

Savaş, Afet, İşkence, Tecavüz ve Posttravmatik Stres Bozukluğu

Armağan Y. SAMANCI, Gıyasettin EKİCİ

ÖZET

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) 1980'den sonra psikiyatrik sınıflandırma sistemleri içinde yer alır ve anksiyete bozuklukları üst başlığı altında yer almasına karşın etyoloji temelinde tanımlanır. PTSB'ye en sık neden olan durumlar savaş, afet, işkence ve tecavüzdür. Bu travmalar, sonuçları ve oluşturdukları yeti yitimi ciddi sıkıntılara yol açar ve etkin olarak tedavi edilmeyi gerektirir. Bu gözden geçirme, bozukluk hakkındaki güncel bilgileri sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Posttravmatik stres bozukluğu, savaş, afet, işkence, tecavüz

Düşünen Adam; 1998, 11 (1): 19-26

SUMMARY

This disorder has been included into psychiatric classification systems under the heading of anxiety disorder since 1980's. The disorder is defined with its etiological root which is the trauma. The most common causes of the posttraumatic stress disorder are war, disaster, torture, and rape. Those traumatic experiences, its consequences and disabilities deserve to be treated more effectively as the suffering is excessively prominent. This review intends to provide an overview of the disorder.

Key words: Posttraumatic stress disorder, war, disaster, torture, rape

GİRİŞ

Posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) korkunç ya da yaşamı tehdit edici olaylardan oluşan bir rahatsızlıktır ve psikolojik yaşamın hemen her bölümünü etkileyebilir.

Tipik klinik tablo üç farklı semptom grubunu kapsar;

Birincisi: Kişi travmatik olayı yeniden yaşar. Bu da kabuslar, tekrarlayan hatırlamalar ve olayın yeniden gözönüne gelmesi ile olur. Olayın yeniden yaşanması, olayı hatırlatan bir neden olduğunda ortaya çıkabildiği gibi kendiliğinden de oluşabilir.

İkincisi: PTSB'li şahıs olayı hatırlatan durumlardan kaçır, duygulanımı ve aktivitelerini kısıtlayarak olayın sıkıntısından uzaklaşmaya çalışır.

Üçüncüsü: Artmış bir fizyolojik aktivite söz konusudur. Bu durum uyku bozukluğu, tedirginlik, gü-rültüye ani ve aşırı cevap, tetikte olma durumu ve olayı hatırlatan durumlarda bedensel fizyolojik aktivitenin artışı ile kendini gösterir.

Bu semptom gruplarına ilaveten PTSB'ye sık olarak diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği de görülür. Bunlar arasında en sık olanlar majör depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı, panik ve diğer anksiyete bozukluklarıdır. Eşlik eden rahatsızlıkların

değerlendirilmesi ve tedavisi şarttır. Çünkü bunlar PTSD tedavisini karmaşık hale getirir ve tedavinin gecikmesine yol açar (1).

PTSD'nin tarihçesi: PTSD'nin teşhis olarak tanı kategorilerine girmesi Vietnam savaşı sonrası oluşan psikiyatrik bozuklukların tanınması ile başlar. Born on the fourth of July filmi, bu konuda işlenen birçok filmde olduğu gibi, film kahramanı Klovic'in havai fişek gösterisi sırasında savaşın şokunu yeniden yaşamasını etkileyici bir görsel anlatımla sergiler.

"Aşırı stres reaksiyonu" ilk olarak PTSD benzeri durumları tanımlamak için DSM'nin 1952'deki ilk kitapçığı içinde yer almıştır. 1968 de DSM II, geçici durumsal bozuklukla aşırı strese olan reaksiyonu tarif etmiştir. Bugünkü anlamda sınıflama DSM III ile gelmiş ancak halen PTSD tanımı tam şeklini bulmamıştır. Halen PTSD'nin getirdiği kişilik değişikliklerinin olup olmadığı ve eğer varsa ne dereceye kadar olduğu belirlenememiştir. Bir grup yazar ise PTSD'yi bir "disosiyasyon" bozukluğu olarak görmektedir.

Tarihte çok daha geri gidildiğinde askeri psikiyatride PTSD "askerlerin tedirgin kalbi", "savaş nevrozu", çarpışma nevrozu" ve "bomba şoku" isimleri altında tanımlanmıştır. Problem o kadar yaygındır ki, birinci dünya savaşı sırasında İngiliz ordusunda subayların % 7-10'u ve askerlerin % 3-4'ü "bunalım" a girmişti.

