

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Prolonged Exposure Terapisi

Levent SÜTÇİGİL¹, Selçuk ASLAN²

¹Doç.Dr. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Başkanlığı

²Doç.Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Başkanlığı

Özet

Travma sonrası stres bozukluğu, kişinin yaşamını ve beden bütünlüğünü tehdit eden bir olay sonrası gelişen, kişinin yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur. Birçok araştırmada, bilişsel davranışçı terapilerin, travma sonrası stres bozukluğundaki etkisi gösterilmiştir. Bu nedenle tedavi kılavuzlarında ilk basamak tedavi seçenekleri arasında yer alırlar.

Alıştırma (exposure), travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarında sık görülen “patolojik korku”yu ve bununla ilişkili duyguları azaltmaya yönelik bir uygulamadır. Exposure uygulamasında, anksiyete düzeyini azaltma amacıyla, hastalar kontrollü olarak; korkulan objeler, durumlar, düşünceler ve benzer uyaranlarla karşılaştırılırlar. Exposure uygulaması “gerçek yaşamda alıştırma” (in vivo exposure) ya da “imgesel alıştırma” (imaginal exposure) olarak iki farklı teknikte yapılabilir.

Uzun süreli alıştırma tedavisi (prolonged exposure therapy) ise travma sonrası stres bozukluğu tedavisi için tasarlanmış özel bir tedavi programıdır ve “duygu işleme kuramı”na dayanır. Tedavi programı 4 ana bölümden oluşur: (a) Travma ve travma sonrası ortaya çıkan bozukluklar hakkında psiko-eğitim, (b) Nefes egzersizi eğitimi, (c) Travmayı hatırlattığı için kaçınılan nesne, kişi, durum, ortamlarla tekrarlayıcı şekilde yüzleştirme, (d) Hastanın travmayla ilgili hatırladıklarını tekrarlayan şekilde yüksek sesle anlatılmak. Program haftada 1-2 kez sıklıktaki, 60-90 dakikalık görüşmelerden oluşur ve toplam 9-12 hafta sürer. Prolonged exposure terapisi 1980’li yıllarda uygulanmaya başlanmış ve çeşitli ampirik çalışmalarla etkinliği gösterilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Bilişsel Davranışçı Terapi, Exposure Terapi

Summary

Prolonged Exposure Therapy For Post Traumatic Stress Disorder

Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) is a psychiatric illness that usually develops after an event that threatens one’s life and body integrity and it affects quality of life and impairs social functioning significantly. Many studies have shown therapeutic effect of cognitive behavioral therapies on posttraumatic stress disorder, so that these therapies take part in the first step of treatment guides.

Exposure is a practice that is generally used to reduce pathological fear and related emotions common in posttraumatic stress disorder (PTSD) and other anxiety disorders. During exposure, patients intentionally confront with feared objects, situations, thoughts and similar stimuli in order to reduce anxiety level. Exposure can be divided into two main techniques as in vivo exposure and imaginal exposure.

Prolonged exposure therapy is a specialized treatment program configured for the treatment of posttraumatic stress disorder and it is based on emotional processing theory. Program is comprised of four main components: (a) Psycho-education about trauma and posttraumatic disorders, (b) Training for breathing exercises, (c) repeated facing with objects, persons, situations and thoughts which causes re-experience about trauma, (d) Patient are instructed for telling repeatedly and loudly about traumatic experiences. Prolonged exposure usually involves 9 to 12 sessions, each lasting about 60-90 minutes, administered once or twice a week. Prolonged exposure therapy was started to be implemented since the 1980s, during this period the effectiveness of the therapy has been shown in various empirical studies.

Key Words: Posttraumatic Stress Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Exposure Therapy

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu, kişinin yaşamını ve beden bütünlüğünü tehdit eden bir olay

sonrası gelişen, kişinin yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur (DSM-IV 2004). İnsanların % 60’ının

yaşamları boyunca bu tip bir travmayla karşılaştıkları düşünüldüğünde sıklığının oldukça fazla olduğu tahmin edilebilir (Kessler ve ark. 1995). Travma ile karşılaşan insanlarda bu grup belirtilerin çoğu bir yıl içinde azalır ve tanı alacak düzeyin altına gerilese de önemli bir kısmında belirtiler süreklilik kazanır.

