Dr. Füsun Ersoy, Dr. Taner Edirne**, Dr. Timur F. Oğuz****

Posttravmatik Stres Bozukluğu

Posttravmatik stres bozukluğu (PTSB); savaş, tecavüz, doğal afet ya da bir aile üyesinin ya da bir arkadaşın aniden şiddete maruz kalarak ölümü gibi, derin izler bırakan, büyük bir travma geçirilmesinden sonra ortaya çıkan bir grup belirti ile karakterizedir (Tablo 1). PTSB'nin tanısını doğru koyabilmek için, dört gruptan kriterlerin karşılanması gerekir: Hastanın travmatik bir olay, gerçekleşen bir ölüm ya da ölüm tehlikesi, ciddi bir yaralanma ya da kazaya maruz kalması ya da tanıklık etmesi ve buna tepki olarak yoğun korku, dehşet, yardım alamama, çaresizlik kaygısı yaşamış olması gerekir. Bellekte kalan izler nedeniyle, hastanın, olay anına geri dönerek, o anı yoğun bir biçimde duyarak ya da gece uykudan uyandıran kabuslar biçiminde tekrar tekrar yaşaması söz konusudur. Hasta travmayla ilişkili uyaranlardan uzak kalmaya çalışır ve duygusal açıdan sığlaşmış, dağılmış gibidir. Huzursuzluk, uyuma güçlüğü, aşırı uyarılmışlık, her şeyden kolayca ürküp korkma söz konusudur. Ayrıca bu belirtiler bir aydan uzun sürmeli ve hastanın mesleki ve sosyal yaşamını ciddi biçimde etkilemiş olmalıdır.

Yaşam boyu görülme sıklığına bakıldığında; PTSB, en sık görülen psikiyatrik hastalıklar arasında beşinci sıradadır (%8-12). İnsanların %50'sinden fazlasının yaşamlarının herhangi bir döneminde PTSB'ye yol açabilecek, savaş gibi travmatik bir olayla karşı karşıya kalacağı ve bunların %20'sinde de PTSB gelişeceği beklenmektedir.

Tablo 1. DSM IV'e göre posttravmatik stres bozukluğu tanı kriterleri

A. Travmatik bir olayla karşılaşan kişide aşağıdakilerin bulunması:
1- Kişinin yaşamsal tehlike içeren ya da ölümle sonuçlanan ciddi bir kaza, yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden olay ya da olaylarla karşılaşması, maruz kalması ya da tanıklık etmesi,
2- Bu olay ya da olaylar karşısında kişinin yoğun korku, çaresizlik duygusu ya da dehşete kapılmış olması (Çocuklarda bunun yerine dezorganize ya da ajite davranış görülebilir).

B. Travmatik olayın bir ya da birden çok kez aşağıdaki biçimlerde yeniden yaşanması:
1- Olaya ait görüntü, düşünce ve algılamaların yeniden anımsanması ve zihinden uzaklaştırılamadığı için sıkıntı yaratması (Çocuklar travmanın bazı anlarını ya da temalarını yeniden aynı oyunu oynayarak yaşayabilirler),
2- Olayın tekrar tekrar düşlere girmesi ve bu nedenle sıkıntı yaratması (Çocuklarda korkutucu düşlerin içerikleri anımsanmayabilir),
3- Travmatik olayı uyanıkken de tekrar tekrar duyumsama ve yaşama (Küçük çocuklar travmaya spesifik oyunları tekrar tekrar oynayabilir),
4- Travmatik olaya ait özellikleri çağrıştıran ya da sembolize eden içsel ya da dışsal işaretlerle karşılaşıldığında yoğun psikolojik sıkıntı duyulması,
5- Travmatik olaya ait özellikleri çağrıştıran ya da sembolize eden içsel ya da dışsal işaretlerle karşılaşıldığında fizyolojik reaktivite oluşması.

C. Travmayla ilgili uyaranlardan sürekli kaçma ve travmadan önce bulunmayan genel bir duyarsızlık durumunun aşağıdaki üç ya da daha fazla biçimde kendini göstermesi:
1- Travmayla ilgili düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçma çabaları,
2- Travmayla ilgili anıları depreştirecek etkinliklerden, yerlerden ve insanlardan kaçma çabaları,
3- Travmayla ilgili önemli bir özelliği anımsayamama,
4- Önemli etkinliklere katılım ya da ilginin belirgin biçimde azalması,
5- Diğer insanlara yabancılaşma ya da dışlanmışlık duygusu,
6- Duygulanımda sığlaşma (örneğin sevgi duygusu yoksunluğu),
7- Yakın gelecekle ilgili beklentilerin kaybolması (örneğin kariyer, evlilik, çocuk, normal bir yaşam sürme gibi).