1944'de Erich Lindeman, Boston'daki bir gece kulübünde çıkan yangın ve 500 ölümün ardından yazdığı "akut yasin semptomatoloji ve idaresi" yazısında aslında vakaların bir bölümünde PTSD'yi tarif etmiştir. İkinci dünya savaşından sonra savaş travması ve bunun sonuçlarına ait ilgi daha da artmış ve bir anlamda PTSD adıyla tanımlanan sendrom günümüzde yeniden keşfedilmiştir (2).

Etyolojik faktörler

Stresin nitel ve nicel özellikleri PTSD'de semptom profili ve semptom yoğunluğu ile ilgilidir. Örneğin Vietnam savaşı çalışmalarında korkunç ölümlerle karşı karşıya kalma ve yaşamsal tehdidin ciddiliği ile PTSD oluşumu arasında bağlantı bulunmuştur. Bunlara ilaveten daha önceki bir psikiyatrik tanının

olması, eğitim seviyesinin düşüklüğü ve yetersiz sosyal destek de PTSD oluşmasındaki kolaylaştırıcı faktörlerdir.

Komorbitede görülen panik bozukluk, savaşta çarpışma deneyimi ile ilişkili bulunmuştur. Alkol ve depresyon ise daha çok PTSD öncesi faktörlerle ilgilidir (3). PTSD olanların ailelerinde psikiyatrik rahatsızlıkları araştıran çalışmalar oldukça azdır. Davidson ve ark. 1985'de PTSD'lilerin ailelerinde % 66 oranında psikopatoloji saptadı. Bu oran depresyonlulara % 79, generalize anksiyete bozukluğu olanlarda ise % 93'tü. Bu çalışmaların getirdiği sonuç, PTSD'lilerin stres karşısında bu sendromu oluşturmaya daha eğilimli oldukları yönündedir (4).

Epidemiyoloji

PTSD nadir bir rahatsızlık değildir. Yaşam boyu prevalans % 1 civarında bulunmuştur (genel popülasyonda). Fiziksel bir saldırıyla karşı karşıya kalanlarda bu oran % 3.5, savaşta ise % 20'ye ulaşmaktadır. Bazı çalışmalar bu oranların sırasıyla % 25 ve % 31 yaşam boyu prevalansı olduğu yönündedir. Falkland savaşı sırasında % 22 oranında PTSD görülmüştür (5).

Savaş ve PTSD

Savaş ve onun sonuçları arasındaki PTSD ile ilgili yoğun ilginin başlangıcı Vietnam savaşıdır. "Platoon", "Apocalypse Now", "Hamburger Hill" gibi filmler sözkonusu dönemi ve bu dönemin psikolojik sonuçlarını anlatmaktadır. 1994 yılında yönetmeni Oliver Stone olan "Heaven and Earth" de bu dizilerin tipik bir örneğidir (6).

Vietnam savaşı konusunun Oliver Stone gibi aktif olarak yörede görev yapmış olan kişiler tarafından hala işlenmesi de, olayın bıraktığı izlerin uzun bir zaman geçmesine rağmen etkisini sürdürdüğünün bir göstergesidir.

Vietnam'dan sonra yakın tarihli Falkland savaşı, PTSD olgularını yeniden batıda gündeme getirmiştir. Nisbeten daha az ölümlerin ve yaralanmaların olduğu bir savaşı bu (İngiliz ordusunda 237 ölü, 777 yaralı) ve Vietnam'ın aksine askerler memleketlerinde kahraman olarak karşılandılar.

O'Brien'in yaptığı bir çalışmada Falkland savaşı sırasında psikiyatrik vakaların tüm tıbbi vakaların % 2'si olduğu belirlenmiştir. Süre olarak da Falkland savaşı Vietnam'a oranla çok daha kısadır. Bunlar diğer savaşlara oranla psikiyatrik vaka oranlarının niçin az olduğunu açıklayan nedenler arasında sayılabilir. Falkland savaş gazilerinin % 22'si 5 yıl sonra halen PTSD kriterlerini dolduracak şikayetlerden bahsederken Vietnam gazilerinin % 43'ü 10 yıl geçmesine rağmen PTSD belirtileri göstermişlerdir.

