

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU

*İnci Meltem ATAY

*Araştırma Görevlisi Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri ABD

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) herkes için ağır stres sayılabilecek, olağandışı fiziksel ya da ruhsal travmayla karşılaştıktan sonra, olayın tekrar tekrar yaşanması, tepkilerde yavaşlama, dış dünyaya ilginin azalması, otonomik, disforik ve kognitif semptomların değişik derecelerde bulunması ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. İlk kez DSM-III'te anksiyete bozuklukları arasında tanımlanmıştır.

GİRİŞ

Travmatik strese karşı ortaya çıkan yanıtlar ilk kez Shakespeare tarafından tanımlanmıştır. Amerika iç savaşlarında Savaş Stresi Reaksiyonunu tanımlayan belgelere rastlamak mümkündür. Çarpışan askerlerde palpasyon ve göğüs ağrısının görülmesi nedeniyle buna asker kalbi veya DaCosta sendromu denmiştir. I. Dünya Savaşı esnasında anksiyete semptomları "shell shock" diye isimlendirilmiş ve beyindeki bir lezyonla ilgili olduğu düşünülmüştür. Bozukluğun ortaya çıkmasında psikolojik etiolojinin fiziksel etkenlerle birlikte olduğu 1900'lü yılların başında ortaya atılmıştır. Daha sonraları psikodinamik teorisinin etkisi altında kişisel yatkınlıkla, çözümlen-

memiş bilinçaltı çatışmaların canlandığı görüşü ile travmatik nevroz kavramı ortaya atılmıştır. Bu teoride çocukluk travmaları veya çatışmalarının kişinin bilinçaltından kaynaklandığı vurgulanmıştır. Stressör olayın tek önemli etken olmadığı, bunun daha önce çözümlenmemiş olan çatışmayı canlandığı ileri sürülmüştür.

Birinci Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında bu durumun sadece muharebeye katılanlarla sınırlı kalmadığı, çeşitli travmalara uğrayan sivillerde de görüldüğü saptanmıştır. Örneğin yangın felaketine yakalananlarda, sinirlilik, irritabilite, yorgunluk, uykusuzluk ve gece kabusları tanımlanmıştır. Bu dönemde fiziksel ve psikolojik etkenlerin hastalığa neden olduğu vurgulanmıştır. Konsantrasyon kamplarından kurtulanlarda anksiyete semptomları, motor huzursuzluk, aşırı endişelilik, uyuma güçlüğü, gece kabusları, yorgunluk, fobik davranışlar, kötülük görme ve tekrar toplatılma düşünceleriyle aşırı uğraşlar olduğu pek çok çalışmada belirtilmiş ve bu konsantrasyon kampı sendromu olarak isimlendirilmiştir.

Bazı araştırmacılar da fiziksel yaralanmay-

Dirim 2005; 80 (4): 128-138

Yazışma Adresi: Dr. İnci Meltem ATAY

Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri ABD, Isparta

la ortaya çıkan organik beyin hastalıklarını dikkate almışlardır. Konsantrasyon sendromunda belirgin fiziksel travma olmaksızın hastalığın ortaya çıkması bu hastalıkta psikolojik faktörlerin önemini göstermiştir. 1952'de II. Dünya Savaşı gazilerinin nevrozları Büyük Stres Reaksiyonu olarak sınıflandırılmış ve ICD'de de yer almıştır. PTSTB ilk kez DSM-III'te (1980) yer almıştır.

EPİDEMİYOLOJİ

Yaşam boyu prevalansı %1-3'tür. Ancak toplum çalışmalarda bu oran %1-40 arasında değişkenlik göstermektedir. Amerika'da yaşam boyu PTSTB prevalansı ise %9 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda çoğunlukla, tehdit, kazayla yüz yüze gelme, birinin yaralandığını veya öldüğünü görme en önemli PTSTB nedenleridir. Erkeklerde görülen PTSTB nedeni genellikle muharebeyle ilişkilidir. Doğal afetlere maruz kalanların %3'ünde PTSTB ortaya çıkabilir. Birçok çalışmada PTSTB prevalansının travmanın şiddeti ve süresi ile arttığı gösterilmiştir. Devamlı çatışmaya girenlerde, kısa süreli çatışmaya katılanlardan daha fazla PTSTB görüldüğü bildirilmektedir.

