Fobik Bozukluklar

Doç. Dr. Mehmet Z. SUNGUR*

Özet

Fobiler, neden olarak gösterilen uyaranla orantılı olmayan şiddette ortaya çıkan anksiyete ve bu abartılı anksiyete tepkisinin mantıksız olduğunu bilmesine karşın bineyin kaçınma davranışlarını engelleyemediği yer, durum, nesne ve işlevlere ilişkin duygu ve tepkilerini tanımlar. Bu yazıda bireyin özgürce yaşamasını engelleyen ve günlük etkinliklerini kısıtlayarak, yaşam kalitesini düşüren fobilerin pratisyen hekimler ve psikiyatri uzmanlık öğrencileri tarafından tanınmasını ve tedavisini kolaylaştıracak pratik bilgiler aktarılmıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1997;1:5-11

Korku, Anksiyete ve Fobinin Tanımları

Korku, yaşamı veya güvenliği tehdit eden mevcut veya olası bir tehlike karşısında ortaya çıkan emosyonel bir tepkidir. Güvenliği tehdit eden herhangi bir durumda böylesi bir tepkinin ortaya çıkışı, yaşamın devamı için gerekli, hatta şarttır. Duyulan korku sayesinde tehdit edici uyarana karşı gerekli, hatta şarttır. Duyulan korku sayesinde tehdit edici uyarana karşın gerekli acil tedbirler alınır ve yaşam güven içinde sürdürülür.

Anksiyete, korkuya benzer bir duygu olmakla birlikte, anksiyeteyi ortaya çıkaran uyaran, korkuyu ortaya çıkaran gibi net olarak belirlenmemiştir. Kişi huzursuzdur, kötü bir şey olacağından endişe etmektedir. Ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı tanımlayamamaktadır.

Fobide ise oluşan tepki ve anksiyete, neden olarak gösterilen uyaranla orantılı olmayan bir şiddette ortaya çıkar. Fobik birey bu abartılı tepkisinin mantıksız olduğunu bildiği halde, bazen panik düzeyine varan fobik tutum davranışlarını önleyemez. Fobik bireyler, fobi oluşturan ortamlarda (yer, durum veya nesnelerden) ısrarlı bir kaçınma davranışı gösterirler. Sınırlı korkular bir çok insanda görülebilir. Bu tür korkular özellikle çocukluk döneminde doğal kabul edilir. Bunlar bireyin özgürce yaşamasını engellemediği gibi, çoğu kez herhangi bir terapötik müdahale gerektirmezler. Korku ancak insanın yaşamını kısıtladığı, özgürce yaşamasını önlediği zaman fobik özellik kazanır. Fobilerde görülen anksiyete, panik bozuklukta olduğu gibi beklenmedik veya yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi serbest ve süregen değil, özgül bir nesne, yer ya da duruma bağlıdır.

Fobiler üç alt grupta ele alınmaktadır:

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

1. Agorafobi
2. Özgül fobiler
3. Sosyal fobi

Epidemiyoloji

Yaşantıyı fazlaca kısıtlamadığı durumlarda tedaviye başvuru nadir olduğundan, fobik bozukluğun sıklık ve yaygınlığını saptamak zordur. Ayrıca agorafobinin tanımında kullanılan ölçütlerin farklılığına bağlı olarak, birbirleriyle tutarlı olmayan oranlar bildirilmektedir. Bazı klinisyenlerin panik nöbetleri olmaksızın agorafobinin görülmeyeceğini belirtmelerine karşın, epidemiyolojik çalışmalar bunun tersi sonuçlar vermiştir. Bu epidemiyolojik çalışmalardan biri agorafobiklerin %25-50'sinde panik ataklarının görülmediğini belirtmektedir.

Agorafobinin 6 aylık yaygınlığı %2.8-5.7 olarak bildirilmektedir. Buna rağmen agorafobikler, psikiyatristler tarafından görülen fobik hastaların %60'ını oluştururlar. Agorafobiklerin üçte ikisi kadındır. Bu oran hem tedavi için başvuranlar, hemde genel popülasyon için aynı şekilde geçerlidir. Agorafobide görülen bu cinsiyet ayrımı oldukça çarpıcıdır. Oysa aynı çarpıcılık agorafobinin eşlik etmediği panik bozukluk, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk için geçerli değildir. Agorafobiler genellikle erken erişkin dönemde (18-35 yaşlar arasında) başlar. Çocukluk döneminde "ayrılık anksiyetesi" yaşayanlarda daha erken başladığı ileri sürülmektedir.

Sosyal fobiler, agorafobilerden sonra ikinci sıklıkta görülür. Psikiyatristler tarafından görülen fobik hastaların %25'ini sosyal fobiler oluşturmaktadır. Diğer fobilerden farklı olarak erkek ve kadınlarda hemen hemen eşik sıklıkta görülürler. Fobinin başlangıcı genellikle çocukluk ve sıklıkla ergenlik dönemine rastlar. Ancak, sosyal fobiklerin tedavi için başvurmaları genellikle sorunun başlangıcından 6 ile 20 yıl sonra olmaktadır.

