

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

53.

BÖLÜM

Ahmet ŞENSES¹

GİRİŞ

Olumsuz yaşam deneyimlerini takiben gelişen ruhsal tepkiler, uzun süreden beri araştırmacıların en çok ilgilendiği konulardan biridir (1-3). Bu olumsuz deneyimlerden hangilerinin travma olarak kabul edileceği tartışmalı bir konu olsa da genel kabul gören görüş bireyin psikolojik ve fiziksel varlığını sarsan, inciten, yaralayan herhangi bir olayın travma olduğudur (4, 5). Travma kavramının psikiyatride resmî olarak yer alması 1980’de DSM-III’te travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) tanımlanmasıyla başlamıştır (6).

EPİDEMİYOLOJİ

Epideyoloji çalışmalara göre, insanların %40-90’ı yaşamları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kalmaktadır (7). Hayatı tehdit edici travmatik olaya maruz kalan 10 kişiden 1’inde TSSB geliştiği tahmin edilmektedir (8). Travmatik olay sonrası TSSB gelişiminin çocuklarda ve ergenlerde yetişkinlere kıyasla daha sık olduğu bilinmektedir fakat sıklığı tam bilinmemektedir (9). Literatürü özetleyen bir çalışmacı %0-100 arasında değişen oranlar bildirmiştir (10).

Yakın dönemde iyi yapılandırılmış bir meta-analiz çalışmasında travmaya maruz kalmış her 6 çocuktan 1’inde TSSB geliştiği saptanmıştır. Bu oran, en yüksek olarak insan eliyle travma (cinayet, tecavüz, işkence vb.) mağduru olan kızlarda (%32,9) olduğu, en düşük ise insan eliyle olmayan travma (deprem, sel, yangın vb.) yaşamış erkeklerde (%8,4) görüldüğü saptanmıştır. Yetişkin lite-

ratür çalışmalarıyla tutarlı bir şekilde TSSB gelişip gelişmeyeceğini en çok belirleyen travmanın insan eliyle olup olmadığı olmuştur (11). İnsan eliyle oluşmuş travmalarda, genellikle fail aile bireyidir ve çoklu travma mevcuttur. Bu iki temel nedenin mağdurun suçluluk gibi inançlar geliştirmesine ve sosyal destek alamamasına neden olarak bu grupta TSSB sıklığının arttığı düşünülmektedir. (9).

KLİNİK ÖZELLİKLER VE SINIFLANDIRMA

DSM-5’te TSSB tanısına ilişkin önemli değişikliklere gidilmiştir. DSM-5’teki en önemli kavramsal değişiklik, TSSB’nin anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak örselenme (travma) ve stresle ilişkili bozukluklar adı altında yeni bir kategoriye alınması olmuştur (12). Diğer bir değişiklik ise DSM-IV’teki 3 faktörlü (yeniden deneyimleme, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık) modelden DSM-5’te 4 faktörlü (yeniden deneyimleme, kaçınma, biliş/duygudurumda olumsuz değişiklik ve aşırı uyarılmışlık) modele geçilmiş olmasıdır. Bir başka ifade ile DSM-5’te TSSB “korku” kökenli tanımlanmış bir bozukluk olmaktan ziyade anhedonik/disforik belirtiler de gösterebilen, negatif bilişler ve kızgınlık, dürtüsellik, kendine zarar verme gibi davranışsal belirtileri de olabilen bir sendrom olarak tanımlanmıştır (13, 14).

TSSB tanısında birinci ve temel kriter (A kriteri) kişinin travmatik bir olayla karşılaşmış olmasıdır. Bu kriter, TSSB nozolojisinin yalnızca en temel kısmı değil aynı zamanda en tartışmalı

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

tır. Son iki meta-analiz çalışmasında EMDR'nin çocuklardaki ve ergenlerdeki etkinliği hakkında yetişkin meta-analiz çalışmalarına uyumlu sonuçlar bildirmişlerdir (46, 47).

