kaydırmak suretiyle yapılır.

Söndürme: Bazı çocuklar korku yada korkuyla ilişkili yanıtları bu davranışlar güçlendirilmiş olduğu için gösteriyor olabilirler. Söndürme, çocuğun kaçınma yanıtını takip eden bu güçlendirici sonuçların ortadan kaldırılmasını ifade eder. Bu yöntemin etkili olabilmesi için terapist çocuğun korku yanıtını güçlendiren sonuçları belirleyebilmeli ve bu sonuçların oluşumunun sıklığına katkısını ve bu sonuçların oluşumunu modifiye edemeyeceğini belirleyebilmelidir. Örn: Çocuğun korku davranışının en yaygın güçlendirici sonuçlarından biri ebeveynlerin dikkatinin çekilmesidir. Bir seri gözlem ve ebeveynler ile tartışma sonrasında terapist, ebeveyn dikkatini çekmenin çocuğun korku davranışına katkıda bulunmaya yada sebep olan ana bir faktör olduğunu düşünürse o

zaman bu dikkat çekme eğiliminin ne sıklıkta ve hangi durumlarda ortaya çıktığını modifiye etmeye istekli olup olmadıklarını belirlemelidir.

MODEL ALMA

Diğer bir kişinin izlenmesinden kaynaklanan davranış değişikliği tipik olarak model alma olarak adlandırılır. Model almanın 2 kategorisi vardır.

1- Canlı model alma

2- Sembolik model alma

Model alma sürecinde biri model (örn: terapist, ebeveyn öğretmen, akran) diğeri de gözlemci (yani korkusu olan çocuk) olarak 2 birey vardır. Gözlemci kendi kaçınmasının olduğu alanda modelin davranışını gözler. Bu bir uyaran ortamı içinde yapılır ve korkulan nesne, olay yada gözlemcinin alışkın olduğu uyaran üzerine odaklaşır. Örneğin, çocuk bağlı olmayan çok hareketli büyük köpeklerden korkuyorsa modelin küçük sessiz bir köpeğe dokunup oynaması uygun olmayacaktır.

1- Canlı model alma: Burada modelin korkulan olaya karşı aşamalı yaklaşım davranışının gerçek şekilde gösterilmesi söz konusudur.

2- Sembolik model alma: Modelin film video, kaset yada imajinasyon yoluyla sunulması söz konusudur.

KOGNİTİF DAVRANIŞÇI TERAPİ:

Son yıllarda bilişsel psikoterapinin yetişkinlerde kullanımı oldukça yaygınlaşmış olmasına karşın bu yaklaşımın çocuk ve ergenlerin tedavisinde kullanımı oldukça yenidir. Çocuklarla çalışan terapistlerin çoğu tedavide psikodinamik davranışçı ve aile terapisi gibi yaklaşımları kullanmaktadır. Son yıllarda çocuk ve ergenlerle de başta dikkat eksikliği hiper aktivite bozukluğu, depresyon, madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, saldırganlık, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları olmak üzere birçok durumda bilişsel davranışçı terapiler kullanılmaktadır (Dufft ve Spence 1993, Kendal 1993, Singer ve ar. 1992, Nathan 1992, Durlak ve ar. 1991, Botvin ve ar. 1990). Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da bilişsel kuram çocuğun rahatsızlık doğuran duygularının geniş ölçüde inançları tarafından belirlendiğini varsayar.

Piaget'in bilişsel gelişim aşamalarına göre çocuk 7-8 yaş civarında somut işlemler aşamasına girer. Ergenlik döneminde ise bir sonraki ve zihinsel gelişimin son aşaması olan soyut işlemler dönemine girilir. Ancak çocuklar eğer somut düşünce aşamasına gelmişlerse bilişsel tartışmadan faydalanabilme ve katılabilmek için gerekli mantıksal süreçlere sahiptirler. Ancak henüz somut işlemler dönemine girmemiş çocuklar için bilişsel terapinin mantık ve tartışma biçimiyle ilgili güçlükleri olacaktır. Bununla birlikte bu çocuklarda bile kendi kendine yönerge verme veya sosyal beceri eğitimi gibi mantıksal düşünme gerektirmeyen diğer tip bilişsel girişimler kullanılabilir (Di Giuseppe 1989).