Özgül fobiler ise daha çok kadınlarda görülmektedir. Herhangi bir yaşta başlayabilir ve tedavi edilmezlerse yıllarca devam edebilirler. Bu grup içinde en sık rastlanan ^"hayvan fobileri" ise genellikle erken çocukluk döneminde başlamaktadır.

Fobilerin Sınıflandırılması ve başvuru Yakınmaları

1) Agorafobi

Kelime anlamıyla meydan ya da açık alan korkusu olarak tanımlanan agorafobi günümüzde daha geniş bir anlamda kullanılmaktadır. Kalabalıklarda, evden ayrılmakla, evde yalnız kalmakla, sinema, tiyatro, otobüs, tren uçak gibi toplu yerlerde bulunmakla ortaya çıkan korkular agorafobi kapsamı içinde ele alınmaktadır. Başka bir deyişle agorafobi güvenli olarak kabul edilen ortamlarda (bu güvenli yer genellikle ev ya da alışık olunan çevre olmaktadır) uzak olma ile ortaya çıkan korkuları tanımlamaktadır. Agorafobikler, bu tür ortamlarda kaçmakta/kaçınmakta ve çoğu bu gibi ortamlarda yalnız olduklarında daha da çok korkmakta, bu nedenle güvenli olarak gördükleri bölgelerin dışına çıktıklarında yanlarında tanıdıkları birinin varlığına gereksinme duymaktadırlar. Tüm fobik durumlar içinde bireyi en çok çaresiz bırakan fobi türü budur ve bazı agorafobikler zaman içinde tamamen eve bağlı/bağımlı bir duruma gelirler.

Sosyal fobiklerde farklı olarak kalabalık ortamlarda, başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkuları değil, kalabalıkta bayılma, kontrolü kaybetme, kalabalık içinde sıkışıp kalma korkuları yaşarlar. Bu tür korku verici ortamlarda, ortamdan kaçış için gerekli çıkışı görememek veya bu çıkışa uzak olmak agorafobiyi provoke eder. Bir başka deyişle, agorafobisi olan hasta eğer bir biçimde kalabalık bir ortama girmişsi (sinema, tiyatro, otobüs gibi) çıkışa yakın bir yerde oturmayı tercih edecektir. Bunun nedeni, ani bir sıkıntı oluştuğunda kendisini bulunduğu ortamdan dışarı atabilmektedir,

Agorafobiklerin korku duydukları durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- Büyük bir mağaza ya da alışveriş merkezinde olmak
- Tren, otobüs, vapur, uçak gibi toplu taşıma araçları içinde olmak
- Kalabalık içinde, işlek caddelerde olmak
- Şehirlerarası seyahat
- Kuyrukta beklemek
- Sinema, tiyatro gibi kalabalık ve kapalı yerlerde olmak.

Yaşanılan korkunun şiddetine ve kaçma/kaçınma davranışının miktarına bağlı olarak bireyin yaşamını kısıtlayan agorafobinin uygun bir biçimde tedavi edilmediği zaman, hastayı tamamen eve bağlayacak bir noktaya geleceği açıktır. Agorafobi yalnızca bu hastalığı yaşayan kişi için değil, yakın çevresi için de ciddi bir sorun oluşturmaktadır.

2) Özgül fobiler

Bu tür fobiler özgül nesne ya da durumlarla sınırlı fobilerdir. Basit fobiler olarak da adlandırılırlar. Hayvan korkuları, yükseklik, karanlık, şimşek, asansör, kapalı yer, dişçi, kan, hastalık, enjeksiyon, genel tuvaletlerde idrar ve defekasyon yapma korkuları bu grup içinde yer alır. Sözü edilen özgül durum veya nesnelerle karşılaşma agorafobi ve sosyal fobi durumlarında olduğu gibi panik ataklarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle diğer fobikler gibi fobik uyaranlardan kaçınma eğilimi belirgindir. Fobik nesne ya da durumla karşılaşma olasılığı beklenti anksiyetesine neden olur. İşte bu nedenle fobik uyaranla karşılaşılabilecek ortamlara girmeden önce ayrıntılı bilgi edinme gereksinmesi ortaya çıkar. Yaşanan sorunun ciddiyeti ve bireyin yaşamını kısıtlama düzeyi, fobik nesne ya da durumdan kaçınabilmenin kolay olup olmamasıyla yakından ilgilidir.

Kaçınma davranışları arttıkça korkular artar, korkular arttıkça kaçınma davranışları artar ve böylelikle kısır bir döngü içinde fobiler yıllarca devam edebilir. Kaçınma davranışları ile fobiler arasındaki bu kısır döngü aslında yalnız özgül fobiler için değil tüm fobiler için aynı biçimde geçerlidir.