Her ne kadar Falkland savaş gazileri İngiltere'ye döndüklerinde kahraman gibi karşılanıp yüceltilmişlerse de halkın savaş ve sonuçlarını algılaması, savaşın içinde olanlardan çok farklı olduğu için, savaş deneyimlerinin oluşturduğu psikososyal uyumsuzlukların günlük yaşamda konuşularak üstesinden gelinip yaşama entegrasyonu işlemi istendiği gibi olmamıştır.

En yakın tarihli geniş çaplı savaş körfez savaşı olmuştur. Körfez savaşından dönen Amerikan birlikleriyle yapılan çalışmalardan birinde, Southwick ve ark. tarafından çalışmaya alınanların % 86.9'unda dönüşten sonraki bir ay içinde 1 ya da birden fazla PTSD semptomu bulunmuştur. Altı ay içinde bu oran % 90'dır. Semptom ciddiyeti değerlendirmede temel alınmıştır. Bu çalışmada tam PTSD kriterlerini dolduran sayı ise oldukça düşük çıkmıştır (84 kişi arasında 8 kişi) (7).

Ayrıca ordudaki genel eğilimin bir parçası olarak psikolojik rahatsızlıklar için yardım arama çok kabul edilebilir olmadığından, birçok asker bu semptomlar için yardım aramayabilir ve bunları savaş deneyimlerinin kaçınılmaz bir sonucu olarak görüp onlarla yaşamaya devam edebilir. Bu da PTSD'nin olduğundan daha az oranlarda bulunması sonucuna yol açar (8).

Olaylar ve PTSD

Savaş dışında birçok olay PTSD oluşumuna yol açmaktadır. Günlük yaşamımızın hoş olmayan ancak kaçınılmaz bir parçası olan kazalar, depremler, saldırılar olaya dolaysız ya da dolaylı olarak karışan bir çok insanda PTSD ye yol açmaktadır. Ayrıca özellikle batıda kazalar sonrası kazaya yol açanlardan istenen tazminat davaları ve bunlarda ortaya çıkan

yüksek miktarda para ödemeleri PTSD'nin daha detaylı olarak incelenmesini sağlamıştır. 1989'da İngiltere'de Hillsborough stadyumunda olan karmaşada meydana gelen ölümler sonrası olayı izleyenlerden PTSD olduğunu söyleyenler arasında yapılan belirlenmede;

1. Olay anında duyu organları ile gören, işiten ya da hemen olay sonrasında olayın içinde olanlar.
2. Olayda ölenin yakın akrabası olanlar, şeklinde iki ana grup kriter olarak alınmıştır (9).

Böylece izleyici olarak etkilenme sınırı belirlenmiştir. Toplumsal olaylarda oluşan PTSD'nin ciddiyeti, yaşama etkisi ve süregenliği zaman zaman bu olayların içinde kendisini bulan psikiyatri ve psikoloji çalışanlarının detaylı tanımlamalarıyla daha da güzel anlatılmaktadır.

Hillsborough stadyumundaki ezilme ve ölüm olaylarını yaşayan ve o günkü maç sırasında bu stadda bulunan bir hemşirenin yaşantıları bu anlamda kayda değer: "Sürekli olarak olaydan bahsetmek istiyorum. Gece kabuslar görüyor ve gündüz de olayı tekrar tekrar yaşıyordum. Ancak mesleğim dolayısı ile yardım istemeyi düşünmüyordum. Kalabalıklar gitgide benim için korkutucu oluyordu. Kalabalık içinde kontrolümü kaybedeceğim korkusu ile yaşıyordum. Birgün bana stadın kapısını hatırlatan birşey görünce paniğe kapıldım ve kaçmaya başladım. İşte o zaman bu olayın hayatımı ne kadar etkilediğini anlamaya başladım. Kendimi işime veremiyordum, dikkatim ve performansım azalıyordu, kendimi işimden ve günlük hayatımdan kopuk hissediyordum. Olayla ilgili yazıları ve resimleri sürekli topluyordum. Olayda ölen arkadaşlarımı kurtarmadığım düşüncesi ve pişmanlık duygusu beni kaplamaya başlamıştı. Bunları değiştirmek istiyordum ancak bu duygusal karmaşanın da sona erebileceğini düşünmüyordum." Bundan sonra aynı olayda PTSD geliştirenlerin kendi kendine yardım grubuna katılma ve tedavi sürecinin başlaması ile yazarın deneyimlerini aktarması devam eder (10).