TANIMLAMA

ICD-10, PTSTB'nu Ağır Stres Tepkisi olarak uyum bozuklukları başlığı altında toplamıştır. Bu tanımlamaya göre "Hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açabilecek stresli bir olaya maruz kalma ile birlikte ortaya çıkan; travmatik olayın tekrar tekrar canlandırılması, rüyalarda görülmesi, duygusal küntleşme veya duygusuzluk hali, diğer insanlardan uzaklaşma, çevreye karşı

tepkisizlik, haz alamama ve travmayı hatırlatan olaylardan ve ortamdan uzaklaşma, travmayı hatırlatacak her türlü söz ve hareketlerden korku duyma ve kaçınma, nadiren de travmayı hatırlatan durumlarda akut korku, panik veya saldırganlık nöbetlerinin ortaya çıkması, otonomik aşırı uyarılmışlık, tetikte olma durumu, irkilme tepkisi, uykusuzluk belirtilmiştir. Bunlara sıklıkla depresyon, anksiyete ve intihar düşünceleri eşlik etmektedir. Başlangıç travmadan sonra birkaç saat ile altı ay arasında ortaya çıkmaktadır. DSM-IV'te de PTSTB anksiyete bozuklukları başlığı altında yer almaktadır. PTSTB tanı ölçütleri Tablo I'de gösterilmiştir:

Tablo I. DSM-IV'e göre "Posttravmatik stres bozukluğu tanı ölçütleri"

A- Travmatik olayı yaşayan kişide aşağıdaki iki belirtinin de bulunması gerekir:

1. Kişinin yaşadığı, tanık olduğu veya karşılaştığı olay veya olayların kendisi veya diğerleri için, güncel veya ölüm tehdidi veya ciddi yaralanma veya fiziksel bütünlüğü bozucu olması.
2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik veya dehşete düşme vardır.

B- Travmatik olayın aşağıda belirtilen yollardan biri veya daha fazlasıyla sürekli olarak yeniden yaşanması:

1. Olayın, elde olmadan sıkıntı veren biçimde hayal edilmesi, düşünülmesi veya algılanması.
2. Olayı tekrar tekrar sıkıntı veren biçimde rüyada görme.

3. Travmatik olay yeniden oluyormuş gibi davranma veya hissetme (uyanırken veya bir madde toksikasyonundayken olsalar bile olayı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif "flashback" epizodlarını kapsar).
4. Travmatik olayın bir yönünü sembolize eden iç ve dış uyaranların yoğun psikolojik sıkıntı oluşturmaması.
5. Travmatik olayın bir yönünü sembolize eden iç ve dış uyaranlara psikolojik tepkililik.

C- Travmayla ilişkili uyaranlardan sürekli olarak kaçınma ve travmadan önce olmayan genel tepki verme düzeyinde azalma; bunlarla ilişkili olarak aşağıdakilerden en az üçünün bulunması:

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma çabaları
2. Travmayla ilgili anıları uyaran aktiviteler, yerler ve insanlardan kaçınma çabaları
3. Travmanın önemli bir yönünü hatırlayamama
4. Önemli etkinliklere karşı ilginin veya katılımın azalması
5. İnsanlardan uzaklaştığı veya yabancılaştığı duygusu
6. Duygulanımda kısıtlılık
7. Geleceği olmadığı duygusunu taşıma (mesleği, evliliği, çocukları ya da normal yaşam süresi olacağını beklememe)

D- Aşağıdakilerden ikisinin veya daha fazlasının varlığı ile travma öncesinde olmayan, artmış uyanıklık durumu semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorluk
2. İrritabilite veya öfke patlamaları
3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerine yoğunlaştırmada zorluk
4. Hipervijilans
5. Tepkilerde aşırılık

E- Bozukluğun süresi en az bir aydır

F- Bozukluk klinik olarak belirgin sıkıntı veya sosyal, iş veya önemli alanlarda bozulmalara yol açmıştır

Akut: Semptomların süresi 3 aydan kısadır.

Kronik: Semptomların süresi 3 ay veya daha uzundur.

Geç başlangıçlı: Semptomların başlangıcı travmadan en az altı ay sonra ortaya çıkmıştır. DSM-IV, hastalık süresi hariç hemen hemen aynı tanı ölçütlerini içeren durumu Akut Stres Bozukluğu (ASB) adı ile ayrı bir tanı olarak değerlendirmiştir. Başlangıçta ASB tanısı alan hastalığın süresi bir ayı geçtiğinde PTSD olarak değiştirilmesi gereği belirtilmektedir. Burada bozukluğun en az iki gün, en fazla da bir ay sürmesi ve olaydan sonra semptomların en fazla bir ay içinde görülmeye başlaması koşulu vardır.