Fobik nesne durumla karşılaşmak yanısıra, bu tür nesne ve durumların hayal edilmesi ya da resmi veya görüntüsünün bile anksiyete yanıtını ortaya çıkarmakta yeterle olacağı unutulmamalıdır.

Fobik uyaranla karşılaşıldığında çarpıntı, terleme, ateş basması, bayılacak veya çıldıracak gibi olma duyguları sık getirilen yakınmalardır. Kan fobilerinde ise bireylerin bayılmaktan korkmaları, diğer fobilerdekilerden farklı olarak gerçek dışı değildir. Başka bir deyişle kan korkusu olan bireylerde kalp atım sayısında ve kan basıncında düşme görülür ve bu durum bayılma ile sonuçlanabilir. Hastalık fobileri içinde radyasyon ve veneryal enfeksiyon korkuları ve de son yıllarda AIDS korkuları özel bir yer tutmakta ve sık görülmektedir.

3) Sosyal Fobi

Kişinin dikkat odağı olacağı ve kendini güç durumda bırakacak biçimde davranacağı gibi gerekçelerle, belirli sosyal ortamlarda (kalabalık içinde) bulunmaktan korkması durumudur. Sosyal fobikler, agorafobiklere oranla daha küçük gruplar önünde kaygı duyar ve kaçınma davranışları gösterirler. Sosyal fobi belirli ortamlarla sınırlı (kalabalıkta yemek yemek, kalabalık önünde konuşmak, karşı cinsiyetten biriyle yüzyüze gelmek gibi) olabileceği gibi yaygın da (aile çevresi dışında tüm sosyal ortamlarda) olabilir. Kalabalık ortamlarda ortaya çıkan kusma korkusu önemli bir bulgudur. Sosyal fobi genellikle düşük benlik sayısı ve eleştirilme korkuları ile birlikte görülür. Sosyal fobisi olan kişi bir yandan başkalarının bakışlarını üzerinde hissettiği ve eleştirilebileceğini düşündüğünden aşırı bir anksiyete yaşamakta, bir yandan da anksiyete belirtilerinin farkedilmesi sonucu aşağılanacağından ve gülünç duruma düşüceğinden korkmaktadır. Bu tür hastalarda; yüzde kızarma, ellerde titreme, bulantı, sık idrara gitme, terleme gibi anksiyete belirtileri sık görülür. Hasta bu belirtilerden birisi ile hekime başvurabilir. Semptomlar bazen panik atakları düzeyine kadar artabilir. Sosyal ortamlarda görülen kaçma/kaçınma davranışları belirgindir ve bu kaçınmalar kişiyi tam bir sosyal izolasyon içine sokabilir.

Bu kişiler ellerinin titremesi sonucu yedikleri ya da içtiklerini üzerlerine dökecekleri, lokmanın boğazlarına takılacağı korkusuyla restorana gitmekten, yemekli toplantılara katılmaktan kaçınabilirler. Yabancı biriyle tanışmak konusunda ciddi güçlükleri vardır. Başkalarının önünde yazı yazarken, imza atarken ellerinin titreyeceği korkusunu yaşayabilirler. Konuşurken göz teması kurmaktan kaçınabilirler. Alışveriş sırasında satıcının kendilerine yönelik ilgilerinden rahatsız olur, ısrarlı bir satıcıya karşı koymakta, satın aldıkları bozuk bir malı mağazaya götürmekte zorlanabilirler. Fikir ayrılıklarını söylemekte, otorite konumundaki kişilerle konuşmakta güçlük çekerler.

Etiyoloji

1) Psikanalitik Görüş

Freud, fobik nevrozu ya da kendi terimiyle "anksiyete histerisi"ni çözülmemiş ödipal çatışmaların bir sonucu olarak görmektedir. Ensesti içerikli cinsel dürtüler özünde kastrasyon korkusu olan bir anksiyeteyi harekete geçirmektedir.

Bu tür dürtüler bilince çıkmasını engellemek üzere ego bastırma mekanizmasını devreye sokmakta ancak bastırma yetersiz kaldığından, ego yardımcı savunma mekanizması "yer değiştirme"dir. Bu mekanizma ile cinsel çatışma asıl nesnesinden (çatışmayı doğuran kişi, nesne veya durumdan) koparak, ilgisiz gibi görünen bir başka nesne veya durumdan) koparak, ilgisiz gibi görünen bir başka nesne veya

duruma kayar (atlardan korkan küçük Hans'ın aslında babasından korkuyor olması gibi). Seçilen fobik nesne veya durum birincil çatışma kaynağını sembolize etmektedir. Yine seçilen bu nesne veya durum birincil çatışma kaynağından çok daha kolay kaçınılabilir özellik göstermektedir. Kaçınma biçimindeki savunma mekanizması ise böylelikle anksiyeteyi önlemek amacıyla kendiliğinden harekete geçmektedir.