Çocuk ve ergenlerde bilişsel terapilerde dikkat edilmesi gereken ana ilkeler:

1. Terapiyle ilgili beklentilerin açığa kavuşturulması: Çok az çocuk psikoterapinin neyle ilgili olduğunu bilebilir, anlayabilir. Üstelik çoğu psikiyatriyle ilgili olumsuz düşünceler ve önyargılara sahip olabilirler. Çocuklar ve ergenler hemen her zaman terapiye bir başkası tarafından getirilirler. Terapiye getirildiklerine göre de ya onları getirenler tarafından rahatsız olarak görülüyorlardır yada başkalarını rahatsız ediyorlardır. Bu etkenler göz önüne alınmazsa terapistle olan işbirliği başından itibaren olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle çocukla terapi ilişkisinde yapılacak ilk şey çocuğa ne yaptığımızı , kime nasıl yardım ettiğimizi açıklamak olmalıdır. Öncelikle yapılan işin sorun çözmeye ve yardım etmeye yönelik olduğu ve bu işi yapan doktorların rolü açıklanmalıdır (Di Giuseppe 1989).

2- Çocuk ve ergenlerle terapi ilişkisinin kurulması: Kendini açma ve anlatma psikoterapötik yaklaşım için bir ön gerekliliktir. Danışanın düşünce ve duygularını açabilmesi için onunla çok iyi bir ilişki kurulmuş olması gerekir. Çocuk ve ergenlerle böylesi bir ilişkiyi sağlamak için yalnızca soruna yönelik olmamak; seansa önce oyun yada konu dışı konuşmalarla başlamak, çocuğa ve ergene karşı daima dürüst olmak, kolay anlaşılır, yerinde ve dikkatli sorular sormak gereklidir.

3- Tekniklerin uygulanmasındaki farklılıklar: Çocuklar genellikle davranışları ve düşüncelerinin yaşamları üzerine olumsuz etkileri olduğunu farkında değildirler. Hatta çoğu kez daha farklı bir şekilde davranmanın ve düşünmenin mümkün olabileceğini bilmezler. Bu nedenle terapinin ilk aşaması tümüyle çocuğun duygu ve davranışlarını incelemeye ve ona bunların yarattığı olumsuz sonuçları göstermeye yöneliktir. Özellikle ergenlerle çalışırken bu yapılmadan işlevselliği bozuk düşüncelerin gösterilmeye çalışılması ilişkiyi zedeleyebilir (Petti 1991). Genellikle çocuk ve ergenler olaylar karşısındaki duygu ve tepkileri ailelerinden model alarak öğrenirler. Birçok ailede ana babalar olaylar karşısında çocuğun sorun yaratan abartılı tepkilerine benzer tepkiler verirler. Böylece çocuk alternatif yanıtları hiç görmemiş olur ve dolayısıyla öğrenmemiş olur. Terapideki amaçlardan biri de uyumu kolaylaştıracak ve daha az sorun yaşanmasını sağlayacak bu alternatiflerin gösterilmesidir.

4- Dil sorunu: Bu sorun ergenlerden çok çocuklarda kendisini gösterir. Çocuğun duygularını ifade edecek zenginlikte bir dil birikimi olmayabilir. Çocukların genel olarak duygusal tepkiler için sınırlı temaları vardır. Duyguları iki kutup halinde kavramlaştırırlar (mutlu-mutsuz, hüzünlü- neşeli). Bu nedenle duygusal sözcükleri ve kavramları kazandırmak için çocukla öncelikle kavramların anlamı üzerinde çalışılması gerekebilir. Bu amaçla çizgi romanlar, resimler, TV kahramanları öyküler ve benzetmeler kullanılır.

5- Gelişimsel özellikler: Uygun bilişsel düzeyin değerlendirmesi ve yaklaşımın seçimi için çocuk yada ergenin içinde bulunduğu bilişsel düzeyin iyi saptanması gerekir. Bilişsel düzeyin yeni gelişmiş olduğu aşama soyut işlemler dönemidir (yaklaşık 12 yaş ve sonrası). Piaget yalnızca bu dönemdeki çocukların hipotez kurma ve tümdengelim yetisine sahip olduklarını belirtmiştir (Kaplan ve ark. 1994). Bu tarz düşünce özelliği işlevsel ve akılcı olmayan (irrasyonel) inançların tartışılabilmesi için gereklidir.