D. Travma öncesinde olmayan aşağıdaki belirtilerin en az ikisinin giderek artan bir biçimde ve sürekli olarak bulunması:
1- Uykuya dalma ya da uykuda kalma güçlüğü,
2- Huzursuzluk ya da patlama tarzında öfke nöbetleri,
3- Konsantrasyon güçlüğü,
4- Aşırı uyarılmışlık,
5- Uyaranlara aşırı korkarak yanıt verme.

E. B, C, D kriterlerindeki belirtilerin bir aydan fazla sürmesi.

F. Bozukluğun, klinik olarak ciddi sıkıntı ya da sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlev bozukluğuna yol açması.

Özel tanımlar: *Belirtilerin süresi üç aydan azsa "**akut**", üç aydan çoksa "**kronik**" olarak tanımlanır. Belirtiler stres etmeni olan travmatik olaydan en az altı ay geçtikten sonra başlamışsa, "**geç başlangıçlı**" biçiminde tanımlanır.*

**Doç.; Kırıkkale Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Kırıkkale*
***Uzm.; Kırıkkale Devlet Hastanesi Aile Hekimliği, Kırıkkale*
****Uzm.; Toronto Psikanaliz Enstitüsü Psikiyatri AD. Kanada*

Belirtiler genellikle travmatik olaydan sonraki ilk üç ay içinde ortaya çıkar. Travmadan önce psikiyatrik bir hastalığın bulunması ya da ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması PTSB gelişmesi riskini artırmaktadır. Ayrıca PTSB ortaya çıkması da, sonuçta başka psikiyatrik sorunların oluşma riskini çoğaltır. PTSB olan hastalarda %80'e varan oranlarda başka psikiyatrik hastalıklar bulunur. Bu hastalıklardan en sık rastlananları; depresyon, distimi, yaygın anksiyete bozukluğu, madde bağımlılığı, panik bozukluğu, bipolar bozukluk, fobiler ve dissosiyatif bozukluktur. PTSB olan erkek hastalarda major depresif epizod oluşma riskinin, bu bozukluğun bulunmadığı hastalara göre 5-7 kat, kadın hastalarda ise 3-4 kat artmış olduğu gösterilmiştir. Mani riski de PTSB'li erkeklerde 15.5, kadınlarda 4.1 kat artmıştır. Ayrıca PTSB olan hastalarda altı kat daha fazla özkıyım (suisid) girişimi riski bulunur. Dikkat çekici nokta, PTSB olan hastaların belirtileri gerilediğinde, bu risklerin de normal düzeylere dönmesidir.

Tanı

Hasta ilk başvurduğunda tanıyı koymak zor olabilir. Hastalar genellikle travmatik olaydan ya da PTSB belirtilerinden söz etmek istemezler. Ayrıca madde bağımlılığı ya da depresyon gibi bir durum tarafından asıl tablo maskelenmiş de olabilir. Travma öyküsünü ortaya çıkarmak için hastaya empatik ve yargılayıcı olmadan yaklaşmak gerekir. Erişkinlerde; "Daha önce hiç fiziksel saldırıyla ya da saldırı tehlikesikarşılaştınız mı?, Önemli bir kaza, yaralanma geçirdiniz mi?, Herhangi bir afetle karşılaştınız mı?" gibi sorular doğrudan sorulabilir. Çocuklarda ise bu tür durumlarla karşılaşmanın normal olduğunu vurgulayan bir yaklaşım gerekebilir: "Bazı insanlar çocukluklarında korkutucu olaylar yaşarlar, senin yaşadığın bu tür bir olay olabilir mi?" biçiminde sorular sorulabilir.

Tedavi Yaklaşımı

PTSB'de predispozan etmenler ve eşlik eden durumlar kadar, belirtiler de oldukça karmaşıktır ve çeşitlilik gösterir. Tedavide genel olarak amaç; belirtileri azaltmak, baş etme mekanizmalarını geliştirip güçlendirmek, sekelleri önlemek ve komorbiditeyi azaltmaktır. Bu amaçlara, hasta eğitimi, ilaç tedavisi ve psikoterapi ile ulaşılabilir.