ETİYOLOJİ

PTSD etiyojisinde, stressörün cinsi ve süresi, hastanın kişilik özellikleri, travmatik ortamın ve travma sonrası ortamın koşulları gibi değişik faktörlerin rolü vardır.

Stressörler:

Değişik tip ve süreli stressörler PTSD ortaya

çıkartabilirler. Travma sonrasında birçok bireyde PTSS'nin akut semptomları görülmekte, ancak bu semptomlar kısa sürede ortadan kalkmaktadır. Daha az bir grupta ise semptomlar kronik ve dirençli bir seyir izlemektedir. Otonomik ve hipotalamik-hipofizer-adrenal eksen yanıtları da dahil olmak üzere birçok nörobiyolojik ve psikososyal etken bu süreçte rol oynamaktadır. Travmatik olayın şiddeti arttıkça ve olaya maruz kalma süresi uzadıkça PTSS gelişme oranı artmaktadır. Stressör, günlük ve yaygın olan sıradan stres kaynaklarından daha farklıdır. Basit kayıplar, kronik hastalıklar, evlilik çatışmaları ve boşanmalar günlük stressörlerdir ve PTSS geliştirmek için travmatik olay sayılmazlar. DSM-IV'e göre PTSS gelişmesine sebep olabilecek travmalar, askeri çatışmaya katılmak, cinsel, fiziksel, kişisel saldırıya uğramak, gasp, soygun, kaçırılmak, rehin alınmak, terörist atağına uğramak, işkence görmek, esir düşmek veya toplama kamplarında bulunmak, doğal veya insanların sebep olduğu felaketlerle karşılaşmak, ciddi trafik kazaları veya yaşamı tehdit edici bir hastalık tanısı alma gibi olağandışı travmatik olayları yaşamak gibi stressörlerdir. Çocuklar için, korku, vahşet veya yaralanma olmasa bile gelişimine uygun olmayan cinsel deneyimler travmatik olay olarak kabul edilebilir. Ciddi bir yaralanmayı görme, başka birinin vahşice öldürülmesi, kaza, savaş, felaket veya beklenmedik bir şekilde birisinin ölümünün tamamını veya bir kısmını görme de travmatik olay olabileceği gibi; bunların bir başkası tarafından görülüp kişiye aktarılması da travmatik olay olarak kabul

edilmektedir. Yakın arkadaş veya aile üyelerinden birinin ölümü, kazaya veya travmaya uğramasının öğrenilmesi de PTSS oluşturabilecek travma olarak görülmektedir. İnsanlar tarafından oluşturulan travmatik olayların doğal felaketlerden daha fazla oranda PTSS ortaya çıkardığı bilinmektedir.

Kişisel faktörler:

Travmaya maruz kalan birçok kişide PTSS ortaya çıkmamaktadır. Bu durumun kişisel bir yatkınlıkla ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Yatkınlığı oluşturan faktörler arasında çocukluk çağı travmaları, borderline, paranoid, bağımlı, antisosyal kişilik özellikleri, sosyal desteklerin yetersizliği, genetik yatkınlık, geçirilmiş zorlu yaşam olayları, kontrolün kaybedileceği algısı ve aşırı alkol kullanımı sayılabilir. PTSS yatkınlığında, hastaların daha önceden çözümlenmemiş çatışmalarının olduğu ve bunların travma ile yeniden canlandığı iddiası ileri sürülmektedir. Ölüm kampı gibi ciddi travma yaşayanlarda, PTSS çok yaygındır. Tecavüze uğrayan kurbanlarda iyi olmayan premorbid uyum ile iyileşme güçlüğü arasında paralellik bulunmuştur. İçer dönüklük ve nörotizm kronik PTSS için önemli premorbid faktörler olarak görülmektedir.

Kronik PTSS olan hastaların %66'sının ailesinde psikopatoloji saptanmıştır. PTSS bulunan hastaların %80'inin başka bir ruhsal bozuklukla birliktelik gösterdiği bildirilmektedir. PTSS sıklıkla depresyon, anksiyete, somatizasyon gibi psikiyatrik patolojilerle birliktelik göstermekte olup,

bu durum tanıda güçlülere ve yetersiz tedaviye neden olabilmektedir.