Bir diğer PTSD oluşturan durum tecavüzdür. Kişinin durum üzerindeki kontrolünün kaybolduğu ve şahsın kendisini çaresiz hissetmesine yol açan olay sonrası PTSD oluşumu siktir. PTSD öncesinde de akut strese reaksiyon dönemi olur.

Tecavüz olaylarında oluşan PTSD de pişmanlık ve olay dolayısı ile kendini suçlama en yoğun oluşan semptomlardır. Bunlara zamanla yaşam şeklinde meydana gelen değişiklikler, uyku bozuklukları, fobiler ve cinsel bozukluklar eklenir. Daha sonraki dönemlerde depresyon ön plana çıkmaya başlar. Neldson ve ark. yaptıkları bir araştırmada tecavüzden 18 ay sonra vakaların % 41'inde depresyon görüldüğünü bildirmişlerdir.

Eğer rahatsızlık süregenlik kazanırsa, depresyon daha da ciddileşebilir ve artan intihar riski ve intihar girişimleri gündeme gelir. Sıkıntılara çare arayışı içinde gelişen alkol ve madde kötüye kullanımı da tabloyu daha karmaşık hale getirir (11).

İşkence ve PTSD

İşkencede travmanın insan üzerindeki temel etkisi problemlerle başa çıkma yetilerinin kaybolmasıdır. Bir anda kişinin dünyaya ve yaşama ait geliştirdiği kognitif şema parçalanmış, önem verilen değer yargıları sarsılmıştır. Artık kişinin benlik ve dünya algısının yeniden inşa edilmesi gerekmektedir. Dünyada oluşan kargaşa yaşanmaya başlar ve yeniden oluşan kognitif şema genellikle olumsuzluklar, çaresizlikler ve değersizlik kavramları üzerine kurulmuştur. Kişiler arası ilişkiler bozulur ve etraftan uzaklaşma ve yalnızlık başlar (12).

Bu anlatılan gelişim ve belirtiler, PTSD'nin kriterleri arasına da girmektedir. PTSD'nin bazı semptomları işkencede çekirdek belirtileri oluşturmaktadır. Her işkence görmüş şahısta PTSD oluşmamakta ise de birçok değişik semptom kendini göstermektedir (13).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda işkence sonrası en sık görülen semptomlar; bellek ve konsantrasyon bozukluğu, uyku bozuklukları, sinirlilik, çökkünlük, yorgunluk, halsizlik, sosyal çekilme ve cinsel işlev bozuklukları olarak belirlenmiştir. Bu bulgular yapılan diğer uluslararası çalışmalarla da uyumludur. Bu semptomlar PTSD'de de görülen semptomlar olup yine ülkemizde yapılan çalışmalarda işkence mağdurları arasında % 31 ve % 35 arasında PTSD'ye rastlanmıştır (14).

PTSD'de AYIRICI TANI

Posttravmatik stres bozukluğu diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla karıştırılır, dolayısıyla yanlış tedavi edilir. PTSD tanısında gözönünde bulundurulması gereken öncelikli durumlardan biri hastanın geçirdiği travma sırasında ayrıca bir kafa travması da geçirmiş olma olasılığıdır (15).

Ayırıcı tanıda yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, depresif bozukluklar ve organik akıl bozuklukları gözönünde bulundurulmalıdır. Ayrıca sık olarak bu bozuklukların, eş zamanlı olarak birlikte bulunabileceği de akılda tutulmalıdır.

İrritabilite, uyanarlara aşırı irkilme tepkisi, artmış uyanıklık hali, uyanarlardan kaçınma gibi PTSD belirtileri, anksiyete bozukluklarında tanımlanan belirtilerle çok benzerdir. Bu nedenledir ki PTSD anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. Aralarında bazı temel ayrılık noktaları vardır. PTSD'de hastayı rahatsız edici ve zorlayıcı nitelikteki zihinsel meşguliyet travma ve ilişkili anılarla ilgili iken yaygın anksiyete bozukluğunda hastaların zihinleri, gelecek yaşantılarıyla ilgili korku ve sıkıntılarla meşguldür (16).