2) Öğrenme Kuramları

a) Ön hazırlık kuramı

Bütün türler bazı şeyleri diğerlerinden kolay öğrenir. İnsanlarda da bazı korkular ön hazırlık sonucu diğerlerinden daha kolay gelişir. Örneğin kuduz ve köpek balığı korkusu insanlarda oldukça yaygındır. Ön hazırlık kuramı fobilerden neden belirli nesne veya durumlarla ilgili olarak daha sık ortaya çıktığını açıklar. İnsan türü gelişimi sırasında olası tehlikeli durumlara karşı kolayca korku kazanacak bir biçimde proğramlanmıştır. Ne var ki öğrenmenin bu evrimsel yanı uzun yıllar ihmal edilmiş, evrensel yanı (türler arasında farklılık göstermediği) üzerinde durulmuştur.

b) Klasik ve Edimsel Koşullanma Modeli

Klasik koşullanma modeline göre özünde korkutucu olmayan bir uyaran, korkutucu bir uyaranla eşleştirildiğinde, korkutucu olmayan uyaran nötral özelliği kaybederek, korkutucu bir biçime dönüşebilir. Watson ve Rayner'in küçük Albert olgusu buna en güzel örnektir. 11 aylık küçük Albert'in başlangıçta beyaz farelerden korkmazken, daha sonraları; beyaz fareye her uzanışında çıkartılan büyük bir gürültü sonucu aynı fareye fobik hale getirilişini anlatan bu olgu klasik koşullanmanın önemini ortaya koymuştur. Ancak, daha sonraları yapılan benzer çalışmalarda korkunun aynı biçimde koşullandırılmadığı saptanmış ayrıca kişi anksiyete oluşturan durumun dışına alındığında korkunun söndüğü gösterilmiştir. O halde klasik koşullandırma, hiç sönmeden yıllarca devam eden klinik fobileri açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Ayrıca bu modele göre fobi oluşumu için gerekli olan travmatik yaşantı öykülerine birçok fobik hastada rastlanmamaktadır. Edimsel koşullanma modeline göre bir davranışın oluşma sıklığını belirleyen en önemli etken, o davranışın oluşma sıklığını belirleyen en önemli etken, o davranışın oluşturduğu sonuçlardır. Bir davranış ödül alıyorsa tekrarlayacaktır. Fobilerin başlıca semptomu anksiyetedir. Belirli kaçınma davranışları kişiyi anksiyeteden koruduğundan bir tür dış pekiştireç gibi işlev görerek fobinin devamına neden olur. Deneysel koşullarda şok gibi rahatsız edici uyaranlardan kurtulmanın kafesin elektrik şoku gelen kısmından kaçmak ya da o tarafa hiç gitmemek olduğunu anlayan deney hayvanı şok yemez. Böylelikle deney deney hayvanı kaçınma/kaçma davranışları sonunda şok yemekten (cezadan) kurtulmuş olur. İşte rahatsız edici uyaranın oluşturduğu sıkıntının sıklığını ve şiddetini azaltan kaçınma davranışları bu biçimde öğrenilir.

c) Mowrer'in iki aşamalı öğrenme modeli

Mowrer klasik ve edimsel koşullanma kavramlarını bir araya getirerek fobilerin oluşumunu açıklayan ve kendi adıyla anılan modeli ortaya atmıştır. Bu modele göre klasik koşullanma ile öğrenilen ya da kazanılan korku, kaçınma davranışları ile edimsel olarak koşullanmaya devam ederek pekişir.

d) Sosyal öğrenme

Bu tür öğrenmede gözlemlenenler ve gözlemleyenler vardır. Gözlemlenenlerce taşınan model bilgi, gözlemleyenlerde simgesel düzeyde yeni davranış kalıpları ortaya çıkar. Başka bir deyişle öğrenme başka örnekleri ya da rol modellerini gözlemleyerekte gerçekleşebilir. Bu tür öğrenmeye sosyal öğrenme yanısıra modelleme yolu ile öğrenme ya da gözleme dayalı öğrenme gibi adlar verilir. Pek çok korku ve ön yargılar çocukluk ve ergenlik döneminde gözlemleyerek öğrenilir. Yılan örümcek ve bazı etnik gruplara yönelik korkunun nesiller boyunca değişmeden transfer edilebilmesi bu yolla olmaktadır. İnsanlardaki korkuların gözlem yolu ile başlayıp devam edebiliceğine ilişkin en güzel kanıtlardan biri kalabalıkta oluşan paniğin yayılma biçimidir. Aynı panik ortamında bir başka kişinin cesur ve mantıklı davranışı ise bu yeni davranışın benimsenmesine ve paniğin yayılmasının engellenmesine neden olabilir. Sosyal öğrenme, bu bağlamda, hem korkuların artmasını hem de azalmasını açıklayabilmekle birlikte, inatçı korkuları açıklamakta yetersiz kalmaktadır.