Davranışçı Tedavi

PTSB'de bireysel ya da grup tedavisi, tedavi planında önemli bir rol oynar. Kognitif davranışçı tedavi ya da yüzleştirme tedavisi, hastanın kontrollü bir ortamda, tekrar tekrar, ayrıntılarıyla, travmatik olayla yüzleşmesini, her yüzleşmede oluşan anksiyeteyle baş etmeyi öğrenmesini, buna karşı giderek duyarsızlaşmasını amaçlar. Ayrıca bilişsel yeniden yapılanma, öfkenin kontrolü, yinelemelerin önlenmesi de etkili bir davranışçı tedavi ile sağlanabilir. Grup tedavisi ise, acı ve anksiyeteleriyle doğrudan doğruya karşı karşıya bırakılan hastaların empati yoluyla birbirlerine destek olmalarını sağlamaya yöneliktir. PTSB hastanın ailesi üzerinde de sıklıkla kötü etkiler oluşturduğundan, çoğu kez aile tedavisine de gerek duyulmaktadır.

İlaç Tedavisi

PTSB olan tüm hastalarda davranışçı tedavi endike olmakla birlikte, uygun bir ilaç tedavisi ile olayı yeniden yaşama, olayı anımsatan unsurlardan kaçınma ve sürekli uyanık kalma gibi belirtiler azalmaktadır. Ayrıca eşlik eden durumların ilaçla tedavisi, davranışçı tedavinin başarısını artırmaktadır. PTSB tedavisinde SSRI grubu ilaçların son derece etkili ve en az yan etki oluşturan grup olduğu gösterilmiştir. *Sertralin* (Lustral, Serdep, Seralin), FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından özgün olarak PTSB tedavisinde kullanımı onaylanan tek SSRI grubu ilaçtır. Obsesyonel düşüncelerin ve uykusuzluğun giderilmesinde *fluvoxamine* (Faverin) de etkili bir ilaçtır. Trisiklik antidepresanlar ve MAO inhibitörlerinin, SSRI grubu ilaçların kullanımından sonra artık tarihe karıştığı söylenebilir. PTSB olan hastalar sıklıkla alkol ve diğer kontrendike olan maddeleri kullandığından, bunlarda MAO inhibitörleri ve benzodiazepinlerin kullanımı sakıncalıdır.

PTSB olan hastalarda *trazadon* (Desyrel), 50-200 mg. dozlarda kullanıldığında sedatif özellikleri nedeniyle uyumayı sağlamada ve RAM *(rapid eye movement)* uykusunu baskılayarak gece uykuda görülen kabusları ortadan kaldırmada eşsiz bir etkinliğe sahiptir. Antiadrenerjik ajanlar sıklıkla kabusların azaltılmasında, aşırı uyarılmışlığın ortadan kaldırılmasında, korku reaksiyonlarında ve patlama şeklindeki öfke nöbetlerinde oldukça etkilidir. Bunlardan tipik olarak kullanılan ajan *klonidin* olup, 0.2 mg tid dozunda başlanıp doz artırılarak 0.2x2 mg. gece yatmadan önce alınması önerilmektedir. 60-640 mg/ gün dozlarda *propranolol* (Dideral) ve 1-2 mg/gün gece yatmadan önce *guanfacine* de (Türkiye'de yok) kullanılabilir. Bu ilaçları uzun süre kullanan hastalarda sürekli kan basıncı izlemi yapılmalıdır, çünkü hipotansiyon oluşma riski vardır.

Birinci basamak hekimleri PTSB konusunda başlangıçtaki danışmanlık hizmeti ve ilk seçenek ilaç tedavisine başlanması için eğitilebilir; ancak çoğu PTSB hastasının davranışçı tedavi (psikoterapi) için psikiyatri uzmanına sevki gerekmektedir.

Kaynaklar

1- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:1048-60.

2- Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognising the many faces of PTSD. J Clin Psychiatry 2000; 61(supply 5): 4-12.

3- Blank AS Jr. Clinical detection, diagnosis, and differantial diagnosis of post-traumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am 1994; 17: 351-83.

4- Foa EB, Heast-Ideka D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. J Consult Clin Psychol 1995; 63:948-55.

5- Brady KT, Sonne SC, Roberts JM. Sertraline treatment of comorbid postraumatic stress disorder and alcohol dependence. J Clin Psychiatry 1995; 56: 502-5.

6- Marmar CR, Schoenfeld F, Weiss DS, et al. Open trial of fluvoxamine treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1996; 57 (suppl 8): 66-72.

7- Friedman MJ. Current and future drug treatment for posttraumatic stress disorder patients. Psychiatr Ann 1998; 28:461-8.