

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanılı Ergene Bilişsel Davranışçı Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu

Summary: Cognitive Behavioral Approach on an Adolescent Patient with Posttraumatic Stress Disorder: A Case Report

© Hatice Ünver¹, © Neşe Perdahlı Fiş²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Çocuk ve ergen hastalarda travma sonrası stres bozukluğu tedavisi çok yönlü olup, hastaların yaşına ve özelliklerine uygun yöntemlerin seçilmesi ve tedavi sürecine aile üyelerinin katılımının sağlanması önemlidir. Travma odaklı bilişsel davranışçı terapinin etkinliği çocuk ve ergen hastalarda gösterilmiştir. Terapide psiko eğitim, maruz bırakma, tepki engelleme, davranışçı ve bilişsel müdahaleler, gevşeme egzersizleri ve ev ödevleri kullanılmaktadır. Bu olgu sunumunda 15 yaşındaki erkek hastanın geçirdiği trafik kazası sonrası 1 yıllık bilişsel davranışçı terapi süreci tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel davranışçı terapi, ergen, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

The treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents is multifaceted and it is important to select appropriate methods for the age and characteristics of patients and to ensure the participation of family members in the treatment process. Efficacy of trauma-focused cognitive behavioral therapy has been demonstrated in children and adolescents. Psychoeducation, exposure, response prevention, behavioral and cognitive interventions, relaxation exercises and homework are used in therapy. In this case report, it was discussed 15-year-old male patient underwent 1-year cognitive behavioral therapy after a traffic accident.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, adolescent, posttraumatic stress disorder

Giriş

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) çocuk ve ergen hastalarda önemli bir tedavi yaklaşımıdır. Anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklukların tedavisinde BDT'nin etkin olduğu gösterilmiştir.¹ Benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerinin tek ele alındığı bir BDT sürecinin çocuk ve ergen hastalarda etkili olduğuna dair pek çok çalışma mevcuttur.²⁻⁴ Travma belirtilerinin ele alındığı farklı BDT yaklaşımları bulunmaktadır. Travma odaklı bireysel BDT, grup odaklı travma BDT'si ve okul temelli BDT en yaygın uygulananlardır.⁵ Bu farklı yaklaşımların uygulanabilirliği hastaya ve bulunulan koşullara göre değişebilmektedir. Problem odaklı ve aktif bir süreç olan BDT seansları yapılandırılmış olup; ev ödevleri ya da egzersizlerle devam eder. Çocuk ve ergenlerle çalışırken katı sınırlara bağlı kalınmaması, gelişim dönemi özelliklerinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.⁶ Bu olgu sunumunda TSSB tanılı hastanın travma odaklı BDT süreci tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

On beş yaşında erkek hasta, meslek lisesi 10. sınıf öğrencisi olup; sinirlilik ve mutsuzluk şikayetleriyle annesi eşliğinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurmuştur. Polikliniğe kendisinin gelmek istediği öğrenilmiştir. Daha önceden herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası öyküsünde özellik bulunmayan, psikomotor gelişim basamakları zamanında olan hastanın özellikle son 1 yıldır bu şikayetleri mevcutmuş. Ağustos 2016'da memleketlerinde amcası ile motosiklet sürerken tır çarpması sonrası yaralandığı öğrenilen hastanın kazadan 1 yıl sonra ilk kez çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvurduğu bilgisi alındı. Hastayla ilk görüşmede psikoterapötik ilişki kurulmaya çalışıldı. Kaza ile ilgili konuşmak istememesi nedeniyle TSSB'ye çok sık eşlik ettiği düşünülerek depresif belirtileri tanı ve ayırıcı tanı açısından ayrıntılandırılmaya çalışıldı.