PTSB her yaşta oluşabilir. Genç erişkinlik en fazla görülen yaşlardır. II. Dünya Savaşı gazilerinde 60 yaşlarında, travmatik olaydan 30 yıl sonra PTSD geliştirmiş olan olgular bildirilmiştir.

Psikolojik faktörler:

Psikolojik kuramlarda travma ile ilişkili tepkilerin dinamik, bilişsel ve savunma yönleri vurgulanmıştır. Freud ve ilk analitikçiler travmatik nevrozun belirtilerini ve gidişini açıklamak için büyük çaba göstermişlerdir. İlk üzerinde durulan erişkin yaştaki travmanın çocukluk çağında yaşanan bir travmaya bağlı nevroza regresyon olduğudur. Daha sonra bir enerji modeli geliştirilmiş, kuvvetli bir dış travmanın organizmanın enerjisindeki bozulmaya neden olduğu düşünülmüştür. Bu travmayla kişinin uyan engeli, diğer bir deyişle koruyucu kalkını aşmış olur. Olayın bastırılması ve undoing gibi savunma mekanizmaları, egonun olayla başa çıkma ve fazla enerjii giderme çabalarıdır. Travmaya fiksasyon bu kuramın önemli bir noktasıdır. Kronik gidişli ve tedaviye cevap vermeyen şiddetli travma, ego tükenmesi ile şiddetli suçluluk ve utanç sonucu ego-süperego sınırında değişikliklere yol açar. Başka analistler bu uyan engeli kavramını gözden geçirmişler ve egonun travmadan korunması için pasif değil aktif bir girişimi olduğunu öne sürmüşlerdir. Travma, bireyin psişik gerçekliği ve kişinin olayı nasıl yorumlayıp tepki verdiği bağlamında ele alınmalıdır. Psişik travma kişinin baş

edemediği bir durumdur, korku ve kontrol edemeyeceği duygularla sonuçlanabilir.

Sosyal faktörler:

Travma sıklıkla büyük bir grup insanı ve onların çevresini etkiler. Çevrenin etkilenmesi iyileşmeyi olumsuz yönde etkiler. Savaşta esaret, toplama kamplarında bulunma gibi aşırı türde beklenmedik travmalar ciddi ve kalıcı PTSD'na neden olabilir. Grup travmasına maruz kalanlarda toplumsal destek sistemlerinin de kaybı PTSD seyrini daha komplike hale getirebilir. Sosyal desteğin sürekliliği olumlu bir etki yaratırken, sosyal destek mekanizmalarının bozulduğu büyük doğal afetler, soykırım gibi travmalar başlı başına bir olumsuzluk faktörüdür.

Biyolojik faktörler:

Travmatik olaylar, bireylerin hem psikolojik hem de biyolojik yetilerinin bozulmasına neden olurlar. Uzun süreli ve yoğun bir uyarıcı ile gelişen travma, PTSD hastalarında nöronal ve sinaptik değişikliklere yol açabilir. Strese yanıt olarak, katekolaminlerin tekrarlayan biçimde aşırı kullanımını ve tükenmesi, postsinaptik katekolamin reseptörlerinde upregulasyon ve aşırı duyarlılıkla sonuçlanır, bu durum strese bağlı katekolamin salgılanmasında aşırı bir artışa yol açabilir. Sonuçta korku, endişe veya ümitsizliğe organizmanın cevabı, taşikardi, artmış sistolik kan basıncı, kaslarda gerginlik ve santral adrenerjik hiperaktiviteyle ilişkili belirtilerdir. Katekolamin depolarını boşaltan metil tirozin ve rezerpin ile yohimbin (α_2 antagonist), kokain

gibi Locus Ceruleus'u uyaran ilaçların, belirtileri alevlendirdiği bildirilmiştir. PTSD'de canlı anıların, geriye dönüşlerin (flash backs), gece kabuslarının tekrarlayan biçimde bilince gelmesi söz konusudur. Locus Ceruleus'un hipokampus ve amigdalaya uzanan noradrenerjik projeksiyonlarının hafızada geri çağırmaı kolaylaştırıcı olduğu bildirilmiştir.