Travmatik bir olay sonrası ortaya çıkan psikiyatrik belirtiler yaklaşık yüz yıldır bilinmesine rağmen günümüzdeki anlamıyla travma sonrası stres bozukluğu ilk kez DSM-III'te tanımlanmıştır (DSM-III, APA, 1980). Bozukluğun tedavisi farmakolojik ve psikososyal tedavilerin birlikte kullanılması ile yapılır.

Psikososyal tedavilere odaklandığımızda, bu alanda en çok çalışmanın bilişsel davranışçı terapilerle (BDT) ilgili olduğunu görmekteyiz. Stress inoculation therapy (SIT), cognitive processing therapy (CPT), prolonged exposure therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) gibi tedaviler bunların bazılarıdır. Bilişsel davranışçı terapilerin kombine ve tekli kullanımlarında travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını % 70' ler oranında iyileştirdiği bilinmektedir (Bradley ve ark. 2005). Bu nedenle birçok tedavi kılavuzu bilişsel-davranışçı terapi uygulamalarını birinci basamak tedavi seçenekleri arasına almıştır (Foa ve ark. 1999).

Davranışçı tedavi tekniği olarak, alıştırmaya (exposure) tedavilerindeki temel işlem, abartılı bir şekilde kaygı ortaya çıkaran nesne, kişi ve ortamlarla yüzleştirmedir. Bu yüzleştirmeler kişinin ya gerçek yaşamda (in vivo) o ortamlarda bulunması sağlanarak yapılır ya da imgeleme (imajinasyon) tekniğiyle hayalde canlandırma yoluyla yapılır.

Süresi uzatılmış ya da uzun süreli alıştırmaya tedavileri (prolonged exposure terapisi) ise özellikle kronik travma sonrası stres bozukluğu tedavisi için yapılandırılmış özel bir tedavi programıdır ve sonraki bölümde anlatılacak olan "emotional processing" (duyguların işleme) kuramından temel almaktadır.

Program 1980'li yıllardan itibaren uygulanmaya başlamıştır. Davranışçı tekniklerden oluşan temel yapı, anksiyete bozukluklarından elde edilen tecrübeler ile oluşturulmuştur. Süreçte yapılan çalışmalardan elde edilen deneyimler ile programa bilişsel ve davranışçı teknikler eklenmiştir. Tedavi programı, haftada bir ya da iki kez 60-90 dakika süren görüşmelerden oluşur. Tedavi yaklaşık 9-12 hafta sürer.

Tedavi programı dört ana bölümden oluşur:

- Travma ve travma sonrası ortaya çıkan bozukluklar hakkında psiko-eğitim.

- Nefes egzersizi eğitimi
- Travmayı hatırlattığı için kaçınılmaya çalışılan nesne, kişi, durum ve ortamlarla tekrarlayıcı şekilde yüzleştirme (in vivo exposure)
- Hastanın travmayla ilgili hatırladıklarını tekrarlayan şekilde yüksek sesle anlatılmak (imaginal exposure).

Psiko-eğitim: Travma ve travmayla ilişkili bozuklukların ortaya çıkışı, belirtileri ve tedavi hakkında hastayı bilgilendirmeyi içerir. Bu eğitim sırasında, travmayla ilişkili uyarılardan kaçınmanın, belirtilere nasıl süreklilik kazandırdığı vurgulanmalıdır.

Görüşme hastanın da düşüncelerini söylemesine fırsat sağlayacak şekilde karşılıklı konuşma tarzında yapılır. Hastaya belirtilerin kendisine has olmadığı, travma sonucu ortaya çıkan duygusal yüke karşı vücudunun doğal sayılabilecek tepkilerine bağlı olduğu açıklanır. Bu müdahale hastanın yakınmalarını normalleştirmesine yardımcı olur.

Nefes egzersizleri: Nefes egzersizleri hakkında bilgi, ilk görüşmede en sade şekliyle yapılır. Önce derin nefes alıp vermenin, inanılan aksine, kaygıyı ve diğer belirtileri nasıl artırdığı anlatılır. Sonrasında nefes verme (ekspirasyon) süresini uzatmanın kaygıyı azaltıcı etkisi açıklanarak hastayla birlikte en az 2-3 dakika nefes egzersizi yapılır.

Gerçek Yaşamda Alıştırma (In vivo exposure): Hastanın, travmayı hatırlattığı için kaçınmaya başladığı kişi, nesne ve durumlarla sistematik şekilde yüzleşmesini amaçlayan girişimdir.