3) Bilişsel etkenler

Bu modele göre korkunun ortaya çıkışına neden olan temel etken, korkuyu oluşturan durum/yer/nesne ile ilgili olumsuz düşünce ve inançlardır. Aynı modele göre fobik olguların çoğunda, fobik durumdan önce, bu durumla ilgili

olumsuz düşüncelerin varlığı söz konusudur. Ellis ise fobik hastaların mantıksız düşünce eğiliminde olduğunu ve esasta bu mantıksız düşünce eğiliminde olduğunu ve esasta bu mantıksız inanç ve düşüncelerin anksiyeteye neden olduğunu ileri sürmüştür. Ancak halen korku davranışının ortaya çıkışında bilişsel etkenlerin rolü kesinlik kazanamamıştır.

Fobilerdeki İnkübasyon Dönemi

Travmatik bir deneyim söz konusu olsa bile, geçmişteki travmatik yaşantı ile fobik durumun ortaya çıkışı aransındaki inkübasyon dönemi; insanlarda deney hayvanlarından çok daha uzun sürmektedir. Bu süre bazen yıllar almaktadır. Bu durum inkübasyon döneminin kişileri fobinin gelişmesine duyarlaştırdığını düşündürmektedir. Fobik birey travmayı düşündüğünde gerginliği artmakta, gerginliği arttıkça kaçınma davranışları da artmaktadır. Sonuçta fobik birey kendisini anksiyete oluşturan ortamlardan kaçarak korunmaktadır. Kaçarak gerginliğinin azaldığını gördükçe, kaçınma davranışlarını daha da arttırmakta, böylelikle kısır bir döngü içine girmektedir. İnkübasyon dönemi, sonuçta kaçınma davranışlarını arttırarak korkuyu büyütmekte ve zaman içinde kişiyi tamamen işlev yapamaz duruma getirmektedir.

Ayırıcı Tanı

a) Depresyon: Depresif hastalardaki ilgi kaybı ve zevk almama, dış dünyadaki aktivitelerden uzak durmaya neden olabilir. Bu isteksizlek, fobilerde görülen kaçınma davranışları ile karışabilir ve hasta yanlışlıkla sosyal fobi veya agorafobi tanısı alabilir. Ancak hem agorafobide, hem de sosyal fobide ikincil olarak ortay çıkan depresyonun sık görüldüğü unutulmamalıdır.

b) Obsesif-kompulsif bozukluk: Bu bozukluğu fobilerden ayırmak bazı durumlarda çok güç olabilir. Fobik bireyler fobik nesne ve durumlardan kaçarak kendilerini korurlar. Oysa obsesif-kompulsif bozuklukta birey anksiyete oluşturan durumla aşırı bir uğraşı içindedir. Obsesif-kompulsif bozukluk gösteren bireylerde son yıllarda ortaya konan "aşırı sorumluluk" duygusu, bu bireylerin kendilerine veya yakınlarına zarar gelmemesi amacıyla, anksiyete oluşturan durumlarla aşırı uğraşmalarına ve preoküpe olmalarına neden olmaktadır. Her ik bozukluğun aynı hastada birarada bulunabileceği di dikkate alınmalıdır.

c) Panik bozukluk: "Panik bozukluğu" bölümünde tartışılmıştır.

d) Şizofreni: Şizofreni başlangıcında yoğun anksiyete ve fobik belirtiler görülebilmektedir. Ayrıca şizofrenik hastalarda içe kapanma, insanlardan kaçma ve uzaklaşma biçiminde görülen belirtiler agorafobi ve özellikle sosyal fobi ile karışabilir.

Tedavi

a) İlaç tedavisi: Özgül fobilerde en geniş çalışma imipramin ile yapılmış ancak etkili bulunamamıştır. Diazepam ve beta blokerler ise dolaylı olarak ve ancak kısmen (belirli otonomik semptomlar üzerinde) etkilidir. Sonuç olarak özgül fobilerde ilaç tedavisinin etkili olduğunu söylemek zordur.