PTSD ile majör depresyon arasındaki ayırıcı tanıda birtakım nörobiyolojik farklılıklar bilinmelidir:

PTSD'de;

- REM kısalır
- REM latensi uzar
- Rüya ve kabus REM ve non-REM'de görülür
- Hipotalamik adreno-kortikal hipoaktivite
- Propranolol tedavide etkili

Majör depresyonda;

- REM uzar
- REM latensi kısalır
- Sadece REM'de görülür
- Anormal DST testi
- Hipotalamik adreno-kortikal hiperaktivite
- Propranolol agrevasyon yapabilir

PTSD'deki birtakım belirti ve bulgular panik bozukluğunda da görülür. Artmış semptomatik uyarılmışlık, ani anksiyete artışları ve atakları, trisikliklere, MAOI ve propranolole iyi cevap, depresif semptom-

larla sıklıkla beraberlik, Locus Coeruleus disregülasyonunun ikisinde de önemli rol oynaması ve PTSSB'deki geriye dönüp yaşama ataklarının panik bozukluk kriterlerini doldurabilmesi gibi benzerliklerine rağmen şu farklılıklar gözden kaçırılmamalıdır:

PTSSB'de;

- Anlamli uyarılarla tetiklenme ve primer olarak anlamli psikolojik etki
- Uykunun 4. dönemi kısalmı
- Ailesel özellik yok

Panik bozukluğunda;

- Ataklar spontan ve primer olarak fizyolojik karakterli
- Uykunun 4. dönemi uzar
- Ailesel özellik olabilir (17)

DSM IV'e göre PTSSB semptomları en az bir ay devam etmelidir. Yine DSM IV'e göre semptomların travmatik olaydan sonraki bir ay içinde ortaya çıktığı ve iki günle dört hafta arasında sürdüğü kişilere "akut stres bozukluğu" tanısı konur. Bu tanı kategorisi ilk kez DSM IV'de yer almıştır (18).

PTSSB'de TEDAVİ

Tedavide ilaçlar

Deneyssel hayvan modellerindeki çok-öğrenilmiş çaresizlik (en çok depresyonun deneyssel modelinde kullanılmış olan) PTSSB'nin oluşum modeline de benzemektedir. Bu modelde başlangıçta artmış daha sonra tükenmiş olan noradrenalin, PTSSB semptomlarının ve özellikle tekrarlayıcı düşünceler ve kaçınma reaksiyonunun, katekolaminerjik sistemin hipo ya da hipersensitivitesine karşılık geldiğini düşündürmektedir. Ayrıca PTSSB'de etkili ilaçlar, deneyssel hayvan modelinde adrenerjik merkez olan locus coeruleus içine infüze edildiğinde öğrenilmiş çaresizliğin gelişimini durdurmaktadır. Bu ilaçlar trisiklik antidepressanlar, MAO inhibitörleri, benzodiazepinler ve clonidindir. Model ne olursa olsun farmakoterapide altı ana tedavi hedefi vardır:

1. Tekrarlayıcı belirtilerin (semptomların) önlenmesi
2. Kaçınma tepkisinin düzeltilmesi
3. Artmış adrenerjik aktivitenin azaltılması
4. Depresyon ve haz almamanın (anhedoni) tedavisi

5. Dürtü kontrolü (impuls regülasyonu)

6. Disosiyatif ve psikotik tabloların kontrolü

Farmakoterapiyi akut PTSSB ve kronik PTSSB de olmak üzere ikiye ayırabiliriz.

Akut PTSSB farmakoterapisi

Bu dönemde tedavi kısa, çabuk ve erkenden normal duruma döndürme şeklinde olmalıdır. Aşırı ajitasyon varsa sedasyon gerekebilir. Propranololün akut PTSSB de etkili olduğuna ilişkin yayımlar vardır.

Kronik PTSSB farmakoterapisi

Trisiklikler grubundan amitriptilin ve desipraminin etkili olduğu bildirilmektedir. MAO inhibitörleri ile ilgili çalışmalar, etkili olabileceği yönündedir. Karbamazepin konusunda az da olsa yayımlar etkili olabileceği yönündedir. Özellikle aşırı uyarılma, tekrarlayıcı düşünceler, insomni ve hostilité üzerinde etkili bulunmuştur. Propranolol, patlayıcı öfke, kabuslar, tekrarlayıcı düşünceler, uyarılara aşırı tepki, insomni semptomlarının düzeltilmesinde etkili bulunmuştur. Beta blokerlerin antiagresif özellikleri de bazı vakalarda etkili olabilmektedir.

Clonidin, locus coeruleus üzerindeki etkisiyle adrenerjik aktiviteyi azaltır ve bu yolla PTSSB üzerinde etkilidir. Hatta, PTSSB'si olup kendi kendisine zarar verme eğilimi oluşanlarda "gerektiğinde kullanım dozu" bu davranışı azaltmıştır.