6-11 yaş arasındaki somut işlemler döneminde çocuklar dünyayı ampirik ve tümevarımsal şekilde değerlendirirler. Somut düşünce dönemindeki çocuklar temel kavramlar bazı somut durumların yoğun bir şekilde analizi ile öğretilir ve soyut bütüncül kavramlar çocuğun günlük yaşamıyla bağlantılı somut örnekler verilerek anlaşılır hale getirilebilirler (Ronen 1992). 6 yaşın altında yani mantık öncesi dönem çocuklarıyla görüşürken kavramsal değerlendirmelerden çok algısal analiz aracılığıyla iletişim kurulabilir. Öyküler, şekiller, resimlerle çocuk daha fazla ve kolay öğrenir. Gelişim dönemlerine göre bilişsel-davranışçı terapilerin etkinliğini inceleyen bir çalışmada sözü edilen kuramsal çıkarımları dikkate alan şekilde bilişsel gelişim düzeyi ile paralel yürütülen tedavilerin tedavi etkinliğini arttırdığı ve en iyi sonucun soyut işlemler düzeyine ulaşmış çocuklarda alındığı saptanmıştır (Durlak ve ark. 1991)

TEDAVİ AŞAMALARI:

1- Değerlendirme ve olumlu ortam oluşturulması: Değerlendirme sorunun saptanması ve tanımlanması, çocuğamı yoksa çevreye mi daha çok bağlı olduğunu anlaması ile başlar. Bazen çocuğun aslında hiçbir sorunu yoktur, sorun olan ailenin çocuğa bakışı ve değerlendirmesidir. Çocuğun kişisel yanıtlarını ele alış biçimini incelemek, değerlendirmede önemlidir. Çocuk için bu davranışın anlamı nedir? Davranışın yol açtığı sonuçların değeri nedir? Çocuk olaylara ve insanlara ne kadar önem atfetmektedir? Bu değerlendirmeler mantıklı ve işlevselmidir? yoksa abartılıdır? (Di Giuseppe 1989).

Bu aşamada çocuk ve ergenin anlattıklarıyla ailenin anlattıkları arasında bir farklılık ortaya çıkabilir. Bu farklılık doğaldır ve tekrarlanan görüşmelerle açıklığa kavuşturulabilir. Ortaya çıkan çelişkileri yok etmek için açık bir yol izlenmelidir. Böyle bir görüşmede ilişkinin niteliği de görülmüş olur. Kim kimin yanında oturuyor, kimin sözü kesiliyor, kim kime bakıyor gibi gözlemler de buna yardımcı olur. Yine ilişki biçimini gözlemek için aileye hayali bir durum önerilerek o durumda kimin ne yapacağı sorulabilir yada doğrudan görüşme sırasında ailenin karar alması gereken bir ortam oluşturularak bilgi toplanabilir. İlk görüşmenin aileyi ve çocuğu tanıma dışındaki ikinci amacı olumlu bir ortamın ve beklentinin doğurulmasıdır. Bunu sağlamak için ‘kendiniz ve ailenizle ilgili sorunları anlattınız. Şimdi size başka bir şey sormak istiyorum. Kendiniz ve ailenizle ilgili olarak sırayla üç olumlu şey söyleyebilirmisiniz?’ gibi sorular sorulabilir. Yine her seansta aileye ‘tam zamanında geldiniz, sorununuza çok iyi sahip çıkıyorsunuz ‘ gibi olumlu geri bildirimler verilmelidir (Trautman ve Rotheram-Borus 1988).

2- Sorunların ve sorunla başa çıkma konusundaki güçlüklerin listesini yapma: Elde edilen tüm bilgilerin yardımıyla sorunların ve sahip olunan güçlerin listesi yapılmalıdır. Yapılacak sorun listesiyle sanki belirsiz ve karmaşık gibi görünen sorunlar yumağı somutlaştırılarak sanıldığı kadar fazla ve karmaşık olmadığı gösterilmiş olur. Terapist genel ve belirsiz gibi görünen yakınmaları sıklık, yoğunluk, ortaya çıkaran koşullar açısından tanımlayarak bu yakınmaya karşı takınılan tutumları öğrenerek sorunu herkez için açık hale getirir.