Hastanın kaza sonrası tedavisi nedeniyle 10. sınıfı dondurduğu, bir yıl okula gidemediği öğrenildi. 2017-2018 eğitim yılında 10.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Hatice Ünver, Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 544 769 34 72 **E-posta:** drhaticeunver@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-2067-9770

Geliş Tarihi/Received: 01.05.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.09.2019

©Telif Hakkı 2019 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından yayınlanmıştır.



sınıfı kendisinden yaşça küçük öğrencilerle okuduğu için okula gitmekte isteksiz olduğu, okulunu değiştirmek istediği, sınıfta durmak istemediği, her şeyin onu çok zorladığı, dikkatinin bozulduğu, ders başarısının düştüğü bilgisi alındı. Daha kolay öfkelenildiği, üzgün ve gergin hissettiği, baş ağrılarının olduğu, hiçbir şeyi eskisi gibi isteyerek yapamadığı, ağır bir kaza atlatmasına rağmen ailesinin kendisini anlamadığını düşündüğü, kendisini beğenmediği, uykularının düzensiz olduğu, dinlenmiş uyanmadığı ve bitkin hissettiği öğrenildi. Hastanın kaza sonrası kollarına jiletle kesi atma şeklinde kendine zarar verme davranışlarının olduğu, kendini öldürme düşüncelerinin aklına bazen geldiği ancak herhangi bir plan ya da girişiminin olmadığı bilgisi alındı. Kaza sonrası bacağındaki dikiş izleri dışında herhangi bir fiziksel sekeli ya da takip edilecek bir hastalığı olmadığı bilgisi iletildi. Madde kullanım öyküsü olmayan hasta; günlük 10 tane sigara kullanmaktaydı.

Hastanın annesinin 43 yaşında, ilkokul mezunu ve ev hanımı olduğu; babasının 45 yaşında, lise mezunu ve tesisatçı olduğu öğrenildi. Hastanın 9 yaşında bir erkek kardeşinin olduğu, hasta, kardeşi ve anne babanın birarada yaşadığı öğrenildi. Aile öyküsünde herhangi bir özellik yoktu.

Ruhsal durum muayenesinde yaşında gösteren, giyimi sosyoekonomik düzeyine uygun, özbakımı iyi, görüşmede gergin ve huzursuz tavırları dikkat çeken erkek ergen hastaydı. İletişim başlatmıyordu, ilişki kurma düzeyi yetersizdi. Konuşurken göz teması kurmaktan kaçındığı, sorulara kısa yanıtlar verdiği gözlemlendi. Bilinci açık, yönelimi her üç alanda tamdı, dikkat ve konsantrasyonu azalmıştı. Algı ve bellek kusuru gözlenmedi. Yargılama ve içgörü tamdı. Duygudurumunun depresif, duygulanımının kaygılı olduğu gözlemlendi. Düşünce süreci olağandı, düşünce içeriğinde sınırlı olması ile ilgili temalar mevcuttu. Konuşma hızı ve biçimi olağandı. Konuşma miktarı azalmıştı. Zekası klinik olarak normal zeka izlenimi veriyordu.

Takip görüşmelerinde hastadan ve ailesinden kazayla ilgili bilgi alındı. Hasta kazayla ilgili ayrıntıları yeterince hatırlayamadığını belirtiyor, sorulara cevap vermekte zorlanıyor, gergin ve huzursuz olduğu dikkat çekiyordu. Hastadan ve ailesinden alınan bilgilerle kazanın şu şekilde meydana geldiği öğrenildi; hasta ve ailesi tatilde memleketlerinde kalırken, hasta amcası ile motosikletle gezmek istemiş, motosikleti amcası (25 yaş, bekar, işçi) kullanmakta, hasta arkasında oturmaktaymış. İkisinde de kask ya da koruyucu bir aparat yokmuş, bölünmemiş köy yolunda hızlı gelen bir tır kontrolünü kaybetmiş ve onlara çarpmış. Hastanın bacağında ve elinde kırıklar oluşmuş, bacağından 2 kez ameliyat geçirmiş ve bacağı uzun süre alçıda kalmış. Hastanede geçirdiği ilk günlerde karın ağrısı ve dalak rüptürü şüphesi de gelişmiş ancak takiplerde patoloji saptanmamış. Kafa travması geçirmediği söylenmiş, bilinci hep açıkmiş. Takiplerde de kafa travmasına yönelik bir radyolojik ya da nörolojik bulgusu olmamış. Hastanede yattığı süreçte herhangi bir psikiyatrik değerlendirme/konsültasyon istenmemiş. Amcasının ehliyeti yokmuş, kaza sonrası amcasının sağlık durumu hastaya göre daha kötümüş, bilinci kapalıymış, geçirdiği ameliyatlara nedeniyle bacağı kısa kalmış, işine devam edememiş, şu an

ablasının evinde kalmaktaymış. Tır şoförünün herhangi bir ceza almamış ve mahkeme süreci devam ediyormuş.