Agorafobi ile birlikte panik bozukluğunda, panik ataklarını hedef alan bir ilaç tedavisi uygulanabilir. Panik ataklarının tedavisinde en çok kullanılan ilaç alprazolam (Xanax)'dır. Bu konu panik bozukluğunun ilaç tedavisi bölümünde detaylı olarak yazılmıştır. Özetle belirtmek gerekirse alprazolam panik nöbetlerini antidepresanlardan çok daha kısa sürede ortadan kaldırabilmektedir. Ancak aynı şey kaçınma davranışları için geçerli değildir. Başka bir deyişle ilaç, fobinin oluşturduğu anksiyete üzerinde daha etkili, kaçınma davranışları üzerinde ise daha az etkilidir. Sosyal fobilerin ilaçla tedavisi; "Sosyal fobi" bölümünde detaylarıyla aktarılmıştır. Özetle, sosyal fobi tedavisinde son yıllarda en çok kullanılan ilaç seçici ve geri dönüşümlü monoamin oksidaz inhibitörleri (moklobemid) olmuştur. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri, benzodiazepinler ve beta blokerler (özellikle performans anksiyetesinde) sosyal fobinin tedavisinde kullanılan diğer ilaçlardır.

b) Psikoterapiler: Bilişsel-davranışçı terapilerden önce fobik bozuklukların tedavisinde Freudian psikanaliz ve **dinamik oryantasyonlu psikoterapiler** kullanılmakta idi. Bu yaklaşımlar fobilerin daha derinde yani bilinçaltında saklı sorunların ve iç çatışmaların birer sembolik ifadesi olduğunu ileri sürüyor ve bu nedenle bilinç dışını inceleme yöntemleri ile (serbest çağrışım, hipnoz, rüya yorumları, narkoanaliz gibi), sorunların bilince getirilmesi ve üzerinde çalışılmasının, anksiyeteyi ortadan kaldıracağı düşünülüyordu. Böylesi bir tedavi bazen çok değerli olabilmekle birlikte, çoğu ke çok zaman alıyor (bazen yıllar) ve elde edilen sonuçlar pek yüzgüldürücü olmuyordu. Günümüzde davrınışçı yaklaşımlar özellikle özgül fobilerin tedavisinde birkaç gün, birkaç hafta içinde etkili olabilmektedir.

Davranışçı Terapiler

Davranış tedavileri, oldukça genel bir ifadeyle, öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavilerine sistematik bir biçimde uygulanışı olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle davranış tedavileri, öğrenme ilkeleri kullanarak insan davranışlarında ölçülebilen ve gözlemlenebilen değişiklikler oluşturan tedavi yaklaşımıdır. Bu yaklaşım çerçevesinde uyumsuz davranışlar, örneğin fobik kaçınma davranışları, yanlış öğrenmeler aracılığıyla sonradan kazanılmış davranışlar olarak kabul edilir.

Bu nedenle tedavi bir yandan bu uyumsuz davranış biçimleri ortadan kaldırılırken, bir yandan da yeni ve daha uyumlu davranış biçimleri öğretilmeye çalışılır. Davranışçı yaklaşımlar, psikanalizden farklı olarak, mevcut sorunun kökeninde var olduğu ileri sürülen iç çatışmaların analizi yerine, doğrudan "hedef uyumsuz davranış" üzerinde odaklanır. Böylelikle tedavide ele alınan da nesnel olarak ölçümü mümkün olmayan bilinçdışı süreçler yerine ölçülebilen ve gözlemlenebilen uyumsuz davranışlar olmaktadır. Davranışçı yaklaşımlar başlangıçta birer semptom gibi görülen "hedef uyumsuz davranışları" doğrudan değiştirmeye yönelik olmalarından dolayı oldukça yüzeysel bulunmuştur. Böyle bir tedavinin kalıcı etkisinin olamayacağı ve bir süre sonra belirtilerin yineleyeceği ya da semptom değişimi olacağı ileri sürülmüştür. Analitik kuramlarla, öğrenme kuramlarının semptom anlayışındaki uzlaşmazlıktan kaynaklanan bu tür kaygılar uzunlamasına kontrollü izleme çalışmaları, tedavi sonunda elde edilen olumlu sonuçların izleme döneminde de devam ettiğini göstermiştir. Çünkü hedef uyumsuz davranışlar birer semptom değil, bireyin temel yaşam alanları olan iş sosyal ve özel yaşamlarını kısıtlayan davranışlardır. Fobinin bireyin iş-sosyal ve özel yaşamını ne kadar kısıtladığı düşünülecek olursa, yaşam kalitesini giderek düşüren ve bireyin özgürce işlev görmesine engel olan kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmaya yönelik davranış tedavilerinin önemi kendiliğinden anlaşılır.

Davranış tedavilerinde amaç, semptomatik tedavilerde olduğu gibi sorunu bastırmak değil, sorunla başa çıkma becerilerini kazandırmaktır. Başka bir deyişle amaç fobi oluşturan uyaranlarla karşı karşıya kalınca ortaya çıkan anksiyeteyle başa çıkmak becerileri kazandırmaktır. İşte bu nedenle davranış tedavilerinde nüksler oldukça düşük oranlarda görülmektedir.