Stres yaratan bir yaşantı, medial prefrontal kortikal bölgede dopaminerjik sistemi aktive eder. Bellekle ilişkili olan prefrontal korteksin stres sonrası aktive olması nedeniyle, posttravmatik stres bozukluğunda görülen bellek bozukluklarının dopaminerjik sistemle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Serotonin de PTSD'de rol oynadığını ileri süren birçok çalışma mevcuttur. Serotonin düzeyinde azalmanın hayvanlarda hiperirritabilite, aşırı duyarlılık ve uyarılmaya neden olduğu, bu durumun PTSD fenomenolojisine uygunluk gösterdiği bildirilmiştir. Stres endojen opiyat sisteminde de bazı değişikliklere yol açmaktadır. İnsanlarda stres opiyat sentezini artırmaktadır. Travmatik uyarı durduğu zaman endojen opioid salgısı azalabilir. Yapılan çalışmalarda PTSD hastalarının "flash-back"ler esnasında ağrıya karşı daha duyarsız davrandıklarının, ancak opiyat antagonisti olan naloksan verildiğinde ağrıya karşı olan duyarsızlığın azaldığının gözlenmiş olması da bu görüşü desteklemektedir. Şiddetli travmadan kurtulanlarda fiziksel analjezi, psişik uyuşma ve deperonalizasyonun ortaya çıkması nedeniyle endojen opiyat salınımının travmaya eşlik eden disosiasyon ve psişik uyuşmada da

etkin olduğu belirtilmiştir.

Akut stres döneminde CRF, ACTH ve periferel kortizol düzeylerindeki artışın PTSD belirtilerinden anksiyete, korku, bellek dalgalanmaları ve aşırı uyarılmadan sorumlu olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca noradrenerjik sistemle CRF-HPA sistemi arasında karşılıklı bir uyarım söz konusudur. Stres ve anksiyetenin nörobiyolojisinde benzo diazepin sistemleri önemli bir role sahiptir. Kaçınılmaz şoka maruz kalan hayvanlarda, benzodiazepin reseptörüne bağlanma miktarı %30 azalmaktadır.

Nörobiyolojik çalışmalarda birlikte PTSD'de yapısal anormalliklere yönelik, travmanın oluşumuna aracılık eden beyin bölgeleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Sağ hemisfer limbik yapılarda, sol paralimbik yapılarda ve sağ ikincil görme alanında akım artışı saptanmıştır. Sol inferior frontal ve sol orta temporal kortekste akım azalması bulunmuştur. Ayrıca aşırı stres sonucu salgılanan glukokortikoidlerin serotonin ve diğer nöropeptidlerin hipokampusta hasara yol açtığı ya da doğuştan hipokampusu küçük olanların PTSD'na yatkın olabilecekleri gibi bazı hipotezler geliştirilmiştir.

KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

PTSD belirtileri, klinikte üç ana grupta ele alınır:

1- Travmatik olayın tekrar tekrar anımsanıp yaşanmasıyla ilgili belirtiler:

Travmatik olay, herhangi bir görünür neden yokken, istem dışı olarak, düşünce, duygulanım veya bedensel belirtiler olarak

anımsanıp yaşanır. Ayrıca travmatik olayı çağrıştıran bir uyararla karşılaşan kişi, aynı olay sanki tekrar oluyormuş gibi hisseder ve davranır. Tekrar yaşantısı, genellikle travmatik olayla ilgili canlı görsel imgeler ve o sırada yaşanan bedensel duyuların hissedilmesi şeklindedir.

2- Kaçınma belirtileri:

Kişi, travmatik olayı anımsatan her tür etkinlikten kaçınır. Bu, hastanın genellikle şikayetçi olmadığı, bilinçli bir kaçınmadır. Travmatik olayı anımsatan, çağrıştıran yer ve kişilerden kaçınma olabilir. Travmatik olaylarda sevdiklerini kaybedenler, tekrar sevmek bağlanmak korkusu duydukları için, insanlardan uzak durmaya, yakın ilişkiler kurmamaya çalışırlar. Sevgi, bağlanma gibi yoğun duygular, travmatik anıları tekrar canlandırabilir. Başlarına gelen felaketi, böyle bir deneyimi olmayanların anlayamayacağı düşüncesiyle, travma sonrasında, içe kapandıkları, çevrelerine yabancılaştıkları bilinmektedir.