İzleyen görüşmelerde hastadan TSSB belirtilerine yönelik bilgi alınmaya çalışıldı. Kaza anının ve ambulansla hastaneye götürüldüğü zamanların kaza sonrası çok sık aklına geldiği, aklına gelince kendini kötü hissettiği, özellikle annesinin ağlama ve çığlık seslerini hatırladığı öğrenildi. Ailesinin hastaya kızması ya da onu suçlaması olmamış. Ameliyat sonrası nekahat döneminde 20 gün teyzesinde kaldığında kimseyle görüşmek istemediği, ziyarete gelenlerin kazayla ilgili sorularına cevap vermek istemediği, yanında konuşulmasından rahatsız olduğu öğrenildi. Kazayı rüyalarında görmediği ancak uykuya dalmakta zorluk yaşadığı bilgisi alındı. O dönem hemen evlerine dönmek istediğini, teyzesinde kalmak istemediğini belirtiyordu. Evlerine döndükten sonra bir süre kazanın olduğu yere, memleketlerine gidemediğini, tır görünce rahatsız olduğunu, amcasının durumuna üzüldüğünü dile getiriyordu. Amcasını ziyaret etmeye birkaç kez gittiği, şimdi de sadece anne ve babasından amcası hakkında bilgi aldığı öğrenildi.

Hastaya görüşmelere kendisi gelmek istediği ve kaza üzerinden konuşmayı ve çalışmayı kabul ettiği için teşekkür edildi, cesareti ve gayreti desteklendi. Belirtilerine ve TSSB'ye yönelik psikoeğitim verilerek şikayetleri normalize edilmeye çalışıldı. Kendisiyle benzer durumda olan hastaların olduğu aktarıldı; yalnız olmadığını bilmesi, belirtilerini anlaması ve tedaviye katılması amaçlandı. Beklenmedik kaza, doğal afet ya da terör gibi olayların insanların yaşamlarını olumsuz etkileyebileceği, korku ve çaresizlik gibi yoğun duygular hissettirebileceği, kazanın istemeden sık sık aklına gelebileceği, kaza aklına gelince olumsuz duygu ve düşüncelerin de eşlik edebileceği, rahatsız edici rüyalar, uykusuzluk gibi belirtilerin olabileceği, bu duygu ve düşüncelerden kaçınmak istemenin bu sürecin bir parçası olduğu, huzursuzluk, öfke, dikkat sorunları, duygu hissedememe ya da aşırı hissetme, irkilme gibi belirtilerin olabileceği dile getirildi. Hastanın belirtileri ve kaçınma davranışları gösterildi. Görüşme sonrası hastaya evde okuması için travma geçirme sonrası gelişebilen belirtilerle ilgili bir okuma parçası da verildi.

Hastadan var olan belirtileri ile başa çıkmak için neler yaptığı öğrenilmeye çalışıldı. Bu sorunlar olmasa hayatında neler değişirdi gibi sorularla motivasyonu öğrenilmeye çalışıldı ve terapi hedefleri konuşuldu. Belirli aralıklarla düzenli görüşmeler yapılacağı, ev ödevleri verileceği söylendi. Hastayla iş birliği kurulmaya çalışılarak, bir ekip gibi çalışılmanın amaçlandığı vurgulandı. Her görüşmede önce, bir önceki görüşme ile ilgili aklında kalanlar üzerinden konuşuldu, verilen ödev kontrol edildi, gündem belirlendi ve yeni ödev planlandı. Görüşmelerin sonunda özet yapıldı ve hastadan geri bildirim alındı.