İlk önce hastanın kaçındığı durumları tespit etmesine yardımcı olunur. Tespit edilen kaçınma davranışları, kişide yarattıkları sıkıntı hissi açısından, bir sıraya dizilir. Hastanın tolere edebileceği bir kaçınma davranışı seçilerek uygulama başlatılır. Diğer davranışçı terapilerden farklı olarak uygulama görüşmeler arasında yapılır.

İmgelemede Alıştırma (Imaginal exposure): Görüşme sırasında yapılan uygulamadır. Hasta gözlerini kapatarak yüksek sesle, travma sırasında olanları anlatır. Travmayla ilgili anının daha iyi canlandırılabilmesi için, olayın sanki şimdi oluyormuş gibi şimdiki zaman kalıbındaki cümleler ile anlatması istenilir.

Bu uygulamaların amacı, hastayı kaçındığı düşünce ve durumlarla güvenli bir ortamda yüzleştirerek "duyguların işlenmesini" sağlamaktır (Foa ve Kozak 1986). Aynı zamanda, hastanın travmayı yaşamakla, hatırlamanın farklı olaylar olduğunu fark etmesine

yardımcı olduğu düşünülmektedir. Tedavi süresince ortaya çıkan kaygının azalması, tolere edilir düzeye geldiği hastaya gösterilmeye çalışılır (Habitüasyon).

TEDAVİ PROGRAMININ GELİŞİMİ

Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı terapilerin hemen hepsi exposure uygulamalarının bir ya da birkaçını kullanır. İlk olarak Wolpe tarafından geliştirilen "sistemik duyarısızlaştırma tekniği" 1970'lerde sıklıkla kullanılmıştır (Wolpe 1958). Sonrasında ise etkinliğinin daha yüksek olduğu düşünülen, uzun süreli yüzleştirme tekniği uygulamalara eklenmiştir. Prolonged exposure gibi uygulamaları içeren bilişsel davranışçı terapi teknikleri hakkında oldukça fazla sayıda çalışma vardır (Bradley ve ark. 2005). Prolonged exposure terapisiyle de ilgili birçok çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmalar değişik toplum kesimlerinde, cinsel saldırı, çocukluk dönemi kötüye kullanımı, trafik kazaları, işkence, savaş yaralanması, doğal afetler gibi değişik travmalara bağlı olmuş bozuklukları olan hastaları içerir (Cahill ve ark. 2006).

Tedavi programının etkinliğine dair ilk çalışma Foa ve arkadaşlarınınca yayınlanmıştır (Foa ve ark. 1991). Çalışmada tecavüz mağduru 45 kadın prolonged exposure terapisi, stres aşılama tedavisi (stres inoculasyon therapy), destekleyici danışmanlık (supportive counseling) gruplarına ayrılarak, bekleme listesindeki (tedavi için bekleyen hastalar) hasta grubuyla karşılaştırılmıştır. Tedavi gruplarında, bekleme listesindeki hastalara göre belirgin iyileşme tespit edilmiştir. Bir yıl sonraki gözlemlerde prolonged exposure terapisi uygulanan hastalarda iyileşme devam ediyor iken, diğer iki gruptaki hastalarda kazanımların aynı düzeyde kaldığı tespit edilmiştir.

Tedavi programının etkinliğiyle ilgili ikinci çalışma yine Foa ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (Foa ve ark. 1999). Tecavüz mağduru kronik travma sonrası stres bozukluğu olan 97 kadın hastaya prolonged exposure terapisi, stres aşılama tedavisi ve her iki tedavi kombine olarak uygulanmış, sonuçlar bekleme listesindeki hastalar ile karşılaştırılmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında her üç tedavi protokolünün de travma sonrası stres bozukluğu, genel anksiyete ve depresyon belirtilerinde belirgin derecede azalma sağladığı saptanmıştır. Bir yıl sonraki takiplerde, tedavi etkinliğinin devam ettiği görülmüştür. Diğer bir sonuç ise kombine tedavinin tek uygulamalardan daha kötü sonuçlara sahip olmasıdır. Yazarlar, kombine tedavideki düşük etkinliğin, uygulamaların atması ile anlama ve uygulamanın

zorlaşmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmüşlerdir.

