

Poliklinikte Akut Ruhsal Travma Belirtileri Gösteren Başvurulara Yaklaşım

6

Emine Merve AKDAĞ¹

GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada her geçen gün travmaya maruz kalan ve bu sebeple yardım arayışında olan insan sayısı artış göstermektedir. Travmaya maruz kalan kişilerde erken dönemde çeşitli ruhsal, bedensel, bilişsel, davranışsal belirtiler görülebilir. Kaldı ki kişiler bazen bu belirtilerin travmayla olan bağlantısını fark edemeyebilirler. Bu akut stres belirtileri, sıklıkla olağandır ve ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaz. Bir hafta içinde ya da tehdit edici durum ortadan kalktıktan sonra genellikle kendiliğinden azalır. Danışanın bu konuda bilgilendirilmesi oldukça değerlidir. Öte yandan yeniden yaşantılamalar, aşırı kaçınma ve tetikte olma hali, yoğun kaygı ve depresyon, alkol-madde kötüye kullanımı ve gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ise kişinin ruhsal açıdan ayrıntılı değerlendirilmesini, takibini ve gerekirse erken müdahaleyi gerektiren ruhsal belirtilerdir. Şüphe oluşturan durumlarda kişide travmayı sorgulamak, belirtilerin şiddeti açısından değerlendirmek, riskli grupları tanımak, bilgilendirmek, destek sağlamak, gerekirse takibe almak ve doğru birimlere yönlendirmek, sonrasındaki sürecin yönetimi açısından oldukça önemlidir. Bu yazı, hekimlerin akut ruhsal travma belirtileri gösteren danışanları poliklinik ortamında tanıyabilmesi ve gerekli müdahaleler açısından bilgilendirilmesi amacıyla kaleme alınmıştır.

¹ Uzm. Dr. Başasistan, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, emervekalyoncu@gmail.com

Sonuç

Hekimlerin travma sonrası erken dönem ruhsal belirtileri tanınması, uygun müdahaleleri ve hangi durumlarda kişiyi ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmesi gerektiğini bilmesi, travma yönetimi açısından önemlidir. Erken dönem müdahalelerinde ilk olarak psikolojik ilk yardım (PİY) esastır. PİY; travma sonrası erken dönemde kişilerin temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, güvende ve sakin hissetmelerine yardımcı olur, sosyal ve duygusal destek sunar. PİY akut ve kronik travma tepkilerinin gelişme ihtimalini azaltır. Travmanın türüne göre değişkenlik göstermekle birlikte akut dönemde; kayıt tutma, güvenlik, haberleşme ve temel ihtiyaçların karşılanması, travmatik olaya maruziyet süresinin azaltılması, disosiyatif belirtiler açısından tetikte olunması, ağrı ifadesinin azalma riskine karşı ağrıyı ayrıntılı sorgulama önemlidir. Takip eden günlerde; bu müdahalelere ek olarak ruhsal belirtilerin ve risk gruplarının gözlenmesi, intihara eğilim ve alkol- madde kullanımı/yoksunluğu açısından dikkatli olunması, sürekli kullanılan ilaçların tespiti ve temini gerekmektedir. Erken dönem belirtilere karşı psikoterapi uygulamaları tartışmalıdır. Kişinin kendi kaynakları ve baş etme mekanizmalarıyla olayı işlemesine izin vermek yararlı olabilmektedir. Belirtiler işlevselliği yoğun şekilde etkilemiyorsa izlemek ve 1 ay sonra kontrol etmek; işlevselliği bozuyorsa ve akut stres bozukluğu geliştirse özellikle travma odaklı yaklaşım ve terapi müdahaleleri açısından ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmek, ilaç tedavisi gerektiren ek tanı olmaması halinde ilk bir ay farmakolojik tedaviden uzak durmak önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*. Guilford Press; 1989;7(2): 113–136.
2. Herman JL. *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Hachette uK; 2015.
3. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, et al. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(9): 802–817. doi:10.1002/da.20737
4. Figley CR. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge; 2013.
5. Kahil A, Palabiyikoğlu NR. İkincil Travmatik Stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2018;10(1): 59–70. doi:10.18863/pgy.336495
6. Benjet C, Bromet E, Karam EG, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*. Cambridge University Press; 2016;46(2): 327–343.