Fobiler alıştırma ilkesine dayalı davranışçı yaklaşımlarla oldukça etkili bir biçimde tedavi edilebilmektedir. Hasta, fobik anksiyete oluşturan yer, durum ve nesnelerle anksiyetesi azalıncaya kadar karşı karşıya getirilir. Hastaya her duygunun olduğu gibi anksiyetenin de bir ömrünün olduğu ve bir süre sonra şiddetinin başlangıç düzeyine göre belirgin biçimde azalacağı anlatılır. Anksiyetenin çok şiddetli olduğu dönemlerde ise anksiyeteyle başa çıkmaya yönelik bireysel ve davranışçı yöntemler öğretilir.

Genel olarak; alıştırma oturumları sırasında terapist, kaçınılan ortamdan hasta ile birlikte bulunur. ve buna "terapist eşliğinde yapılan alıştırma tedavisi" adı verilir. Hastaların terapistle birlikte yürüttükleri alıştırma oturumları oldukça yararlı olmakla birlikte, bu yöntem terapist yönünden oldukça zaman alıcı ve dolayısıyla pahalı olabilmektedir. Hastaların terapist eşliği olmaksızın "kendi kendilerine yürüttükleri alıştırma terapileri"nin önemi ve etkinliği anlaşıldıkça, terapilerin uygulama biçiminde bir yenilenme hareketine geçilmiştir. Bu yaklaşımda hasta kaçınma davranışı gösterdiği ortama yalnız başına gönderilmekte ve terapi seansı içinde öğrendiği anksiyeteyle başa çıkma yöntemlerini gerçek yaşam koşullarında uygulamaktadır. Böylelikle terapist hastayla herbiri45-90 dakika süren uzun alıştırma oturumlarına katılmaktan kurtulmaktadır. Özetle yaklaşım terapistin rolünü sınırlamakta, terapiye ayırdığı süreyi kısaltarak tedaviyi oldukça bir biçime sokmaktadır.

Alıştırma tedavisinin klasik uygulama biçiminde yapılan bu değişiklik davranış tedavilerinin polikilinik koşullarında ya da pratisyen hekimler tarafından kullanılabilirliğini gündeme getirmiştir. Yapılan çalışmalar uygun bir tedavi oturumunun terapistin yanlızca 15-20 dakikasını aldığını göstermiştir. Bu kısıtlı süre içinde terapist son görüşmeden itibaren yürütülen ve çizelgeler halinde terapiste getirilen ev ödevlerini denetlemekte ve bir sonraki seansa kadar yürütülecek ev ödevlerini hasta ile birlikte belirlemektedir. Ev ödevleri alıştırma ilkesine dayalı tedavilerin değişmez bir parçası olup, tedavi oturumları arasında kendi kendilerine yürüttükleri aktiviteleri tanımlamak için kullanılır.

Klinik çalışmalar 45-90 dakika süren uzun süreli alıştırma oturumlarının, daha kısa süreli yapılanlardan etkili olduğunu göstermiştir. Başka bir deyişle, hasta ev ödevlerini en az 45 dakika süreyle yürütmeleri önerilir. Alıştırma tedavisi sırasında hem

davranış, hem de düşünce olarak kaçma ve kaçınma engellendiğinde tedavi etkinliği artmaktadır.

Bilişsel Terapiler

Bilişsel psikoloji uyaranla tepki arasındaki mental süreçleri inceler. Bilişsel modele göre A noktasında yaşanan bir olaya, C noktasında verilen emosyonel yanıt, B noktasında A olayı ile ilgili olarak yapılan yoruma bağlıdır. Bilişsel modelin bu basitleştirilmiş ABC düzeyindeki tanımı son derece basit ve anlaşılır görünmekle birlikte, B noktasındaki bilişsel işlevler oldukça karmaşık ve çoğu kez bireyin bilinçli olarak farkına varamadığı süreçlerden geçer. Örneğin A noktasındaki fobik uyaran C noktasında panik veya anksiyete oluşturuyor olsun. C noktasındaki panik veya anksiyete duygusu aslında B noktasında fobik uyaranla karşılaşmanın oluşturacağı sonuçlarla ilgili olarak yapılan yoruma bağlıdır. Sosyal fobik hastanın sosyal ortamlara girince anksiyete yaşaması aşağılanacağı veya gülünç duruma düşeceği endişeleri ile ilgilidir. Agorafobik hastanın kalabalık ortamlara girince geçirdiği panik atağı çıldırma, bayılma, ölme korkularıyla ilgilidir. Bu tür örnekler çoğaltılabilir. Bilişsel tedavilerde amaç korkuların temelinde yer alan bu tür abartılı beklenti ve olumsuz düşüncelerin hastayla birlikte ele alınarak düzeltilmesidir. Örneğin panik atakları ile giden agorafobinin tedavisinde ortaya çıkan bedensel belirtilerin katastrofik bir biçimde ölümle bağlantılı olarak yorumlanması hastanın korkularını azaltacaktır. Yine sosyal fobik olgunun reddedilme gibi bilişsel düzeydeki endişelerinin öncelikle ele alınması ve düzeltilmesi, davranışçı uygulamaların sonuçlarını daha da iyileştirecektir. Bu nedenle günümüzde bilişsel ve davranışçı terapiler birlikte uygulanmakta ve böylelikle uyumsuz düşünce ve davranışlar birlikte ele alınmaktadır.