Diğer bir çalışmada prolonged exposure terapisi, çeşitli anksiyete bozukluklarında etkinliği gösterilmiş olan bilişsel yeniden yapılandırma (cognitive restruction) terapisiyle kombine edilerek denenmiştir (Foa ve ark. 2005). Hasta grubunu tecavüz, saldırı (cinsel içerik olmayan) ve çocukluk dönemi kötüye kullanımı mağduru 179 kadın oluşturmaktaydı. Çalışma sonunda hem prolonged exposure uygulanan hasta grubunda hem de kombine tedavi uygulanan hastalarda, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon skorlarında belirgin bir düşme tespit edilmiştir. Bu çalışmada da kombine tedavinin "etki büyüklüğü" (effect size) düşük bulunmuştur.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer etkinlik oranları tespit edilmiştir. Örneğin Resick ve arkadaşları prolonged exposure terapisini, travma öyküsünü yazma ve tekrarlayan şekilde okuma gibi davranışçı egzersizleri içeren "cognitive processing therapy" ile karşılaştırmışlardır. Her iki tedavinin de travma sonrası stres bozukluğu, depresyon belirtilerini azaltıcı etki gösterdiği ve bu etkinin 9 ay sonra yapılan takip çalışmasında devam ettiği bildirilmiştir (Resick ve ark. 2002).

Rothbaum ve arkadaşları, cinsel saldırı mağduru hastalarda prolonged exposure terapisi ile "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" (EMDR) tedavilerinin etkinliklerini karşılaştırmışlardır. Her iki tedavi tekniğinin de travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete semptomlarına benzer oranlarda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Altı ay sonraki takip çalışmasında işlevselliğin bileşik değerlendirmesinde (composite measure) prolonged exposure terapisinin, EMDR'den daha üstün olduğu görülmüş ve bu üstünlük yazarlarca, prolonged exposure terapisinin tedavi etkisinin, uygulamadan sonra da devam ettiği şeklinde yorumlanmıştır (Rothbaum ve ark. 2005).

Bugüne kadarki birçok çalışmada prolonged exposure terapisi farklı bilişsel-davranışçı terapi teknikleriyle birlikte ve tek başına farklı tedavi protokolleri ile karşılaştırılmıştır. Tüm çalışma sonuçlarında prolonged exposure terapisinin travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete belirtilerini iyileştirmede yüksek bir etkinliği olduğu belirtilmiştir. Foa'nın çalışmalarından çıkan diğer bir sonuç ise, uygulamaya değişik tedavi tekniklerinin kombine edilmesinin, etkinliği artırmadığıdır (Foa ve ark. 2003).

Çalışma sonuçları ışığında uygulanan protokol yapılandırılmış, düzenlenen kurslar ile değişik sosyal

gruplarda etkinlik çalışmaları denenmiştir.

EMOTIONAL PROCESSING (DUYGU İŞLEME) KURAMI

Prolonged exposure terapisinin kuramsal temeli, Foa ve Kozak'ın anksiyete bozukluklarını açıklamak için geliştirdikleri emotional processing (duygu işleme) kuramından kaynak alır (Foa ve Kozak 1985, Foa ve Kozak 1986).

Duygu işleme kuramının çıkış noktası, korkunun bellekte tehlikeden kaçmayı sağlayan bilişsel bir yapı olarak temsil edilmesi düşüncesine dayanır. Bu "korku yapısı"; korkuyu ortaya çıkaran nesne ya da durum (örneğin ayı), uyarana karşı ortaya çıkan yanıt (kalp hızında artma vb.), bu uyararla ilişkili anlam (ayı tehlikelidir ve çarpıtım korkumla ilişkilidir) yapılarından oluşur.

Korku yapısı, gerçekçi bir tehdit karşısında ortaya çıktığında biz buna doğal korku yapısı deriz ve tehdit karşısında etkin bir rol oynar. Bu şekilde ayı gibi tehlikeli bir hayvan karşısında korku hissetmek ve kaçmak, normal ve uyum sağlayıcı bir davranış olarak tanımlanır.

Foa ve Kozak'a göre (1985);

- Kavramlar arasındaki ilişki gerçek dünya ile uyumlu değil ise,
- Zararsız uyarılar bile kaçma davranışı ve diğer ilişkili psikolojik yanıtları ortaya çıkarıyorsa,
- Abartılı yanıtlar, uyum sürecini bozuyorsa,
- Zararsız uyarılar tehditin gerçek anlamını yansıtmayacak ölçüde hatalıysa; bu durumda "korku yapısının" patolojik hale geldiğinden söz edilebileceğini söylerler.