Benzodiazepinlerin PTSSB'de kullanımı çok yaygın olarak araştırılmamıştır. Önemli olan husus ilacı alacak olanın bağımlılık oluşturacak özellikleri gösterip göstermediğidir. Uzun süreli bir bozukluk olan PTSSB'de uzun süreli kullanımın bağımlılık riskini doğal olarak gündeme getirmesi kaçınılmazdır.

Serotonin geri emilim blokerlerinin ortaya çıkışı ile PTSSB'de kullanımı da başlamıştır. SSRI'lar içinde bu konuda en çok araştırılan fluoksetine olup özellikle kaçınma belirtileri üzerinde etkinliği fark edilmiştir (19).

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNDA PSİKOTERAPİ

Herşeyin ötesinde PTSD'ye terapötik açıdan yaklaşacak her profesyonel sağlık çalışanının ilk müdahale için bilmesi gereken bazı temel bilgiler vardır. Bunun için PTSD gibi ciddi bir stresten hemen sonra oluşan genel reaksiyonları bilmek gerekir. Ciddi bir stres sonrası sık görülen reaksiyonlar:

- Ciddi sıkıntı ve tedirginlik
- Aşırı derecede umutsuzluk ve suçluluk duyguları
- Gürültüye karşı aşırı tepki
- İrritasyon ve agresyon
- İç çekilme ya da iletişime girmeme
- Dalgınlık ve konfüzyon hali
- Uyku bozuklukları ve kabuslar
- Halusinasyonlar

Bu tablodaki semptomlar ilk yardımın hangi temel esaslara bağlı kılınarak yapılabileceği konusunda yol göstermesi açısından önemlidir.

PSİKOLOJİK İLK YARDIM ESASLARI

1. Stres semptomlarının normal olduğunu, geçeceğini ve bunların akıl hastalığının işaretleri olmadığını anlatmak.
2. Dinlenme ve uykunun önerilmesi (ilaçların kullanımını elden geldiğince en sona bırakılmalıdır).
3. Olayla ilgili konuların konuşulmasına kademeli teşvik.
4. Durumu, tedavisi ve ilaçları hakkında şahsa bilgi verilmesi ve olaya karışan yakınları ile ilgili haberlerin iletilmesi.
5. Zaman kaybetmeden özbakıma, günlük aktivitelerine ve yataktan kalkmasına teşvik edilerek rehabilitasyona başlanması ⁽²⁰⁾.

PTSD de psikoterapötik yaklaşım kademeli olarak gelişen güvenli ve stabil bir terapist hasta ilişkisini gerektirir. Süreklilik, dürüstlük ve gizlilik esastır. Zaten hastalar tahminlerinin ve kontrollerinin dışında aldatılmış, zarar verilmiş ve travmatize edilmiş oldukları için terapistin ana görevi, tahmin dışı ve kontrol dışı etkileyici durumlara yer vermeyerek hastanın daha önce yaşadıklarının tekrarını önlemektir. Hastanın zorluklarına ilgisizlik ya da onları küçük görmek oldukça zararlıdır. Bunun tam aksine

hastayla aşırı özdeşleşmek, terapistin hastanın güçlü taraflarını kaçırmasına yol açabilir.

Bir diğer nokta da hastanın olayı anlatırken yaşadığı acı dolu anlardır. Bazı tedavi programları bu durumu tamamen gözardı ederek hastanın acı verici anlar yaşamasına yol açmaktadır. Terapi uzun süreli destekleyici bir içerik içinde ele alınmalı ve hastanın acısını azaltarak normal sağlığına dönmelerini sağlama yönünde olmalıdır. İlaçlar bu yönde terapiye yardımcı olacaktır.

Terapide hastanın otonomisinin desteklenmesi ve aktif bir role yönlendirilmesi gereklidir. Hasta, kendisini sağlığına kavuşturacak seçenekleri araştırması, rahatsızlığı konusunda okuması, düşünmesi ve duygularını başkaları ile konuşabilmesi yönünde terapist tarafından cesaretlendirilmelidir. Terapist PTSD terapisinde yoğun olarak yaşanan karşıt-aktarım konusunda dikkatli olmalıdır ⁽²¹⁾.