3- Artmış uyarılmışlık belirtileri:

Bu belirti grubunda, uyku bozuklukları ön plandadır. Genellikle uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte güçlük belirtileri vardır. Hasta uykusunu kabusların böldüğünden yakınır. Bazı hastalar, kabus görmemek için uyumamaya çalışabilir. Ayrıca bilinçli uyumama çabasının nedeni, travmatik olayın uyku sırasında olması da olabilir. PTSTB tanısı konmuş hastalarda uyku sırasında şiddetli kol, bacak, vücut hareketleri olabilir. Ses, ışık, dokunma gibi uyarılara aşırı irkilme tepkisi verme,

çarpıntı, solunum sıkıntısı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de bu belirti grubunda sayılabilir. Görüşmede travmatik olayla ilgili uyarılardan kaçınma; hastanın olayla ilgili herhangi bir öykü vermemesinden dolayı sorun oluşturabilir. Semptomlar kişiler arası ilişkileri bozabilir, aile içi çatışmalara neden olabilir ve bireyin işini kaybetmesine yol açabilir. Konsantrasyon güçlüğü ve bellek zayıflığı ve dikkat eksikliği gibi kognitif fonksiyonlarda sorunlar olabilir. Kognitif sorunlar, kafa travmaları geçirenlerde ve toplama kamplarında malnütrisyon yaşayanlarda daha ciddi olarak sıklıkla görülür. PTSTB olan kişiler yaşamlarını sürdürüyor olmalarından dolayı yoğun suçluluk duyguları yaşayabilirler. Daha çok kişiler arası bir stres etkeni olduğu zaman duygulanımda iniş çıkışlarda bozulma, kendi kendine zarar veren davranışlar ve dürtüsel davranış, dissosiyatif semptomlar, somatik yakınmalar; işe yaramazlık, utanç, üzüntü ya da umutsuzluk duyguları, önceden taşıdığı inançlarını yitirme, hostilite (düşmanlık duygular), toplumdaki uzaklaşma, başkalarıyla ilişkilerinde bozulma ya da kişinin daha önceki kişilik özelliklerinde değişiklik olması gibi semptomlar bir araya gelebilir. Panik Bozukluğu, Agorafobi, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Majör Depresif Bozukluk, Somatizasyon Bozukluğu ve Madde Kullanımı ile İlişkili Bozuklukların ortaya çıkma olasılığı artmıştır. Bu bozuklukların Posttravmatik Stres Bozukluğunun ne derecede öncesinde, ne derecede sonrasında yer aldığı bilinmemektedir.

AYIRICI TANI

Travma sonrası oluşan psikiyatrik bozukluk yalnızca PTSD değildir. Doğal afetlerden sonra hayatta kalanlarda PTSD olduğu kadar yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresyonun da ortaya çıktığı saptanmıştır. Ayrıca birçok olguda PTSD ile birlikte travmayla ilişkili veya ilişkisiz başka psikiyatrik bozuklukların da birlikteliği söz konusu olabilir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında PTSD olanlar diğerlerine göre iki kat daha fazla psikiyatrik tanı almışlardır. İlaç ve madde kötüye kullanımı %20-80 oranı ile en çok görülen bozukluklardır. Bunu %10-50 oranı ile distimi ve majör depresyon izlemektedir. Obsesif-kompulsif bozuklukta da benzer olarak travmanın tekrar tekrar yaşanması görülebilir. Antisosyal kişilik, panik bozukluğu ve fobik bozukluk birlikteliği artıran diğer durumlardır. Travmanın, anksiyete semptomlarının başlaması ve anksiyetenin ortaya çıkma zamanı PTSD'nun fobik bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğundan ayırımı için genellikle gereklidir. Uyum bozukluğu da ayırıcı tanıda en fazla dikkat edilmesi gereken bozukluklardandır. Uyum bozukluğunda stressör daha az şiddettedir ve yaygın olarak karşılaşılan tiptedir. Burada travmatik olayı yeniden yaşama yoktur. Uyum bozukluğunun seyri daha az yetersizlik ve devamlılık gösterir, kronikleşme oranı daha düşüktür. Obsesif kompulsif bozuklukta istenmeden gelen yineleyici düşünceler vardır ancak bunlar uygunsuz olarak yaşanır ve yaşanan travmatik olayla ilişkili değildir. Madde ve alkol kötüye kullanımı olanların

PTSD geliştirecek kaza veya vahşete maruz kalmaları yaşam tarzlarına bağlı olarak daha yüksektir. Bununla birlikte PTSD hastalarında yalnızlıklarını, iritabiliteyi, uykusuzluk ve motor gerginliği azaltmak için de ilaç ve alkol kullanımı artmıştır.

Organik mental bozukluk PTSD ile birlikte olabilir. Strese maruz kalma sonrası kişilik değişikliklerinde organik faktörlerin de etkili olabileceği, psikik travmayla birlikte beyin travmasının da olabileceği unutulmamalıdır. Organik patolojiden şüpheleniliyorsa ruhsal muayene tamamlandıktan sonra; nörolojik muayene, EEG, BBT tetkikleri yaptırılmalıdır.