Özellikle geliş şikayeti olan sınırlılığı ayrıntılı konuşuldu. Duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişki örneklerle gösterilmeye çalışılarak BDT modeli anlatıldı. Öfkenin erken işaretlerini fark etmeye çalışması istendi. Öfkesini gidermesine yönelik davranışçı müdahaleler konuşuldu, gevşeme ve nefes egzersizleri anlatıldı. Güvenli yer egzersizi anlatıldı. Gevşeme egzersizlerini görüşmeler dışında da aktif olarak yapmasının önemi vurgulandı. Fikrinin alınarak verilen önerilerin hangisinin

daha yapılabilir olduğunu belirtmesi istendi. Duyularını tanıyabilmesi ve rahatsız edici duyularıyla baş edebilmeyi öğrenmesinin amaçlandığı vurgulandı. Duygu ve davranışlar arasındaki ilişkinin çalışılmasından sonra otomatik düşünceler hakkında bilgi verildi. Sinirli olduğu zamanlarda aklından geçen düşünceleri fark etmeye çalışması istendi. Düşüncelerine verdiği duygusal ve davranışsal tepkileri üzerinden konuşuldu. Öfkeli olup her zamankinden farklı davrandığı zamanlar gösterilmeye çalışıldı. Otomatik düşüncelerini yakalamakta zorlanan hastaya Olumsuz Otomatik Düşünce Kontrol Listesi verilerek örnekler oluşturuldu, listede var olan otomatik düşünceleri üzerinden, düşünceleri destekleyen ve desteklemeyen kanıtlar bulunmaya çalışıldı.⁷ Hastanın bu süreçte aktif olmasına dikkat edildi. Yaygın yapılan bilişsel hatalar anlatılarak, düşüncelerindeki bilişsel hataları fark etmesi için çalışıldı. Bilişsel Hata Listesi üzerinden örnekler verildi.⁷

İlerleyen görüşmelerde kazanın ne sıklıkta aklına geldiğini kaydetmesi, hatırlatıcıları fark etmeye çalışması, kaza aklına gelince hissettiği duygular, böyle hissetmeye başlamadan önce aklından geçenleri yakalamaya çalışması istendi. Travmasına yönelik sıkıntı verici düşünceler, korku ve kaçınma davranışlarının üzerinde durulması amaçlandı. Kazanın özellikle bacağındaki dikiş izlerini görünce aklına geldiği, kendini kötü hissettiği, iş bulamazsam, askerliğimi yapamazsam diye düşündüğü, amcası aklına gelince kendini suçladığı öğrenildi. Bilişleri konuşulan hastaya davranışçı ödevler verilmeye başlandı. Maruz bırakma, tepki engelleme ve alıştırma teknikleri anlatıldı. Kaygı eğrisi anlatıldı. Bir maruz bırakma tekniği olarak imgesel alıştırma yapılması planlandı. Hastadan kazayı hatırladığı şekilde ayrıntılı olarak sanki film izliyor gibi şimdiki zamanda anlatması istendi. Kendini kötü hissettiğinde devam etmeyebileceği, filmi durdurur gibi durdurup başa alabileceği anlatıldı. Bu anlatımda kaza öncesinin, kaza sırası ve sonrasının, en kötü hissettiği bölümün olması istendi. Ruminasyon ya da disosiyasyonlara yönelik gevşeme egzersizleri yaptırmak gibi müdahalelerle araya girilmesi planlandı. Poliklinik şartları nedeniyle görüşme sık bölündü ve alıştırma tamamlanamadı. Hasta evde yazabileceğini belirtti. Kazayı anlattığı 4 sayfalık yazı bir sonraki görüşmede okundu. Hasta terapistin okumasını istedi. Yazı okunurken ne hissettiği, aklından ne geçtiği, ne gördüğü, ne duyduğu, ne kokusu aldığı öğrenilmeye çalışıldı. Korku, kalp atışları, titreme, terleme gibi fiziksel belirtileri soruldu. Ailesini üzmüş olmak ve amcasının sağlık durumunun kötü olması nedeniyle kendisini suçlaması üzerinden konuşularak, bilişsel çarpıtmaları fark ettirilmeye çalışıldı. Hangi davranışları için kendisini suçladığı öğrenilmeye çalışıldı. Bu düşüncelerinin kırık bir plağın sürekli aynı şeyi tekrar etmesi gibi sürekli ruminatif şekilde aklına gelip gelmediği öğrenilmeye çalışıldı. Hastanın yazısında suçlayıcı, ruminatif tarzda tekrarlayıcı düşünceler ya da söylemler belirgin değildi. Hastanın kazadaki sorumluluğunu pasta dilimi tekniği ile değerlendirmesi, kazaya sebep olabilecek, yol şartları, tır ve şoförün etkileri ile kendisinin etkisine bir yüzde vermesi istendi. Suçlu olduğunu düşünmesinin ne kadarının gerçeklik olduğu ne kadarının hastalığının bir belirtisi olabileceği hasta ile tartışılarak düşüncesi yeniden çerçevelendirilmeye çalışıldı. Suçluluk düşüncesini destekleyen ve desteklemeyen