7. Geoffrion S, Goncalves J, Robichaud I, et al. Systematic Review and Meta-Analysis on Acute Stress Disorder: Rates Following Different Types of Traumatic Events. *Trauma, Violence, & Abuse*. SAGE Publications; 2020; 1524838020933844. doi:10.1177/1524838020933844
8. Özbaş Z. Cinsel Silah ve” Grbavica”. *Marmara İletişim Dergisi*. 2008;13(13): 171–185.
9. Barnhill JW. *DSM-5® Clinical Cases*. American Psychiatric Pub; 2013.
10. Bryant RA, O’Donnell ML, Creamer M, et al. A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA psychiatry*. American Medical Association; 2013;70(8): 839–846.
11. Horn SR, Charney DS, Feder A. Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD. *Experimental neurology*. Elsevier; 2016;284: 119–132.
12. Rosenberg L, Rosenberg M, Robert R, et al. Does acute stress disorder predict subsequent posttraumatic stress disorder in pediatric burn survivors? *The Journal of clinical psychiatry*. Physicians Postgraduate Press, Inc.; 2015;76(11): 0–0.
13. Kocsis RN. *Book Review: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-5)*. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2013.
14. Ramos C, Leal I. Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *PsychOpen GOLD*; 2013;
15. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, et al. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*. Taylor & Francis; 2005;20(2): 175–192.
16. Bowler RM, Adams SW, Gocheva VV, et al. Posttraumatic stress disorder, gender, and risk factors: World Trade Center tower survivors 10 to 11 years after the September 11, 2001 attacks. *Journal of traumatic stress*. Wiley Online Library; 2017;30(6): 564–570.
17. Halpern J, Vermeulen K. *Disaster mental health interventions: Core principles and practices*. [Online] New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2017. xii, 205 p. doi:10.4324/9781315623825
18. Health (UK NCC for M. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell; 2005;
19. Card P. *VA/DOD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. 2017.
20. Organization WH. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. 2013. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. 2013;
21. Jacobs GA, Gray BL, Erickson SE, et al. Disaster mental health and community-based psychological first aid: Concepts and education/training. *Journal of clinical psychology*. Wiley Online Library; 2016;72(12): 1307–1317.
22. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, et al. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Archives of general psychiatry*. American Medical Association; 2012;69(2): 166–176.
23. Saltini A, Rebecchi D, Callerame C, et al. Early Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychology, health & medicine*. Taylor & Francis; 2018;23(3): 285–294.
24. Delahanty DL, Gabert-Quillen C, Ostrowski SA, et al. The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial. *CNS spectrums*. Cambridge University Press; 2013;18(2): 103–111.

25. Zohar J, Yahalom H, Kozlovsky N, et al. High dose hydrocortisone immediately after trauma may alter the trajectory of PTSD: interplay between clinical and animal studies. *European Neuropsychopharmacology*. Elsevier; 2011;21(11): 796–809.
26. Roque AP. Pharmacotherapy as prophylactic treatment of post-traumatic stress disorder: a review of the literature. *Issues in mental health nursing*. Taylor & Francis; 2015;36(9): 740–751.
27. Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI, et al. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier; 2015;2(5): 413–421.
28. Howlett JR, Stein MB. Prevention of trauma and stressor-related disorders: a review. *Neuropsychopharmacology*. Nature Publishing Group; 2016;41(1): 357–369.
29. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, et al. The intraoperative administration of ketamine to burned US service members does not increase the incidence of post-traumatic stress disorder. *Military medicine*. Oxford University Press; 2014;179(suppl_8): 41–46.
30. McGhee LL, Maani CV, Garza TH, et al. The correlation between ketamine and post-traumatic stress disorder in burned service members. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. LWW; 2008;64(2): S195–S199.
31. Sabban EL, Serova LI, Alaluf LG, et al. Comparative effects of intranasal neuropeptide Y and HS014 in preventing anxiety and depressive-like behavior elicited by single prolonged stress. *Behavioural brain research*. Elsevier; 2015;295: 9–16.
32. Cohen H, Kaplan Z, Kozlovsky N, et al. Hippocampal microinfusion of oxytocin attenuates the behavioural response to stress by means of dynamic interplay with the glucocorticoid-catecholamine responses. *Journal of neuroendocrinology*. Wiley Online Library; 2010;22(8): 889–904.
33. Andero R, Brothers SP, Jovanovic T, et al. Amygdala-dependent fear is regulated by Oprl1 in mice and humans with PTSD. *Science translational medicine*. American Association for the Advancement of Science; 2013;5(188): 188ra73–188ra73.
34. Ganon-Elazar E, Akirav I. Cannabinoids prevent the development of behavioral and endocrine alterations in a rat model of intense stress. *Neuropsychopharmacology*. Nature Publishing Group; 2012;37(2): 456–466.