3- Duyguları tanımak (Duygu derecelendirilmesi): Ergenler özellikle de çocuklar duygularını ve düşüncelerini saptamakta ve tanımlamakta zorlandıklarından yardımcı yöntemlere gereksinim duyarlar. Bir çok ergene davranışlarının nedeni sorulduğunda ‘bilmiyorum’ yanıtı alınır. Bu işbirliğini reddetmeyi gösteren bir tutum olabileceği gibi bir yandan da gerçekten duygu ve davranışla ilgili karmaşaya işaret eden bir durum olabilir (Trautman ve Rotheram-Borus 1988). Bu konuda Wolpe tarafından geliştirilen ‘duygu derecesi ve sıkıntının öznel birimleri ölçeği ‘ kullanılabilir. Bu ölçekle duygulara artan şiddetine göre 0’dan 100’e kadar bir değer verilir.

4- Otomatik düşünceler, amaçlar, alternatif düşünceler ve davranışları saptama: Bu amaçla Beck’in ‘işlevselliği bozulmuş düşünce kaydından’ faydalanılır (Shaw ve Segal 1988). Sorunu çözme, sorunu sistematik bir şekilde bileşenlerine ayırmakla sağlanır. Sorunun ve eşlik eden duyguların, otomatik düşüncelerin tanımlanması, amaçların belirlenmesi, alternatif düşünceler ve davranışların oluşturulması ve sınanması bu aşamada gerçekleşir. Alternatif düşünce ve davranışları oluşturabilmek sorun çözmek için şarttır.

5- Davranışları ve bilişi değiştirme: Bilişsel terapilerde de etkin duygulara göre daha kolay gözlenir ve kaydedilir olduğu için davranışlar ele alınır. Eğer davranışsal alanda bir işbirliği ve ilerleme sağlanırsa ardından sorun oluşturan durumla ilgili düşünce ve inançların incelenmesi hem daha kolay hem de daha başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Küçük çocuklarda eşlik eden düşünceleri ortaya çıkarmaya çalışmadan önce duyguların yoğunluğunu tanıma ve açıklama öğretilmelidir. Uyumu sağlayabilmek için çocuğun iki sosyal sorun çözme becerisi olmalıdır.

a) Alternatif çözüm düşünme, yada bir sosyal soruna çeşitli çözümler yaratabilme becerisi

b) Ortaya çıkacak sonuçları düşünebilme yada öngörebilme yeteneği (Petti 1991). Çocuk yada ergen kişilerarası bir sorun getirirse önce bunun ayrıntılı bir şekilde tanımlanması yapılır. Daha sonra çocuğun o durumdaki amacı, elde etmek istediği sonuçlar tartışılır. Terapist çocuk yada ergenle birlikte amaçları ve amaçlara ulaşılacak yolları bulur. Ardından bu amaca yönelik davranışları seanslar içinde denenir ve rol provaları yapılır. Çocuğa ve ergene yaşanabilecek olumsuzluklarla nasıl başa çıkacağı öğretilir. Son olarak durum tekrar değerlendirilerek amaçlara ulaşp ulaşamadığına bakılır. Eğer

istenen amaçlar gerçekleşmemişse yeni çözüm yöntemleri aranır (Trautman ve Rotheram-Borus 1988).

Sonuç olarak çocuk ve ergenlere kendine özgü bilişsel özellikleri nedeniyle bilişsel terapinin uygulanması yetişkinlere göre daha zor gibi görünmektedir. Aslında bu zorluk özellikle çocuklar göz önüne alındığında doğrudan çocukla ilişkiye önem veren tüm psikoterapiler için söz konusudur. Bilişsel psikoterapiler bu zorluğu kullanılan tekniklerin çocuğun gelişimsel dönemine uyarlanması ve aile görüşmeleri yoluyla aşmaya çalışmaktadır. Bu çabaların olgunlaşmasıyla bilişsel terapiler, çocuk ve ergenlerin psikoterapisinde giderek daha da önem kazanacak gibi gözükmemektedir.

