

AKUT STRES BOZUKLUĞU

52.

BÖLÜM

Ahmet ŞENSES¹

GİRİŞ

Akut stres bozukluğu, (ASB) travmatik bir durum ile karşılaştıktan sonraki 1 ay içinde gelişen temelde anksiyete ve çözülme belirtileri ile birlikte diğer belirtilerin de görüldüğü bir tanı kategorisi olarak ilk DSM-IV'te tanımlanmıştır (1). ASB tanısının ayrı bir kategori hâline gelmesi travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişme riski olan bireylerin önceden saptanabilmesi ve erken tedaviye başlanabilmesi açısından yararlı olmuştur (2).

EPİDEMİYOLOJİ

Çocuklarda ve ergenlerde, akut stres bozukluğunun görülme oranlarına dair çalışma verileri kısıtlıdır. Bu alanda 1645 çocuğun verilerinin gözden geçirildiği Kassam ve arkadaşlarının 2012 yılındaki çalışmasında travma sonrası %14-51 arasında çocuğun ASB'nin herhangi bir belirtisini gösterdiğini, %12,3'ünün ise tanı alacak düzeyde belirtiler yaşadığını saptanmıştır. Ayrıca birden fazla akut stres belirtisi gösterenlerin işlevselliğinin daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir.(3).

ETİYOLOJİ

Travmanın nasıl bir bozukluğa neden olduğu hakkındaki temel ve güncel teorilere travma sonrası stres bozukluğu bölümünde yer verilmiştir.

KLİNİK ÖZELLİKLER VE SINIFLANDIRMA

Akut stres bozukluğu (ASB) ilk olarak DSM-IV'te tanı sistemlerine girmiştir. Temel özelliği, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişmesi muhtemel bireyleri tanımlayabilmek için TSSB'ye benzer şekilde travma sonrası ortaya olumsuz duygudurum, dissosiyatif belirtiler, yeniden yaşantılama, kaçınma ve uyarılma belirtileri ile tanımlanmasıdır (1).

DSM-5 ile birlikte ASB tanımında radikal değişikliklere gidilmiştir. İlk olarak ASB, TSSB ile birlikte anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak örselenme (travma) ve stresörle ilişkili bozukluklar olarak yeni bir kategori altında alınmıştır. Ayrıca ASB'nin travma tanımı (A) ve travma sonrası belirtilerine (B) ait tanı ölçütleri yeniden düzenlenmiştir. A tanı ölçütlerinde yapılan değişiklikler ile travmaya doğrudan maruz kalmanın yanı sıra, dolaylı yoldan maruz kalmanın da akut stres bozukluğuna neden olabileceği vurgusu yapılmıştır. B tanı ölçütünde ise travma sonrası ortaya çıkan belirtiler istem dışı gelişen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme (dissosiyasyon) belirtileri, kaçınma belirtileri ve uyarılma belirtileri şeklinde kümeler ayrıştırılmıştır. DSM-IV'teki alt kategorilerin her birinden belli sayıda semptom modelinden, tek bir listedeki 14 semptomun 9 tanesinin yeterli olduğu bir modele geçilmiştir. Bu modelin avantajı ASB'nin ileride yalnızca TSSB'yi değil, bir dizi psikolojik bozukluk geliştirme riski

¹ Uzman Doktor, Özel Muayenehane, drahmetsenses@gmail.com ORCID iD: 0000-0002-8137-659X

dönem içinde travmaya maruz kalan tüm çocuklara uygulanan tek seanslık müdahalenin etkili olduğuna dair kanıt saptanamamıştır (7). Ancak yoğun semptom bildiren çocuklara yönelik çok oturumlu erken müdahalelerin (çocuk ve aileyi yönelik psikoeğitim ve rahatlama teknikleri içeren) umut verici olduğu bildirilmiştir (8).

TEDAVİ

Çocukluk çağında görülen ASB'ye yönelik tedavi çalışmaları oldukça az sayıdadır ve tedavi protokolleri geliştirilme aşamasındadır.

Genel yaklaşım olarak, ASB semptomları saptandığı zaman travmanın söze dökülmesi, duyguların paylaşılması, psikoeğitim ve gevşeme egzersizleri gibi davranışçı öneriler ve baş etme kapasitesinin artırılmasına yönelik yaş ve gelişim seviyesine uygun yaklaşımlar önerilmektedir. Bunun yanı sıra ebeveynlerin, arkadaş, öğretmen ve diğer sosyal sistemlerin bilgilendirilmesi ve tedaviye destek sağlamaları önemlidir. Mümkün olan en kısa sürede çocuğun sosyal etkinliklere ve günlük rutinine dönmesi teşvik edilmelidir (9).

Robert ve arkadaşları çocuklarda randomize kontrollü bir çalışma ile yanık sonrası akut stres bozukluğu tedavisinde imipramin (TCA) ve placeboya karşı fluoksetin (SSRI) denemiştir. Üç haftalık ASB semptomları üzerine 1 hafta süren kısa bir tedaviden sonra anlamlı bir fark bulunamamıştır (10). Diğer ilaç (antidepresan, antipsikotik ve antiepileptik) kullanımları ile bilgiler sınırlıdır. Yanık sonrası ASB gelişen çocuklarda risperidon kullanımının yeniden yaşantılama, uyarılmışlık ve kaçınma belirtilerinde azalma olduğu bildirilen olgu serisi yayınlanmıştır (11).

SONUÇ

Çocuklarda ve ergenlerde akut stres semptomlarını tanımak, travmatik stres tepkilerini hafifletmek ve TSSB gelişimini önlemek için müdahaleler geliştirmeye giden yolda önemli bir ilk adımdır. Travmanın yaygınlığı ve halk sağlığıyla ilgisi göz önüne alındığında, travmatik olaylar yaşayan çocuklarda ve ergenlerde ruh sağlığı semptomlarının akut olarak değerlendirilmesi kalıcı sorunların önlenmesinde kritik öneme sahiptir (12).

KAYNAKÇA

1. APA APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 1994.
2. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2011;72(2):233-9.
3. Kassam-Adams N, Palmieri PA, Rork K, Delahanty DL, Kenardy J, Kohser KL, et al. Acute stress symptoms in children: results from an international data archive. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(8):812-20.
4. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5) tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2013.
5. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013;12(3):198-206.
6. Dalgleish T, Meiser-Stedman R, Kassam-Adams N, Ehlers A, Winston F, Smith P, et al. Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;192(5):392-3.
7. Smith P, Dalgleish T, Meiser-Stedman R. Practitioner Review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019;60(5):500-15.
8. Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR. The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(6):676-85.
9. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML, Silove D, McFarlane AC. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008.
10. Robert R, Tcheung WJ, Rosenberg L, Rosenberg M, Mitchell C, Villarreal C, et al. Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: a randomized, double-blind study. *Burns*. 2008;34(7):919-28.
11. Meighen KG, Hines LA, Lagges AM. Risperidone treatment of preschool children with thermal burns and acute stress disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2007;17(2):223-32.
12. Miller A, Enlow MB, Reich W, Saxe G. A diagnostic interview for acute stress disorder for children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2009;22(6):549-56.