Foa ve Kozak (1985) her anksiyete bozukluğunun kendine has özgün bir patolojik yapıya sahip olduğunu ve korku yapısındaki bu patolojik yapıların tedavi ile yeniden düzenlenmesinin, anksiyete bozukluğu belirtilerini azaltabileceğini belirtmişlerdir ki bu düşünce duygu işleme kuramının temelini oluşturur. Öne sürdükleri modele göre ise, travma sonrası "patolojik hale gelmiş korku yapısındaki" bilginin, önceki bellek sistemi içinde özümsemesi gereklidir.

Patolojik hale gelmiş korku yapısının, yeniden düzenlenerek önceki bellek sistemi içine sokulabilmesi (özümsemesi) için ise iki koşulun sağlanması gerektiğine inanırlar.

Bu koşullardan ilki ve önce yapılması gerekeni, "korku yapısı"nın aktive edilmesidir. Aktive edilmezse

düzenleme için müsait olmayacaktır. İkincisi ise, korku yapısının aktive edilmesiyle eş zamanlı olarak, travmatik olayın öğrettiklerine/koşullanmalarına (örneğin, tüm erkekler tehlikelidir vb.) "ters", başka bilgilerle karşılaşılmasına olanak sağlanmasıdır. Bu iki koşul sağlanırsa, yaşanan olay ile ilgili bilgiler var olan sistem içine özümsenebilmektedir. Prolonged exposure terapisini bu iki koşulu sağlayacak şekilde, iki ana bölümde yapılandırılmıştır.

Foa ve arkadaşları sonraki çalışmalarında, duygu işleme kuramını gözden geçirerek daha kapsamlı yeni bir model sunmuşlardır. Bu yeni modelde bozukluğun gelişimi, travma sonrası doğal iyileşme süreci ve süregelenleşme açıklanmaya çalışılmıştır (Foa ve Cahill 2001). Burada, kişi bir travma yaşadığında, bellekte üç bileşenden oluşan bir korku yapısı oluştuğu öne sürülmektedir:

- Uyarılar (Olayla bağlantılı ses, görüntü, koku gibi duyumlar),
- Yanıtlar (Fizyolojik ve psikolojik tepkiler),
- Uyarılar ve yanıtlarla bağlantılı anlamlar.

Travmayla ilişkili tetikleyiciler korku yapısını harekete geçirerek, anıların ve yanıtların yeniden yaşanmasına neden olduğundan, kişi bu tarz tetikleyicilerden kaçınır ve bu kaçınma travma sonrası stres bozukluğunun belirtilerini oluşturur.

Tehlikeli olarak anlamlandırılan nesne ve durumlar o kadar fazladır ki kişi sonuçta dünyayı tümünden tehlikeli olarak tanımlar. Travma sırasındaki davranışlar ile kendi ve belirtiler hakkındaki yorumları, kendilik algısıyla ilişkilendirilir. Bu olumsuz bilişler ("Dünya tamamıyla tehlikelidir" ve "Ben yetersiz/güçsüz birisiyim" vb.) hem belirtileri artırır hem de olumsuz bilişleri güçlendirir.

Prolonged exposure terapisinin etkinliğini destekleyen başka bazı çalışmalarda yayınlanmıştır. Kilpatrick ve arkadaşlarına göre travma sonrası stres bozukluğu hastalarının travma öyküleri parçalıdır (fragmente) ve öykü kendi içinde organize değildir (Kilpatrick ve ark. 1991).

Foa ve Riggs (1993) organize olmamış travma hatıralarının farklı etkiler ile duygu bilgi işleme süreçlerini engellediklerini belirtmişlerdir. (Foa ve Riggs 1993). Bu düşünce ile uyumlu olarak Amir ve arkadaşları travmadan sonra düşük düzeyde artikülasyonun, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin şiddeti ile orantılı olduğunu belirtmişlerdir (Amir ve ark. 1998).

Foa, Molnar ve Cashman (1995) çalışmalarında prolonged exposure terapisini sonunda, travmayla ilgili

hatıralarda organize olabilmeye oranının, belirtilerde iyileşme ile orantılı olduğunu söylemişlerdir. Çalışmanın diğer önemli iki sonucu ise, öykü organize oldukça depresyon düzeylerinin azaldığı, fragmantasyon azaldıkça da anksiyete belirtilerinin azaldığını bildirmesidir (Foa ve ark. 1995).