Grup terapileri, PTSD terapisinin destek, eğitim, duygu ve düşüncelerin yeniden gözden geçirilip yeni yaşama entegre edildiği uzun süreli sosyal bir süreç olduğunu göstermiştir ⁽²²⁾.

Bilişsel terapi ve davranış terapisi iki ana öğrenme teorisi üzerine kurulmuştur. Teorik olarak temel patolojik mekanizma PTSD'nin gelişimi sırasında bir zihinsel şemanın oluşturulması ve travma bittikten sonra bu uygunsuz yapının normal günlük yaşamda sorunlar oluşturmasıdır. Bu içerikte duygusal bir şemanın oluşturulması PTSD de uyarıya şartlanmadan daha önemlidir (şartlı refleks gelişiminden).

Genel olarak bilişsel ve davranışsal terapileri iki ana başlık altında inceleyebiliriz:

1. Karşı karşıya bırakma
2. Karşı karşıya bırakma, ek olarak gevşeme (relaksasyon) yöntemleri

• Karşı karşıya bırakma: değişik metodları içerir.

1. Sistematiik duyarsızlaştırma
2. Bunaltı seli (Flooding) ve imajinasyonla söndürme
3. İmajinasyonla alışkanlık kazandırma eğitimi
4. Doğrudan üstüne gitme

Tablo 1. Karşı karşıya bırakma tipleri

Karşı karşıya bırakma şekli	SistematiK duyarısızlaştırma imajinasyon	Aşamalı karşı karşıya bırakma normal yaşamda	Bınaltı seli (flooding) imajinasyon	Doğrudan üstüne gitme imajinasyon-normal yaşamda	İmaja alışkanlık kazandırma eğitimi imajinasyon
Karşı karşıya bırakma süresi	kısa	kısa	uzun	uzun	kısa
Ortaya çıkan sıkıntı	düşük	düşük	yüksek	yüksek	yüksek

Karşı karşıya bırakma

Tabloda görülen yöntemler kullanılır. İlk ve en sık kullanılan, sistematiK duyarısızlaştırma olup gevşeme eğitimi ile birlikte kullanılır. Gevşemenin davranış tedavisinde etkinliği tartışmalıdır. Ancak PTSD'deki davranış tedavisinde, gevşemenin imajinasyonda görüntünün canlılığını düzelttiği ve buna bağlı olarak psikolojik tepkinin daha etkin olmasını sağladığı bildirilmiştir. Bu da dönüşümlü olarak duygusal terapötik işlemin hızlı başlamasını sağlar.

Bu yöntemlerden biri uygulanırken sadece karşıya bırakmak ile değil, davranış terapisiyle de olaya alışmasının tedavide önemli rol oynadığı bilinmelidir. Uyarana boğarak bınaltı seli oluşturma yönteminde (flooding), oluşturulan sıkıntının yoğunluğuna karşın, bunun hem kısa süreli hem de daha etkili bir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiştir.

İmaja alıştırma eğitiminde hasta, kendi oluşturduğu travma ile ilgili imajlara maruz bırakılır ve böylece oluşan anksiyeteye alışması amaçlanır. Hastaya 6 tane tekrarlayan olayla ilgili imajlarını 30 saniyelik boşluklarıyla teyp kasetine kaydetmesi istenir. Daha sonra 1 saatlik terapi süreci içinde hasta bunları dinleyip buna ait imajları en canlı şekilde değiştirmeden aklında tutar. Daha sonraki 10 gün, hergün bir saat bu kaseti dinlemesi istenir.

"Doğrudan üstüne gitme" de ise hasta olayı şimdiki zamanda, o anı yaşamaya çalışarak anlatır. Anlatı bir kasete kaydedilir. Hasta daha sonra kaset kaydını birkaç defa imajinasyonunda kullanıp olayı canlandırarak dinler. Böylece elden geldiğince olaya yakın anksiyete yaşamayı sağlar veya günlük yaşantısında aynı amaçla uygun düzenlemeler yapılır.

Genelleme yaparsak, 10 seans civarında sürdürülen ve her bir seansı en az bir saat olan teyp kaseti seanslarında % 60 oranında semptom azalması ve tedavide başarı görülmektedir (23,24).