kanıtlar birlikte araştırıldı. Kazadan çıkardığı sonuçlar ve neler öğrendiği konuşuldu. Kendisiyle aynı durumda olan birine neler söyleyebileceği soruldu. Travmayla ilgili daha akılcı bakış açısı kazanması amaçlandı. Benzer durumda bir kaza yaşamaması için nasıl önlemler alabileceği öğrenilmeye çalışıldı. Geleceğe dönük planları ve alternatifleri konuşuldu. Hastadan izin alınarak yazısının bir kopyası alındı ve dosyasına konuldu, kendisinden bu yazıyı evde yine okuması istendi. Günlük tutması önerildi. Devam eden görüşmelerde hasta evde yazıyı okurken eskisi gibi kaygı düzeyinin fazla olmadığını belirtti. Travma geçirmenin kişisel bir keşif ve büyüme için bir fırsat olabileceği, belirtilerin nasıl üstesinden geldiğinin önemli olduğu görüşmelerde yeri geldikçe vurgulandı. Olumlu ve güçlü yönlerine yönelik sorularla kendisini fark etmesi sağlanmaya çalışıldı. Hasta ile görüşmelerde çelik eğilir, genleşir ama kırılmaz ya da yaranın izi kalır ancak ilk zamanlar gibi acıtırmaz metaforlarından faydalanıldı. Kaçınma davranışları kazanın ilk olduğu zamanlar kadar yoğun değildi ancak var olan davranışlarına yönelik ödevler planlandı, özellikle amcası için neler yapabileceği konuşuldu.

Travma odaklı görüşmelerden sonra; kendine zarar verme davranışları gibi başlıklar üzerinden görüşmeler yapıldı. Her görüşmede hasta ile gündem başlıkları belirlenirken günlük hayatında yaşadığı ev içi, yaşıt ya da okul problemleri üzerinden 'şimdi ve burada' odaklı konuşularak, düşüncelerini test etmek, düşüncelerine verdiği tepkiyi fark etmesini sağlamak üzerine çalışıldı. Olasılıklı, esnek, gerçekçi ve alternatif düşündürmeye çalışmanın amaçlandığı belirtildi. Kendisini 5 yıl sonra nerde ve ne şartlarda gördüğünü yazması ödevi verildi.

Aileye psikoeğitim verilerek hastaya evde yardımcı terapistlik yapmaları istendi. Ebeveynlik becerilerine yönelik konuşuldu. Sosyal desteğin önemli olduğu vurgulandı. Kaza öncesi ev içi rutinlerine dönmeleri önerildi. Hasta ile ilgili kaygıları konuşuldu. Kaza geçirme gibi travmatik olayların, ebeveynleri tarafından nasıl atlatıldığını görmenin travma hastaları için önemli olduğu belirtildi.

Hastaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre TSSB ve depresif bozukluk tanıları konulmuştur. Hasta ile yaklaşık yıl düzenli görüşme yapılmıştır. Görüşmeler önce iki haftada bir, sonra ayda bir olacak şekilde planlanmıştır ve yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Hastaya 3.görüşmeden itibaren özellikle yeniden yaşantılama, aşırı uyarılma, kendine zarar verme ve depresif belirtilerine yönelik sertralın 50 mg/gün ve risperidon 1mg/gün tedavisi başlanmış, tedavi bitiminde ilaçlar tedrici azaltılarak kesilmiştir. Takiplerde yaklaşık 3 ayda bir TSSB'nin şiddetini değerlendirmemizi sağlayan Travma Sonrası Reaksiyon Ölçeği verilmiş, ölçek puanları tedavi başında ciddi düzeyde hastalığı (40-59 puan) ifade ederken, tedavi sonunda eşik altı düzeye gerilemiştir (<12).⁸ Beck Depresyon Ölçeği ve Cümle Tamamlama testleri 6 ayda bir verilmiş; Beck Depresyon Ölçeği puanları ile şiddetli düzeyde depresif belirtilerin puanı (45) minimal düzeye (10) gerilemiştir. Hastanın ve ailesinin şikayetleri azalmıştır. Olgu sunumu için hastadan ve ailesinden onam alınmıştır.

Tartışma

TSSB'nin bilişsel davranışçı terapisinin diğer anksiyete bozukluklarının terapisine göre daha kişisel olduğu bildirilmektedir.⁹ Ayrıca travma odaklı BDT'nin diğer anksiyete bozukluklarının BDT'sine göre daha az etkili olduğu da dile getirilmektedir.¹⁰ Ayrıca son çalışmalarda Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR) tekniğinin BDT ile kombine edilmesiyle tedavide daha iyi sonuçlar alındığı, tek başına EMDR tekniğinin BDT kadar etkili olduğu belirtilmektedir.¹¹

Travmaya yönelik BDT uygulamalarının temel bileşenleri psikoeğitim, anksiyete yönetimi, maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma'dır.¹² Hastayla güven ilişkisi kurulduktan sonra, terapinin psikoeğitim kısmında yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtilerinin rahatsız edici de olsa iyileşmenin bir belirtisi olabileceği, bu belirtilerin yapboz şeklinde birbirinden kopuk olan travmaya ilişkin anıların birleşmesini sağladığı, kişinin eski haline dönmesini kolaylaştırdığı için dengeyi sağlayıcı bir tarafının olduğunun aktarılması önerilmektedir. Yeniden yaşantılama deneyiminin, travmanın şemalara aktarılmasını sağladığı, kaçınma davranışlarının da hastanın yoğun olumsuz duygu ve düşüncelerini kontrol etmek için kullandığı bir savunma mekanizması olduğu bildirilmektedir.¹³ Gevşeme ve anksiyetenin birarada bulunmayacağı düşünülerek hastaya öğretilen aşamalı gevşeme egzersizlerinin anksiyetenin yönetiminde faydalı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.^{14,15} İmgesel alıştırma TSSB terapisinde kullanılan bir maruz bırakma tekniği olup; hastayı dışarıdan izleyen birinin ya da kendisinin bakışıyla, ebeveyn/terapist eşliğinde olayı hikaye şeklinde anlattırarak, yazdırarak ya da sesini kaydettilerip dinletirilerek yaptırılabilir. Bu davranışçı teknikle hasta kaygı oluşturan düşünceleriyle karşılaştırılmakta; kaygısını azaltmak için yaptığı kaçınma ya güvenlik sağlayıcı davranışların engellenmesi amaçlanmaktadır. Hastamızla tüm bu bileşenler uygulanmaya çalışılmış, hasta ile görüşmelerde örnek çalışmalar yapılmış, ev ödevleri verilmiştir. Ayrıca BDT'ye eklenen farmakoterapinin fizyolojik uyarımları azaltabileceği, dikkat ve odaklanmayı arttırabileceği bilinmekte; uyku bozukluğunun düzeltilmesiyle müdahalelerin daha kolay uygulanabileceği bildirilmektedir.¹⁶ Hastanın işlevselliğini bozan belirtilerine yönelik bireyselleştirilmiş bir kombine tedavinin etkinliği de gösterilmiştir.¹⁷ Hastamızın sinirlik ve uykuya dalamama gibi aşırı uyarılma, kendine zarar verme ve depresif belirtilerine yönelik ilaç tedavisi de takiplerde BDT'ye eklenmiştir.