SEPERASYON ANKSİYETESİ TEDAVİSİ:

Seperasyon anksiyetesi için bireysel ve aile tedavisini içeren multimodel tedavi yaklaşımı önerilmektedir. Aile terapisi tutarlı davranış ihtiyacını, destekleyici sevgiyi ve hastalık ameliyat gibi yaşam olaylarındaki değişikliklere hazırlanmanın önemini ebeveynin anlamasını sağlar. Spesifik kognitif stratejiler ve relaksasyon egzersizleri çocuğun anksiyetesini kontrol etmede yardımcı olabilir. Psikoterapi tek başına yeterli olmadığında farmakoterapi uygulanır. Seperasyon anksiyetesinin eşlik ettiği okul reddi psikiyatrik acil olarak kabul edilebilir, kapsamlı bir tedavi planı çocuğu, ebeveynleri ve çocuğun yaşlılarıyla, okulu kapsamalıdır. Çocuk okula gitmeye cesaretlendirilmelidir Fakat eğer okul çocuğu eziyor yada tamamen etkisinde bırakıyorsa program çocuğun okulda geçirdiği zaman progressif olarak artırılarak düzenlenmelidir. Okul reddinin olduğu bazı şiddetli vakalarda hospitalizasyon gereklidir.

Çocuk küçükken bozukluğun şiddeti farklıdır ve semptomlar uzun süreli değildir. Tedavi basittir ve açıktır. Hastalığın niteliği ebeveynlerde ve çocukta dikkatlice incelenmelidir Ailede belirgin olan anksiyetenin karakteri açıkça ortaya konmalıdır. Çocuğun semptomlarının başarılı bir şekilde azalmasının çocuğun seperasyon deneyimiyle olabileceği aileye söylenmelidir. Çocuğun düzenli olarak okula gitmesi veya aşırı stres olmaksızın yalnız başına yatabilmesinin kendisi için katastrofik bir olay olmadığı çocuk tarafından farkedilmelidir. Fakat çok gergin çocuklar için birtakım relaksasyon teknikleri uygulanması gerekir. Bu açıklamalardan sonra uygun zamanlarda çocuk seperasyona zorlanır, okula gitmesi gerektiği bildirilir ve okula gönderilir yada kendi odasında yatması istenir. Çocuk bu uygulamalardan sonra o gün ödüllendirilir. Bu yöntemler genellikle yeterlidir ve bir sistematik desensitizasyon şeklinde sürdürülmelidir.

Destekleyici ve davranışçı tedavilere ek olarak medikasyonda önerilebilir: İmipraminin ayrılma zorlukları ile ilgili fiziksel semptomları geçirmede faydalı olduğu bildirilmiştir. Bunun için birkaç ay yüksek doz 3-5 mg/kg uygulanır. Bunun için bazal EKG alınır, birde takip EKG'leri yapılır. Genellikle yatmadan önce tek doz halinde verilir ancak antikolinergik yan etkileri azaltmak için bölünmüş dozlarda tercih edilebilir. İmipraminin antidepresan etkiden başka seperasyonla ilişkili panik ve korkuyu azaltan sonuçları olduğu varsayılmaktadır. Genellikle istenen dozun ¼ yada ¾ ü ile başlanır günler haftalar içinde istenen doza ulaşılır. İlaç keserken de azaltarak kesmek daha akıllıcadır. Böylece uyku bozuklukları ve grip benzeri semptomların ortaya çıkması önlenmiş olur. Diğer trisikliklerle ilgili çalışmaların pozitif etkileri daha az bildirilmiştir. Klinik deneyimler tiyridazinin anksiyetede yeri olduğunu önermesine rağmen ancak çocukluk anksiyete bozukluğunca etkinliğini kanıtlayan çalışmalar yoktur. Kontrollü bir antihistaminik çalışmasında difenhidramin çocukluk anksiyetesinde faydalı olarak bildirilmiştir. Bazı çalışmalar alprazolam'ın çocuklarda seperasyon anksiyetesinde rolü olabileceğini önermiştir. Bu maksimum 1 mg/gün olacak şekilde bölünmüş dozlar halinde verilir. Buspironla ilgili ön klinik deneyimler olumlu olarak nitelendirilmiştir Ancak etkisi geç çıkar, eğer hala yeterli miktarda ilaç denendikten sonra semptomlar ısrar ediyorsa,

birkaç hafta hospitalizasyon gerekebilir. Böylelikle seperasyon arttırılmış olur. Bu tedavide uzamış üstüne gitme yöntemine eşdeğerdir. Ve multimodal tedaviler genellikle tatmin edici derecede semptom kontrolü sağlar. Çocuk yatırıldıktan itibaren birkaç gün zorlamalı olarak aileden seperasyonu yapılır, bu dönemde ebeveynler tek başına görülür. Bu görüşmeler ihtiyaç olduğu kadar sıklıkla yapılır. Daha sonra çocuk ve ebeveynler karşı karşıya getirilir ve ardından bir seri şeklinde tekrarlayan birleşmeler ve ayrılmalar yapıp çocuğun seperasyona duyarsızlaşması sağlanır. Bazen ebeveynin seperasyon anksiyetesi o derece artar ki çocuğunu hastahaneden taburcu etme aşamasına gelebilir, hatta çıkartabilir.