DOĞAL İYİLEŞME SÜRECİ

Travma sonrası ortaya çıkan belirtiler birçok kişide zaman içinde kendiliğinden önemli derecede azalır (Kessler ve ark. 1995). Yine de önemli sayılacak oranda mağdurda iyileşme görülmez ve belirtiler yıllarca sürebilir. Foa ve Cahill'e göre (2001); iyileşme, olayla ilişkili düşünce ve duyguların hatırlanması, başkalarıyla paylaşımı, travmayı hatırlatan nesne ve durumlarla yüzleşme ile "travma belleğinin" tekrar tekrar aktif olması sayesinde gerçekleşir (Foa ve Cahill 2001). Duygu işleme olarak adlandırılan bu durum sayesinde, travma sonrası ortaya çıkan dünyanın tamamen tehlikeli, kişinin de bütünüyle yetersiz olduğu düşüncelerine inanç azalır. Kişinin travmatik olayı diğer insanlarla konuşması ve konu hakkında düşünebilmesi, hatırayı organize etmesine yardımcı olur.

Bu doğal iyileşme sürecine rağmen neden bazı kişilerde travma semptomları süregelenleşmektedir?

Duygu işleme kuramına göre, travmayı hatırlatan durumlardan kaçınma, travma hatıralarının işlenmesini engeller, bununla beraber bozukluk süregelenleşir. Tedavide amaç, duygu işlemeyi ilerletmektir. Prolonged exposure terapisinde, doğal yoldan iyileşmede olduğu gibi önce korku yapısı aktive edilmeye çalışılır. Sistemik şekilde yapılan uygulamada, hastanın konuyla ilgili (olumsuz) düşüncelerinin geçersizliği gösterilmeye çalışılır. Kişi, kaygının zaman içinde azaldığını ve bunu tolere edebileceğini görür. Tüm bu farkındalıklar bilişsel yeniden yapılandırmayı sağlar (Işıklı 2009).

Exposure uygulamaları, hastaya travmanın kendisi ile travmaya benzer durumları birbirinden ayırt etmesini öğretir. Travmayı düşünmek kaygı verici bir durum olsa da, travmanın kendisinden farklı olduğunun ve düşünmenin tek başına bir tehlikesi olmadığını farkına varılmasına yardımcı olur. Terapi süresince hastaya, travmatik olayı yeni düşünce tarzında ve güvenli bir ortamda, yeniden değerlendirme olanağı sağlanır. Birçok hastada ilk seanslardaki ile ilerleyen seanslar arasında, olaya bakış ve değerlendirme bakımından oldukça "olumlu" farklılıklar görülmektedir. Örneğin, saldırıya

yeterince direnmediğinden suçluk hisseden hasta, aslında olay sırasında başına gelenlerin direncinin çok üzerinde olduğunun ya da aslında elinden geldiğince direndiğinin farkına varabilir.

Tüm bu değişimler belirtilerin sayı ve şiddetlerinin azalmasına, hastanın olay üzerine daha bir üstünlük ve yeterlilik hissi sağlamasına yardımcı olurlar.

TEDAVİ PROGRAMININ YARAR VE RİSKLERİ

Tedavinin hedefi, travmatik bellekle ilişkili birbiri içine geçmiş farklı duyguların (kaygı, korku, üzüntü, kızgınlık, utanç, suçluluk vb.) yeniden tanımlanmasını sağlamaktır (processing). Burada terapistin görevi, hastayı desteklemek ve kılavuzluk etmektir.

30 yıldır süren çalışmalar prolonged exposure terapisinin, travma sonrası stres bozukluğunda etkili olduğunu açık şekilde göstermiştir. Çalışmalar, terapisinin travma sonrası ortaya çıkan major depresyon, yaygın anksiyete, öfke, suçluluk üzerine de olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Tedavideki ana risk, kaçınılan uyarılarla ile karşılaşma sonucu ortaya çıkan kaygıdır. İlk görüşmeler sonrası kaygı ve diğer yakınmalar artabilir. Ancak bu durumun, tedaviyi bırakma ve tedavi sonucuyla ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Foa ve ark. 2002).

Tedaviye başvuran birçok hasta bir ya da birkaç ilaç tedavisi kullanmış ya da kullanıyor olabilir. Uygulamada keskin bir sınır olmamakla birlikte, uygulama öncesi en az üç aydır ilaç dozunun istikrarlı bir dozda olması önerilmektedir.