Aile üyelerinin yardımcı terapistik yapmalarının, tedavi sürecine katılmalarının, istikrarlı aile ve arkadaş ilişkilerinin önemli olduğu bildirilmektedir.¹⁸ Ailenin hastanın dönemsel öfke sorunlarına tahammül etmeleri önerilmektedir. Ancak hastanın kendisine ya da etrafına zarar verecek düzeyde öfkeli davranışlarına yönelik müdahale yöntemlerinin aile ile konuşulması faydalıdır çünkü bu düzey öfkeli davranışlar travma öyküsü olan hastalarda suçluluk duygusunu arttırabilmektedir.

Hastanın iyileşmeye yönelik gayreti takdir edilmeli, "survivor-hayatta kalan" olduğu vurgulanmalıdır. Kaza anını kontrol edemediği ancak iyileşmek için yapabileceklerinin kontrolünün kendisinde olduğu belirtilmelidir. BDT sürecinde kendi kendisinin terapisti olmasını istediğimiz vurgulanmalıdır. Bu süreçte öğrendiği becerileri aktif olarak kullanması için görüşmelerde yapılanların kaydedilmesi ve bir örneğinin hastada bulunması sağlanmalıdır.

Bu olgu sunumunda hastanın tedavi motivasyonunun yüksek olmasının, sosyal desteğinin iyi olmasının, tedavi rasyonelini iyi anlamış olmasının, psikiyatrik hastalık açısından soygeçmiş ya da özgeçmişinde öykü bulunmamasının olumlu gidişi etkilediği düşünülmüş, TSSB'ye ek olarak depresif bozukluk tanısının olması ve tedaviye geç başlanmış olmasının oluşturabileceği zorluklar göz önünde bulundurulmuş, kombine tedavi ile takip edilmiştir.

Etik

Hasta Onayı: Olgu sunumu için hastadan ve ailesinden onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: H.Ü., N.P.F., Dizayn: H.Ü., N.P.F., Veri Toplama veya İşleme: H.Ü., N.P.F., Analiz veya Yorumlama: H.Ü., N.P.F., Literatür Arama: H.Ü., N.P.F., Yazan: H.Ü., N.P.F.,

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Üneri ÖŞ. Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunda psikoterapötik yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri. 2014;2:40-46.
2. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreat*. 2001;6:332-343.
3. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomise controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:393-402.
4. Cohen JA, Berliner L, Mannarino A. Trauma-focused CBT for children with trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl*. 2010;34:215-224.
5. Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark DM. Cognitive behavior therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1051-1061.
6. Friedberg RD, Crosby LE, Friedberg BA, Rutter JG, Knight KR. Making cognitive behavioral therapy user friendly to children. *Cognitive Behavioral Practice*. 2000;6:189-200.
7. Wright JH. Integrating CBT and pharmacotherapy. Leahy RL (Ed.) *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice* içinde. Guilford Press. 2004;341-366.
8. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, Nunez F, Fairbanks L. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:1057-1063.

9. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther.* 2005;43:413-431.
10. Cohen JA, Langley A. (2012) Pediatric posttraumatic stress disorder. Szigethy E, Weisz JR, Findling RL (Eds.). *Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescent* içinde 263-299.
11. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10:CD012371.
12. Stallard P. A clinician's Guide to Think Good-Feel Good: Using CBT with Children and Young People. Gökçen C (Çev.Ed.). *İyi düşün iyi hisset.* Say yayınları: 2017;193-216.
13. Sungur MZ, Herbert C (2011) Travmayı ve depresyon sonrası ortaya çıkan psikolojik tepkileri anlamak. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.*
14. Wolpe J. *The practice of behavioral therapy.* Pergamon press. 1969.
15. Payne RA. *Relaxation Techniques: A Practical Handbook for Health Care Professionals.* Churchill Livingstone Press. 2005.
16. Wright JH. Integrating CBT and pharmacotherapy. Leahy RL (Ed.) *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice* içinde. Guilford Press. 2004;341-366.
17. Keeshin BR, Strawn JR. Psychologic and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23:399-411.
18. Ünver H. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaya bilişsel davranışçı yaklaşım: bir olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2018;25:77-81.