Komorbid tanılar ve diğer problemler de uzun süreli tedavi göz önünde tutulmalıdır. Ancak kısa vadeli tedavide seperasyon anksiyetesi tedavisine ağırlık verilmelidir. Seyir olumsuz olursa ki ağır olguların çoğunluğunda böyle olur, uzun süreli tedavi gerekir.

Seperasyon anksiyetesinin yoğun olduğu vakalarda önce hasta ve aileye tanı ve tedavi önerileri açıklanmalıdır. Sıklıkla aile terapisi gerekmektedir. Ailenin yüksek beklentileri anksiyete ve stresin kaynağı olarak tanımlandığında bu konuyla ilgili direkt tavsiyeler, görüşme ve destekle birlikte pazarlık yapma girişiminde bulunmalıdır. Dinamiklerin daha az net belirli olduğu durumlarda terapistin birey ve aile sistemi içerisinde duruma bağlı gelişimsel ve kognitif faktörleri göz önüne alıp semptomların orjinini ve alevlenmesini açıklayacak bir formülasyon geliştirmesi gereklidir. Daha sonra tedavi planı yapılır. Bu plan bir veya birkaç model içerebilir: Genel gerginliğin azaltılması için relaksasyon eğitimi çocuğun anksiyete arttırıcı düşüncelerinin yerine daha makul ve daha az anksiyete doğuran düşünceler koymasına yardımcı olacak nitelikte kognitif terapiler, sosyal sıkıntıları azaltacak grup terapisi, anksiyete kaynağını ve anksiyetenin pekiştirdiği davranışları ve aile sistemindeki iletişimlere göstermek için aile terapileri, anksiyete ortaya çıkartacak ortamların yaşandığı rol oynama veya oyun terapileri denemeleri ve çelişkileri yada erken gelişim evrelerindeki normal gelişimsel basamaklarla başedebilmek için gereken mekanizmaların gelişmesindeki başarısızlığa veya çelişkilere müdahale edecek psikodinamik psikoterapiler planlanır.

Terapötik yaklaşımlar bir yana yeterli bir terapotik ilişki gereklidir. Dış değişikliklerin iç değişikliklerden önde geldiğini hatırlamak ve etkileyici ve adanıklı ilerlemenin, tam bir içgörü oluşmasını hasta sözel olarak ifade etmediğinde de açıkça görülebileceğini unutmamak önemlidir. Ailedeki anksiyojenik olan bir takım etkileşim şekillerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Örn: Çelişkileri çözümlenmede sürekli bir başarısızlık olması, ailedeki rollerin netleşmemesi gibi durumlarda aile terapisinin de tedavi planına alınması gerekmektedir.

FOBİK BUZUKLUK TEDAVİSİ

Fobik bozuklukların farmakolojik tedavileri ile ilgili ampirik düzeyde az bilgi vardır. Fobik bozukluklar da ilaç tedavisinin yeri muhtemelen ağır sosyal fobinin tedavisinde yer alır. Benzodiazepinler sosyal fobinin korkusunu azaltabilir ancak bu hastaların bağımlılık riski fazladır. Bu hastaların bazıları düzenli veya korku doğuracak ortama girildiğinde kullanılan propranolol tedavisinden 10-80 mg /günde dozlarında ve günde 4 kez alınacak şekilde fayda görmektedirler. Tedavide yine MAOI ve/veya SSRI'lar faydalı olabilir. Fakat bu ilaçların güvenlik ve etkinliği henüz gençlerde sistematik olarak gösterilmemiştir. Değerlendirmeler sonucunda bireysel veya aile psikoterapisi endikasyonları konur, şiddetli fobik bozukluğu olan bireylerde destekleyici grup tedavisi faydalı olabilir. Ancak tedavi etkinliği en iyi olan Davranışçı tedavilerdir. Bunlar hakkında daha önce bilgi verilmişti.