TEDAVİ PLANI

Terapi programı 9-12 hafta süren 60-90'ar dakikalık görüşmelerden oluşur. Hastanın, bozukluk ve tedavi programı hakkında bilgi sahibi olması amacıyla bilgilendirici döküman sağlanır. Her görüşme ses kaydına alınır ve belirtiler ölçeklerle takip edilir.

Görüşmelerin yapısı

Değerlendirme görüşmesinden sonra yapılan ilk görüşmede (1. görüşme), hastaya tedavi programı hakkında bir gözden geçirme sunulur, tedavinin mantığı açıklanır. Hastanın travması, travma sonrasındaki durumu ile travma öncesindeki yaşamı ya da travma benzeri olaylar hakkında bilgi toplanır. Son bölümünde, nefes egzersizleri hakkında bilgi verilerek, 2-3 dakika hastayla birlikte nefes egzersizi

yapılır. Ses kaydı hastaya verilir ve günde birkaç kez dinlemesi istenilir.

2. görüşme, bir önceki seansta verilen ödevlerin kontrolü ile başlar. Neleri yapabildiği, neleri yapamadığı üzerine kısa bir görüşme yapılır. Görüşme travma sonrasında ortaya çıkan yakınmalar ve onların yaşamındaki etkileri üzerine konuşmalar ile devam eder. Bozuklukta sık görülen belirtiler açıklanır. Kaçınmanın önemi vurgulanır. Uygulamaların mantıklarının açıklanması, hastanın anlayacağı tarzda, birlikte katılım şeklinde yapılmaya çalışılmalıdır.

Kaçınma davranışları (kişi, nesne ya da durum vb.) belirlenir. Bu kaçınma davranışları hastaya yaşattığı sıkıntı düzeyine göre hiyerarşik bir sırada listelenir (%1 sıkıntı verenden % 100 sıkıntı verene doğru). Hastanın yapabileceği bir sıkıntı düzeyi içeren alıştırmaya ile exposure uygulamasına başlanır. Bu genellikle %40-%50 subjektif düzeyde sıkıntı veren bir alıştırmadır.

Motivasyonu artırmak amacıyla, travmadan sonra yapamadığı ancak yapabileceği konular üzerine konuşulabilir (Çocuğunun mezuniyet törenine gidememesi vb.). Görüşmenin son bölümünde, in vivo exposure sırasında ortaya çıkabilecek kaygılar üzerine konuşulur, nefes egzersizlerinin önemi vurgulanır. Exposure uygulamaları sonrasında beklenen ve hissedilen kaygı düzeyinde azalma ortaya çıkacaktır (habitüasyon). Bu azalmanın hastaya gösterilmesi önemlidir. Hasta bu mekanizmayı anlarsa tedaviye olan inanç ve motivasyon artar.

3. görüşme, ev ödevlerinin kontrolü ile başlar. İmaginal exposure uygulamasının mantığı açıklandıktan sonra uygulamaya başlanır. Hastadan rahat bir şekilde oturması, gözlerini kapatması ve şimdiki zamanda kurulan cümleler ile, olay sanki şu an oluyormuş gibi travma anını anlatması istenilir. Bu süreç yaklaşık 45-60 dakika sürer.

İlk görüşmelerde, hasta ayrıntıya girmek için zorlanmaz. Travma öyküsü belirlenen süre içinde bitirse beklemeden en başa dönerek anlatmaya devam etmesi istenilir. Sürenin sonunda travma üzerine konuşmaya teşvik edildiği bilgi işleme (processing) bölümü yer alır. Bu süreçte hem kaygı düzeyinin azalması beklenir hem de hastanın travma üzerine olan duygu düşüncelerini konuşması sağlanır. Görüşme sonunda yapılacak in vivo exposure uygulaması listeden seçilir. Ses kayıtları teslim edilir.

3. görüşmeden sonraki görüşmelerin (4-11. görüşmeler) ana yapısı kabaca birbirine benzerdir. Görüşme ev ödevi kontrolü ile başlar ve ev ödevlerindeki in vivo exposure uygulaması sırasında

ortaya çıkan zorlukları içerir. Belirlenen süre içinde travma anlatılır (imaginal exposure), sonrasında da travma üzerine konuşmalar yapıldığı bilgi işleme (processing) bölümüne geçilir. Görüşmelerin sonunda bir sonraki seansa kadar yapılabilecek in vivo exposure uygulaması belirlenir. Ses kayıtları verilerek her gün birkaç kez dinlemesi istenilir.