SONUÇ

Travmatik olaylarla içiçe yaşadığımız dünyada travma ve onun getirdikleri yaşamımızın bir parçası olmaya devam etmektedir. Yıllardır farkedilen ancak son yıllarda daha iyi bir terminoloji ile tanımlanan PTSD konusunda, yaygın epidemiyolojik çalışmalar ve özellikle genel populasyon içindeki sıklığı konusunda daha detaylı araştırmalara gerek vardır. PTSD'nin yıllar içindeki seyri, tedavi yöntemlerindeki başarı oranında karşılaştırmalı olarak incelenmelidir.

PTSD'ye özgü psikoterapi yöntemleri yavaş yavaş forme olmakta ve teknikler geliştirilmektedir. Davranış ve bilişsel terapiler yapılan yayınlarda daha ağırlıklı yer almaktaysa da dinamik psikiyatriden nedeli yararlanılabileceği konusu da gözden geçirilmelidir. Farmakoterapide semptomlara yönelik tedavi ve antidepresanlar ön plandadır ve serotonerjik sistemleri etkileyen antidepresanların etkinliğine ait yazılar yazılmaktadır.

Ancak PTSD'ye özgün bir farmakoterapiden hala söz edilememektedir. Duygusal yaşantının ve ruhsal sorunların gittikçe artan oranda önem kazandığı çağımızda gelecek yıllarda PTSD'nin kazandığı önemin daha da artacağına şahit olacağız gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Weathers FW, Keane TM: Posttraumatic stress disorder. In: Adult behavior therapy casebook. Lost CG, Hersen M (eds). Plenum Press Newyork, 185-202, 1994.

2. Gersons BPR, Carlier IVE: Posttraumatic stress disorder: The history of a recent concept. *Br J Psychiatry* 161:742-48, 1992.
3. Loughrey G: Posttraumatic stress disorder. Current opinion in *Psychiatry* 4:262-66, 1991.
4. Davidson J, Schwartz M, Storck M, et al: A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 142:90-93, 1985.
5. O'Brien LS, Hughes SJ: Symptoms of posttraumatic stress disorder in Falkland veterans five years after the conflict. *Br J Psychiatry* 159:135-141, 1991.
6. *Guardian International*. p.2-3, 1994.
7. Soutwick SM, Morgan A, Nagy LM: Trauma related symptoms in veterans of operation desert storm: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 150:10, 1993.
8. Deahly MPAB, Thomas J, et al: Psychological sequelae following the gulf war, factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *Br J Psychiatry* 165:60-65, 1994.
9. Pugh C, Trimble MR: Psychiatric injury after Hillsborough. *Br J Psychiatry* 163:425-29, 1993.
10. Younger M: You'll never walk alone. *Nursing Times* 15:34-35, 1991.
11. Mezey GC: Rape victiminological and psychiatric aspects. *Br J Med* 153-58, 1985.
12. Saporta JA, Vander Kolk BA: Psychological consequences of severe trauma. Torture and its consequences. In: *Current treatment approaches*. Başoğlu M (ed). London, Cambridge University Press 92-124, 1992.
13. Molica RF, Yavin YC: The assessment and diagnosis of torture event and symptoms in torture and consequences. In: *Current treatment approaches*. Başoğlu M (ed). London, Cambridge University Press 75-87, 1992.
14. Tek C, Önder E, Duruani Ş: İşkence sonrası görülen ruhsal belirtiler. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1 (ek 3):26-30, 1993.
15. Köroğlu E: *Psikiyatri*. Hekimler Yayın Birliği 2:58, 1995.
16. Geyran P: Travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 7:58-61, 1996.
17. Tuncer C, Karamustafaoğlu O: Posttravmatik stres bozukluğu. *Düşünen Adam* 4:280-83, 1997.
18. DSM IV tanı ölçütleri el kitabı. Çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 179-182, 1994.
19. Davidson J: Drug therapy of posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry* 160:309-14, 1992.
20. Richards D: Posttraumatic stress: Healing the mind. *Nursing Times* 14:40-42, 1991.
21. Kinzie DJ, Boehnlein JK: Psychotherapy of the victims of massive. Violence: countertransference and ethical issues. *Am J Psychotherapy* 47:1, 1993.
22. Boehnlein JK, Sparr LF: Group therapy with WW2 extern posttraumatic adjustment in a geriatric population. *Am J Psychotherapy* 47:273-82, 1994.
23. Richards DA, Rose JS: Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 58:836-40, 1991.
24. Hughes JGH, Thompson J: Posttraumatic stress disorder: an evaluation of behavioral and cognitive behavioral interactions and treatments. *Clinical psychology and psychotherapy* 3:125-42, 1994.