Sistematik duyarsızlaştırmada, çocuğa ilk önce tamamen relakse olması öğretilir sonra korkulu ortamları hayal etmeyi denemesi sağlanır. En az rahatsız edici olan

maddeden başlayıp en çok rahatsız edene doğru ilerlenir. Bunlar relaks durumdayken yapılır. Bazı olgularda esas olarak korkulan nesne hayal yerine kullanılır, uzamış üstüne gitmede benzer şekilde hayali olarak veya canlı olarak yapılabilir. Model almada çocuk bir başka insanı korkulacak cisimle korkmadan etkileşirken gözler, bu sembolik olarak veya gerçekte yapılabilir ve ardından çocuğunda rol alması istenir.

Pozitif Güçlendirici Teknikler: Sıklıkla diğer metodlara ek olarak yapılır, korkulan obje veya stimulusla etkileşme olduğunda olumlu geri bildirim verilmesinden veya bu yapılmadığı takdirde olumlu geri bildirim verilmemesinden oluşmaktadır. Bu davranışçı tedavilerin hangisinin daha etkin olduğuna dair az bilgi vardır. Gerçek üstüne gitme mümkün olduğu takdirde sistematik duyarsızlaştırma en iyi seçim olabilir veya tam tersi durumda da yani korkulan obje veya ortam hayaliyse de Örn: hayalet korkusu gibi yine sistematik duyarsızlaştırma uygun olabilir. Daha büyük çocukta model alma uygun olabilir veya çocuğun örnek aldığı ve özdeşim yaptığı bir terapistin olduğu durumlarda uygun olabilir.

Relaksasyon eğitimi, sorun çözme, kognitif provaların kombinasyonu ve diğer tekniklere kendi kendine başatme adı verilebilir. Bunlar olumlu sonuç verebilir. Fakat bunların kullanımı iyi uyum sağlamış yaşça büyük çocuklarla sınırlı olabilir.

SOSYAL FOBİ TEDAVİSİ

Sosyal fobide grup, bireysel yada aile tedavisinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bilişsel tedavi ile birlikte uygulanan karşılaştırma tedavisi yararlı olmaktadır, duyarsızlaştırma da etkindir. Sosyal beceri eğitimi uygulanabilir (Yüksel N. 1995). Şiddetli fobik hastalarda destekleyici grup tedavisinin son derece yararlı olduğu belirtilmektedir. Tüm bunların yanında en iyi seçeneğin davranışçı tedaviler olduğu üzerinde durulmaktadır (Livingston R. 1991). Sosyal fobi ergenlik öncesinde nadiren ortaya çıktığı için çocuklardaki görünümü ile ilgili yayınlar olgu sunumları ile sınırlıdır. Kliniği ve tedavisi daha çok gençler ve erişkinlerle yapılan çalışmalarda belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu çalışmalarda sosyal fobiklerin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde kontrollerden daha fazla psikiyatrik bozukluklar gösterdikleri yaşam destek ve kalitesinin daha düşük olduğu, daha fazla intihar girişimi olduğu daha fazla fiziksel ve ruhsal sorunları olduğu ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.

Sosyal fobinin tedavisinde farmakolojik ve bilişsel davranışçı tedavi etkindir. Bu iki yöntemin birlikte kullanımı tedavi başarısını arttırmaktadır. İlaç tedavilerinden benzodiazepinlerin sosyal fobide etkinliği ile ilgili bilgiler oldukça sınırlıdır. Ayrıca hastalarda bağımlılık geliştirme riskleri da yüksektir. Serotonerjik etkisi olan klonazepamın sosyal fobi tedavisinde plaseboya üstün olduğu bildirilmektedir (Davidson ve ark. 1993). Açık klinik çalışmalarda bir triazolobenzodiazepin olan alprazolamın sosyal anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu bildirilmişse de sosyal fobideki etkinliğine yönelik kontrollü çalışmalar halen yoktur (Reich ve ark. 1988). Gerektiğinde beta blokörlerle birlikte kullanılabilirler. Benzodiazepinlerin beklenti anksiyetesini yatıştırabildikleri bildirilmektedir. Beta blokörler sosyal fobideki anksiyetenin periferik belirtilerini kontrol etmede kullanılabilirler. Propranolol bu amaçla en sık kullanılan ilaçtır. 10-80 mg/gün doz aralığında düzenli kullanımı yada sadece kaygı yaratacak durumlara girmeden bir saat önce tek doz alınması yeterli olmaktadır. Bu gruptan atenolol diğer bir seçenektir. Beta blokörlerin yaygın sosyal fobide etkili olmadığı bu nedenle performans anksiyetesinde tercih edilebileceği üzerinde durulmaktadır (Davidson ve ark. 1993). Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin çocuklarda kullanım yeri kısıtlıdır. DSM III R'a göre sosyal fobi tanısı konan 20 hastanın Sertralin ile sekiz haftalık tedavileri sonucunda %80'ine yanıt alınmıştır. Sosyal anksiyetenin tüm ölçümlerinde, anksiyete, kaçınma ve sosyal ölçümlerinde, anksiyete kaçınma ve sosyal işlevsellikte başlangıca göre belirgin