PTSD gibi görülenlerden bazılarının simülasyon olabileceği, bu bozukluğun yasalarla veya sosyal yardımlarla ilgili olarak kazanç için, görevden veya bulunması gereken bir yerden uzaklaşmak amacıyla kullanabilecekleri unutulmamalıdır.

PROGNOZ

Semptomlar genellikle travmadan sonra ilk üç ay içinde ortaya çıkar. Bununla birlikte 1 haftadan 30 yıla kadar uzanan bir dönemde semptomların ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Travmadan hemen sonra oluşan bozukluk akut stres bozukluğu tanısını alır. Semptomların bir ayı aşması ile PTSD tanısı konur. Olguların yaklaşık yarısı ilk üç ay içinde iyileşir. Semptomlar üç aydan daha uzun sürüyorsa kronik PTSD tanısı alır, semptomlar travmadan altı ay sonra ortaya çıkmışsa tanıya "geç başlangıçlı" deyişi eklenir.

Aynı travma türüne benzer şiddette maruz kalanlarda morbidite oranları farklılıklar

göstermektedir. Doğal felakete maruz kalan PTSS olgularının %87'sinin, savaş travması olan askerlerin ise %50'sinin kronik PTSS'ne ilerlediklerini bildiren çalışmalar mevcuttur. Kronik PTSS'nun prognozu akut PTSS'ne göre daha kötüdür ve sosyal işlevsellikte bozulma daha ciddidir. İşlevsellikte bozulma semptomların şiddetine ve çeşidine göre değişir. Örneğin, kaçınma hareketi fobik davranışa yol açar ki bu da hastanın yaşamını sınırlar, mesleğini uygulamasını güçleştirir. Duygusal sınırlılık, sosyal izolasyon, madde ve ilaç kötüye kullanımına veya suisid davranışına itebilir. Çok ciddi stressörler daha fazla kronik PTSS geliştirmesine yol açmaktadır.

Eğer ikincil kazanç sorunları yoksa, hastanın kişiliği de önemli derecede uyumsuz değilse bozukluk çoğu kez kendiliğinden birkaç hafta ya da ayda düzeler. Bununla birlikte uzun süre yatakta hareketsiz kalma, uzun süren tazminat ya da suç davaları, işsiz olma, ailesel toplumsal destekten yoksun olma ve uygun tedaviyi görmemek hastalığın süregelenleşmesine yol açabilir.

TEDAVİ

Tedavi eğitim, destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapi ve psikofarmakolojiyi de içeren çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir.

İlaç Tedavisi:

Öncelikle hasta ile güven temeline kurulu iyi bir ilişki kurmak önemlidir. Hastanın yoğun anksiyetesini yatıştırma amacı ile kısa süre ile anksiyolitikler (alprazolam,

diazepam, klonazepam) kullanılabilir. Ancak PTSS hastalarının madde kullanım bozukluklarına yatkınlıkları ve alprazolam gibi ajanların aniden bırakılması sonrasında kesilme semptomlarına neden olabilmeleri sebebiyle dikkatli kullanımları gerekmektedir. Trisiklik antidepresanlar (imipramin, amitriptin) ve serotonin geri alım inhibitörleri (sitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin) tedavide uygun ajanlardır. Ciddi agresyon ve ajitasyon olan olgularda haloperidol kullanılabilir. Suisid davranışı, ciddi depresyon, kontrol edilemeyen öfke ve şiddet, alkol veya madde kötüye kullanımı gibi durumlar için kısa süreli hastane yatışı gerekebilir. Bu durumlar dışında kişinin işine ve uğraşlarına geri dönmesi süregelenleşmeyi engelleyebilir.