Hasta ve aileye bilgi ve danışmanlık

Hasta ve aileye hastalıkla ilgili bilgi ve tedavinin nasıl yapılacağına ilişkin bir rasyonel sunmak, yıllar boyunca bireyin ve ailenin yaşam kalitesini bozan ve işlevselliğini azaltan fobik bozuklukların tedavisinde ilk aşama olmalıdır. Bu süreç içinde hasta ve yakınlarına şu tür bilgiler verilebilir;

- Anksiyete, rahatsız edici bir duygu olmasına ve hoşnutsuzluk oluşturmasına karşın bireye zarar vermez.

- Anksiyetenin de aynen diğer duygular gibi bir ömrü vardır. Öfke, sevinç, kızgınlık gibi duygular nasıl belirli bir süre sonra azalıyorsa, anksiyetede ömrünü tamamladığı zaman artık rahatsızlık vermeyecektir.

- Kaçmak ve kaçınmak yerine, sistematik bir tedavi proğramı içinde fobik nesne ve durumların üstüne gidiydiğinde, bu tür durum ve nesnelerin oluşturduğu anksiyete alışma yolu ile giderek azaltmakta ve sonuçta kaçınma davranışlarının üstesinden gelinerek işlevsellik yeniden kazanılabilmektedir.

- Bazen fobiler uygun bir tedavi ile hobi biçimine dönüştürülebilmektedir. Örneğin köpek fobisi olan pek çok kişi, üzerine gitme yöntemi ile tedavi edildiklerinde evlerine köpek almaktadırlar.

Tedavi süreci içinde aile ile işbirliği büyük önem taşır. Hatta uygun görüldüğünde, aile üyelerinden biri yardımcı terapist olarak tedavi sürecine aktif bir biçimde katılabilir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Alkubaisy T, Marks IM, Logsdail B, Sungur MZ. (1992) Role of expouse homework in phobia reduction: a controlled study. Beh Ther, 23:599-621.
2. Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. (1983) Social phobia: acomparative clinical study. Br J Psychiat, 142:174-179.
3. Bayraktar E, Atalay ND. (1995) Agorafobi, Anksiyete Monografları Serisi 6, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
4. Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing A. (1994) Anksiyete Bozuklukları, Klinik Uygulama Kılavuzu. İngilizce'den çevirenler B. Ceyhun, N, Oral, Hekimler Yayın Birliği Ankara.
5. Gelder MG. (1989) The classification of anxiety disoders. Br J Psychiat, 154:28-32.
6. Goldstein AT, Champless DL. (1978) A reanalysis of agoraphobia Beh Ther, 9:47-59.
7. Marks IM. (1985) Behoviaural Psychotherapy for anxiety disorders. Psychiatric Clinics of North America, 8(1):25-35.
8. Marks IM. (1986) Behavioural Psychotherapy: Maudsley Pocketbook of Clinical Management. Wright.
9. Marks IM. (1987) Fears, Phobias and Rituals, Oxford University Press, New York.
10. O Brien TP, Kelley JE. (1980) Self directed and therapist directed practice for fear reduction. Beh Res Ther, 18:573-579.
11. Öztürk O. (1990) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 3. basım. Evrim, İstanbul.
12. Seligman MEP. (1997) Phobias and preparedness, Beh Ther, 2:307-320.
13. Sungur MZ: (1990) Fobik hastalıklarda iki değişik

biçimde uygulanan yüzleştirme tedavisinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.

14. Sungur MZ. (1993) Davranış tedavileri, Psikiyatri bülteni, 2(3): 109-115.
15. Sungur MZ, Dilbaz A. (1995) Sosyal fobi, Anksiyete Monografları Serisi 5. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
16. Sungur MZ. (1986) Anksiyete bozukluklarının tedavisinde davranış terapileri. Anksiyete Monografla ır Serisi 10, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
17. Sungur MZ. (1996) Davranış tedavileri. Ruh sağlığı ve hastalıkları Ders Kitabı. I Sayıl (Ed), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, S.349-360.
18. Sungur MZ. (1997) Bilişsel-Davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. Psikoterapiler El kitabı. A. Tangör (Ed), Ege Psikiyatri sürekli Yayınları 4, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 5:50-66.
19. Tükel MR. (1995) Anksiyete Bozuklukları. Psikiyatri, E. Adam, R Tükel, O Yazıcı (Eds), İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul, s.97-114.
20. Weisman MM, Merikanpas KR. (1986) The epidemiology of Anxiety and Panic disorders. J Clin Psychiatry, 47:11-17.