olarak değişme saptanmıştır (Van Ameringen ve ark. 1994). Fluoksetinin çocuklarda kullanımının güvenli olduğu ve bu yaş grubunda iyi tölere edildiği bildirilmektedir (Brimaher ve ark., 1994, Jain ve ark. 1993). 8-16 yaşları arasında günlük 20-40 mg'lık dozları çocuk ve ergenlerde sosyal fobi tedavisinde etkili bulunmuştur (Brimaher ve ark. 1994, Black ve ark. 1992). Monoamin oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) sosyal fobideki etkinliği kabul edilmektedir (Yüksel N. 1995, Liebowitz ve ark. 1988). Klasik MAOI'den fenelzin plasebo ve atenolol den çok daha etkin, alprazolam ve bilişsel-davranışçı tedaviyle ise benzer etkinlikte bulunmuştur. Moklobemid seçici ve geridönüşlü olarak etki eden bir MAOI'dür. Sosyal fobi tedavisinde plaseboya göre etkin olduğu ve fenelzine göre daha az yan etkisi olduğu bildirilmekte ancak MAOI ile tedaviden sonra daha yüksek oranda nükslerin olduğu bildirilmektedir (Versiani ve ark. 1992).

POST TRAVMATİK STRES BOZUKLUğU TEDAVİSİ

Her hastaya ayrı bir yaklaşım gerektiği kabul edilmektedir. PTSD de akut etkilerin ve yakınmaların tedavisi için kısa süreli hastahaneye yatmalar olabilir. Bu durumlar suisit davranışı, ciddi depresyonu, kontrol edilemeyen öfke ve şiddet veya alkol veya madde kötüye kullanımı gibi durumlar içindir.

En önemli olan diğer tedavi şekilleri, ilaç tedavisi bireysel psikoterapi, grup terapisiidir.

Bireysel psikoterapide hastanın kişilik yapısı semptomların tipini ve süresini etkiler. Tedavi kişinin yaşamındaki duygusal yapı, bilişsel özellikler ve kişilik yapısının üzerine yoğunlaşmalıdır. Diğer tedaviler hastanın duygusal dışavurumunu ve töleransını artırmak ve hastanın yetersizliğini gidermek amacına yönelik olarak yapılmalıdır.

Akut travmatik bozukluklar için premorbid özellikleri sağlıklı kişilerde bilişsel ve duygusal yaklaşımlı sınırlı terapi endike olmaktadır.

Kronik PTSD olanların terapisi daha karmaşıktır. Hatta terapiye uyumları bile güçtür. Bunlarda terapiden ayrılma oranı oldukça yüksektir. Bu yüzden şiddet veya ölümle ilgili olarak kronik PTSD hastalarında şüphencilik paranoya ve güven tedavinin temalarını oluşturur. Kronik seyirli hastalara destekleyici uzun süreli tedavi planı uygulanmalıdır.

Grup terapisi: Bu tür hastalarda oldukça yararlı olduğu ileri sürülmektedir.

PTSD tedavisinde ilk akla gelen ilaçlar trisiklik antidepresanlardır. Bunlardan en yaygın kullanılanı amitriptilindir. İmipraminin de aynı etkinlikte olduğu belirtilmektedir. Bu ilaçların depresif özelliklerin belirgin olması durumunda daha yararlı oldukları ancak diğer semptomları tam olarak etkilemedikleri ileri sürülmektedir. Bu hastaların ilaç ve madde kötüye kullanımlarının oldukça yüksek olduğu gözardı edilmemelidir.