Bireysel Psikoterapi:

Psikoterapotik yaklaşımda bilişsel davranışçı psikoterapi uygun sağıaltım biçimi olarak önerilmektedir. Psikoterapide amaç, destek, eğitim, başa çıkma mekanizmaları ile olayı kabullenmedir. En sık kullanılan yöntem üstüne giderek alıştırma (exposure) yöntemidir. Zihinde ya da gerçek yaşamda bu durumlarla giderek artan biçimde karşılaşma ile duyarsızlaşma sağlanmaya çalışılır. Kronik PTSS olanların terapisi daha karmaşıktır. Hatta terapiye uyumları bile güçtür. Bunlarda terapiden ayrılma oranı oldukça yüksektir. Bu yüzden şiddet veya ölümle ilgili olarak kronik PTSS hastalarında şüphencilik, paranoya ve güven, tedavinin ana temalarını oluşturur. Bazı hastaların öyküleri rahatsız edici olduğundan terapist travmanın tüm

öyküsünü alamaz. Bazen de hastalar aşırı öfkelerini terapistte yöneltebilirler. Terapist de suçluluk, korku, şiddet veya öfkeyi hastaya yansıtabilir. Bu nedenlerle bireysel psikoterapi, özellikle dinamik ve açıklayıcı terapinin kronik PTSS'nde uygulanması zordur. Kronik seyirli hastalara destekleyici uzun süreli bir tedavi planı uygulanmalıdır.

Grup Terapisi:

PTSS'da grup terapisi de, bireyler arasında yoğun duygusal aktarımın sağlanabilmesi, bireyler arası terapist hastalar arasında alternatif olabilmesi, kaçınma ve tepkisizlik gibi semptomlar açısından daha faydalı olabilmesi gibi etkenler nedeniyle önerilen yöntemlerdendir.

Sonuç olarak, PTSS'nun tedavisinin, hem etiyojideki çok yönlü etkenler, hem de bireysel yatkınlıklar, farklılıklar ve değişik prognostik faktörler nedeniyle çok yönlü sürdürülmesi gerekliliği söz konusudur. Bununla birlikte risk faktörlerinin tanımlanması ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi hem koruyucu yöntemlerin geliştirilmesine, hem de tedavi modelinin belirlenmesine olanak sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Battal S, Özmenler N. *Posttraumatik Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu*. Güleç C, Köroğlu E (ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997. s. 505-516.
2. Kaplan IH, Sadock JB. *Posttraumatic Stress Disorder and Acute Disorder*. Mitchell CW (ed.). *Synopsis of Psychiatry*, 8. baskı,

Williams and Wilkins, Baltimore, 1997. s. 617-623.

3. Lecrubier Y. *Posttraumatic stress disorder in primary care: a hidden diagnosis*. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 1: 49-54.
4. *Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, (DSM-IV)*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994. Çeviri Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
5. Yehuda R. *Risk and resilience in post-traumatic stress disorder*. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 1: 29-36.
6. Kaiman C. *PTSD in the World War II combat veteran*. *Am J Nurs*. 2003 Nov; 103(11): 32-41.
7. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10.baskı, Feryal Matbaası, 2004, s. 378-382.*
8. Davidson JR, Stein DJ, Shalev AY, Yehuda R. *Posttraumatic stress disorder: acquisition, recognition, course and treatment*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004 Spring; 16(2): 135-47.
9. Van der Kolk BA. *The psychobiology of posttraumatic stress disorder*. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(supp9): 16-24.
10. Livanou M. *Trauma Sonrası Stres Bozukluğunun Teorik Yönleri*. Aker T, Önder ME (ed.). *Psikolojik Trauma ve Sonuçları*. 5US yayınları, 2003. s. 21-34.
11. Grinage BD. *Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder*, *Am Fam Physician*. 2003 Dec 15; 68(12): 2401-8.
12. Deutch AY, Clark WA, Roth RH. *Prefrontal cortical dopamine depletion*

enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. *Brain Res* 1990; 37: 9-18.

13. Simpson PE, Weiss JM. Responsiveness of locus coeruleus neurons to excitatory stimulation is uniquely regulated by 2-receptors. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 349-354.

14. Saporta JA, Van der Kolk BA. Psychobiological consequences of severe trauma. *Torture and its consequences*. Başoğlu M (ed.), Glasgow: Cambridge University Press, 1992.

15. Coid J, Allolio B, Rees LH. Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* 1993; 2: 545-6.

16. Drugan RC, Morrow AL, Weizman R. Stress induced behavioral depression in the rats is associated with a decrease in GABA receptor mediated chloride ion flux and brain benzodiazepine receptor occupancy. *Brain Res* 1989; 487: 45-51.

17. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 973-81.

18. Kaptanoğlu C. Trauma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikler. Aker T, Önder ME (ed.). *Psikolojik Trauma ve Sonuçları*. 5US yayınları, 2003. s. 79-89.

19. Patrick V, Patrick WK. Cyclone'78 in Sri Lanka the mental health trail. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 210-216.

20. Solomon Z, Benbenisty R. The role of

proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 613-617.