İlaç Tedavisi

Çocuklarda ve ergenlerde TSSB'nin ilaç tedavisi için randomize kontrollü birkaç çalışma yapılmıştır. Sertralin etkinliğini değerlendirmek için cinsel istismar sonrası TTSB tanısı konan 24 ergenin (10-17 yaş), plasebo ile karşılaştırıldığı kontrollü çalışmada her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (48). Robb ve arkadaşları ise TSSB tanılı 131 gençte sertralini plasebo ile karşılaştırmıştır. Tedavilerden sonra, iki grup arasında TSSB'nin semptom şiddeti açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (49). Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi "TSSB'li çocukların ve ergenlerin tedavisi için SSRI'lar dikkate alınabilir" şeklinde bir öneri sunmaktadır. Bu profesyonel rehber önerisindeki ihtiyatlı yaklaşımın, çok küçük kanıt tabanının ve yapılan birkaç denemede ilaçlar için güçlü kanıtların saptanamamasının bir yansıması olduğu düşünülmektedir (38).

Açık etiketli kontrolsüz vaka serilerinden ve tek vaka raporlarından elde edilen bulgular, antipsikotiklerin (risperidon, ketiapin), duyudurum dengeleyicilerin (karbamazepin) ve antiadrenerjik ajanların (guanfasin, klonidin, propranolol) kullanımından sonra çocuklarda TSSB semptomları üzerinde bazı yararlı etkiler olduğunu bildirmiştir fakat tasarım kısıtlamaları ve genellikle küçük örneklem büyüklükleri göz önüne alındığında, bu bulgular dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır (42).

GİDİŞ

TSSB çocuk veya ergenlikte depresyon, davranım sorunları, madde bağımlılığı ve suça sürüklenme gibi ciddi eşlik eden ruhsal zorluklarla ilişkilidir (50). Daha başka bir ifade ile TSSB gelişmesi çocuğun ya da gencin sosyal, duygusal ve eğitimsel yaşam çizgisinde önemli bir kırılma oluşturarak riskli sonuçlar oluşumuna neden olabilir (51).

SONUÇ

Çocukların ve ergenlerin travmayı algılamaları ve travmaya yanıt vermelerinde yetişkinlere göre farklılıklar vardır. Gelişim dinamik bir süreç olduğun-

dan çocukların ve ergenlerin travmaya yanıtının psikobiyolojik sonuçlarını belirlemek, TSSB'nin etiyojisi ve/veya klinik ilerlemesini netleştirmek ve TSSB'nin önlenmesi, tespiti ve tedavisini hedeflemek için yeni stratejiler sağlamak çocuk ve ergen ruh sağlığı alanına çok önemlidir (50).

KAYNAKÇA

1. Van der Kolk B, McFarlane A. Traumatic Stress. Weiseth L, editor. New York: Guilford; 1996.
2. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt; 1999.
3. Maercker A. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Belastungsstörungen: Springer; 2005. p. 3-51.
4. Hapke U, Schumann A, Rumpf H-J, John U. Post-traumatic stress disorder. European archives of psychiatry and Clinical. 2006(256(5)):299-306.
5. Keane T, Silberbogen A, Weierich M. Post-traumatic stress disorder: A guide to assessments that work 2008. p. 293-315.
6. Maercker A, Brewin C, Bryant R. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatric Association. 2013.
7. Sher L. Recognizing post-traumatic stress disorder. QJM. 2004(97):1-5.
8. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995(52):1048-60.
9. Alisic E, Zalta AK, Wesel FV, Larsen SE. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2014(204):335-40.
10. Yule W. Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. J Clin Psychiatry. 2001(17):23-8.
11. Olff M, Langeland W, Draijer N, Gersons B. Gender differences in posttraumatic stress disorder. Psychol Bull. 2007(133):183-204.
12. Anushka P, Alina M, Carol S. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. Behav Sci. 2017;7(1)(7).
13. Birliği AP, Köroğlu EÇE. Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
14. Friedman M, Resick P, Bryant R. Considering PTSD for DSM-5. Depression and Anxiety. 2011(28(9)):750-69.
15. Friedman M. Finalizing PTSD in DSM-5: Getting Here From There and Where to Go Next: Wiley Online Library; 2013 [
16. Birliği AP. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Washington, DC, ABD: Amerikan Psikiyatri Birliği; 1994.
17. North C, Suris A, Davis M, Smith R. Toward validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 2009;34-41.(166).
18. Scheeringa M, Zeanah C, Drell M. Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy

- and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995;34 (2):191-200.
19. Scheeringa M, Peebles C, Cook C. Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40 (1):52-60.
 20. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of abnormal child psychology*. 2007;35(2):191-201.
 21. Stover CS, Hahn H, Im JJ, Berkowitz S. Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2010;2(3):159.
 22. Giaconia R, Reinherz H, Hauf A. Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000(70):253-62.
 23. Breslau N, Davis G, Peterson E. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder- major depression connection. *Biological Psychiatry*. 2000(48):902-9.
 24. Copeland W, Keeler G, Angold A, Costello E. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. . *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(5):577-84.
 25. Brown L, Houck C, Hadley W, Lescano C. Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment. *Psychiatr Serv*. 2005;56(2):216-8.
 26. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999(38):1214-22.
 27. Scheeringa M. Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in preschool and school-age children. *Am J Psychiatry*. 2008 (165(10)): 1237-9.
 28. Scheeringa M, Zeanah C, Myers L, Putnam F. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003(42(5)):561-70.
 29. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(4):414-30.
 30. Gabard G. Posttraumatic stress disorder *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* 3 edition 2000. p. 252-6.
 31. Figley C. The study and treatment of post-traumatic stress disorder. *Trauma and Its Wake*. New York: Brunner/Mazel; 1985. p. 257-94.
 32. Horowitz M. Stress response syndromes (4. baskı). . New York: Jason Aronson; 2001.
 33. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*: Free Press; 1992.
 34. Solomon R, Shapiro F. EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2008(2):315-25.
 35. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*. 2002(58):933-46.
 36. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. 2. Baskı. New York:: Guilford Press; 2001.
 37. Porges S. The polyvagal theory: phylogenetic contributions to social behavior. . (2003). *Physiol Behav*. 2003(79):503-13.
 38. Smith P, Dalgleish T, Meiser-Stedman R. Practitioner Review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *The journal of child psychology and psychiatry*. 2019;5(60):500-15.
 39. Trickey D, Siddaway A, Meiser-Stedman R, Serpell L. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. 2012(32):122-38.
 40. Soylu N, Alyanak Be. Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar. Çocuk ve Ergenlerde Travmaya Bilişsel Davranışçı Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara:: Türkiye Klinikleri; 2018. p. 90-6.
 41. Diehle J, Opmeer B, Boer F, Mannarino A. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015(24):227-36.
 42. Keeshin B, Strawn JR J. Psychological and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014(23):339-411.
 43. Chen Y, Hung K, Tsai J, Chu H. Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*. 2014.
 44. Cusack K, Jonas D, Forneris C, Wines C. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. 10.1016/j.cpr.2015.1. Clin Psychol Rev. 2016(43):128-41.
 45. Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. . *Perm J*. 2014(18):71-7.
 46. Rodenburg R, Benjamin A, Roos C, Meijer A. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009(29):599-606.
 47. Alcázar A, Treen D, Gomez A, Eroles A. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adolescent with Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychol*. 2017(8):1750.
 48. Cohen J, Mannarino A, Perel J, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007(46):811-9.

49. Robb A, Cueva J, Sporn J, Yang R. Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*. 2010(20):463–71.
50. Steiner H, Garcia I, Matthews Z. Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997(36):357–65.
51. Mathews T, Dempsey M, Overstreet S. Effects of exposure to community violence on school functioning: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2009(47):586–91.