Görüşmeler ilerledikçe, hastadan anlattığı travma öyküsünde ayrıntılara girmesi istenir ve uygulama sırasında kısa sorular ile kılavuzluk edilir. Hatıraların daha canlı hale gelmesi için, hastadan olayla ilgili hatırladığı ses, görüntü, koku, dokunma, ağrı, acı gibi duyuları da hatırlaması ve anlatması istenilir.

Travma öyküsünü sırasında hastanın anlatmakta zorlandığı, anlatırken kaygısının belirgin derecede arttığı bazı bölümler olabilir. Bu bölümler "hot spot" olarak adlandırılır. Hem hastanın kendi ifadelerinden hem de anlatma sırasındaki vücut dilinden diğer kısımlardan kolayca ayırt edilebilirler. İlerleyen görüşmelerde "hot spot" anları detaylandırması ve birçok tekrarda anlatması (kaygı azalınca kadar) istenilir.

Terapi onikinci görüşmede sonlandırılır. Ancak hastanın durumuna göre, yirminci görüşmeye kadar uzatılabilir. Son görüşme, ev ödevi kontrolü ile başlar. 20-30 dakika süren tüm travmanın son bir kez anlatıldığı imajinal exposure uygulaması yapılır. Arkasından hasta ile şimdiye kadar travma öyküsünde değişen faktörler ve tedavi etkinliği hakkındaki düşünceleri sorularak terapi sonlandırılır.

Alıştırma tedavileri, anksiyete bozukluklarında uzun yıllardır kullanılmasına rağmen hala yeni çalışmalara açık bir alandır. Yeni araştırmalar daha çok, daha hızlı ve etkin bir iyileşmenin nasıl sağlanabileceği üzerine yoğunlaşmıştır. Exposure uygulaması sırasında etkinliği artırmak amacıyla D-cycloserine, metile blue gibi maddeler verilerek iyileşmenin hızlandırılması çalışmaları denlenmektedir. (Kleine ve ark. 2012).

Not: Konuyla ilgili hasta el notları www.oup.com/us/ttw sayfasından elde edilebilir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington: DC.
- Amir N, Stafford J, Freshman MS, Foa EB (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. J Trauma Stress, 2:385-392

- Rothbaum BO, Millie CA, Marsteller F (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*, 18 (6):607-616
- Bradley R, Grene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162: 214-227
- Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, Nacasch N (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of PTSD. *J Trauma Stress*, 19 (5): 597-610
- Foa EB, Kozak MJ (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J D Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. pp. 421-452
- Foa EB, Kozak MJ (1986). Emotional processing of fear: Exposure of corrective information. *Psychological Bulletin*, 99:20-35
- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*, 59(5):715-723
- Foa EB, Riggs DS (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman, *Annual review of psychiatry*, Vol.12. Washington, DC: American Psychiatric Association. pp. 273-303
- Foa EB, Molnar C, Cashman L (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 8(4):675-690
- Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 67(2):194-200
- Foa EB, Davidson JRT, Frances A, Editors (1999). Expert Consensus Guidelines Series, Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*; 60 (suppl 16).
- Foa EB, Cahill SP. Psychological therapies: Emotional processing. In: Smelser NJ, Bates PB, editors. *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier; 2001. pp. 12363-12369
- Foa, EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4): 1022-1028
- Foa EB, Rothbaum BO, Furr JM (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatry Annals*, 33(1): 47-53
- Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC, Yadin E (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5):953-964
- İşıklı S (2009). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilgi İşleme Süreçleri. Ed.Metehan Irak. *Psikopatolojilerde Bilgi İşleme Süreçleri*(179-209). HYB Basın Yayın, Ankara.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12):1048-1060
- Kilpatrick, DG, Resnick HS, Freedy JR. (1991). The Potential Stressful Events Interview. Unpublished instrument. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry, Medical University of South Carolina.
- Kleine RA, Hendriks GJ, Kusters WJ, Broekman TG, van Minnen A (2012). A Randomized Placebo-Controlled Trial of d-Cycloserine to Enhance Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry*, 1;71(11):962-968
- Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol*, 70(4):867-879
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*, 18(6):607-616
- Wolpe J (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford CA. Stanford University Press, p . 239

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Dr. Levent Sütçügil, GATA Psikiyatri Kliniği
lsutcugil@gata.edu.tr

Alınma Tarihi: 11.06.2012

Received: 11.06.2012

Kabul Tarihi: 22.06.2012

Accepted: 22.06.2012