

KOMPLEKS TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (K TSSB)

Cem Kaptanoğlu*

Travma sonrası stres bozukluğunun karmaşık (complex) olarak nitelendirilen tipi, henüz genel kabul görmüş olmasa da, "karmaşık TSSB"nin travmayla ilişkili ruhsal bozukluklar grubunda yer almasının gerekliliği pek çok klinisyen tarafından savunuluyor. Tanı ve tedavilerinde zorlandığımız bir grup hastayı, daha kolay anlamamızı sağlayan bu yeni sendromu benimseyen yazarlar, DSM sınıflandırmasında tanımlanan TSSB'nin, "basit" (simple) TSSB olarak isimlendirilmesini öneriyorlar¹. Kısacası, önümüzdeki dönemde, TSSB'nin kliniğiyle ilgili tartışmalar, karmaşık/basit TSSB gibi yeni bir eksende yoğunlaşacağa benziyor.

Travmatik olayların süreğen olarak yaşıandığı veya travmanın tekrar yaşanması olasılığının yüksek olduğu, bir başka deyişle, "travma sonrası"na uzun bir süre geçmesine rağmen ulaşılamayan durumlarda, ortaya çıkan ruhsal tablo, "basit TSSB" den farklı olmaktadır. TSSB'de "travma sonrası" tanımı, travmanın geçmişte olup bittiğini, tekrar yaşanması olasılığının hemen hemen genel popülasyonla eşitlendiğini düşündürmektedir. Belki bir trafik kazası sonrasında veya sel felaketi ardından, "travma sonrası" nitelemesi, bireyin travmayla tekrar karşılaşma olasılığında önemli bir değişiklik olduğunu vurgulamak için uygun olabilir. Ancak incest, çocuklukta fiziksel, ruhsal kötüye kullanım, eşi tarafından sürekli aşığılanma/dövülme, toplama kampında yaşama, özel tip cezaevlerinde tutulma, zorunlu göç, sıcak savaş ortamında yaşama, işkence görme ve tekrar işkence görme tehdidi altında olma gibi süreğen travmatik olaylarda "travma sonrası" "basit TSSB"de olduğundan farklı bir içerik kazanmaktadır. Yukarıda sayılanlar gibi uzamış, tekrarlayan travmalarla karşılaşan mağdurların geliştirdikleri klinik tab-

* Doç. Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

lolar, belirtilerin niteliği, şiddeti, kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabilmeleriyle daha " karmaşık " olmaktadır^{2,3,4}. Nazi soykırımını mağdurları veya Güneydoğu Asyalı mültecilerle çalışan klinisyenler, bu gruplarda saptadıkları ruhsal tabloların, klasik TSSB sınırlarını zorladığını belirtmişler ve "victimization disorder" (mağduriyet bozukluğu), "complicated post-traumatic stress disorder" gibi, farklı bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulayan yeni isimler önermişlerdir⁵. Özellikle, çocukluk dönemi kötüye kullanım öyküsü olan kişilerle çalışan bazı klinisyenler, çocukluk döneminde yaşanmış tek bir travmatik olayın etkileriyle, uzamış, tekrarlayan travmatik yaşantıların etkilerini ayırmak için, travmatik sendromları, sırasıyla; Tip I ve Tip II olarak ayırmayı önermişlerdir⁶. Gilboa ve ark. ise yanığa yol açan travmatik olayların, yarı tedavisinin çok uzun sürmesi ve kalıcı sekel bırakması nedeniyle, TSSB'ye değil de, "Continuous" (sürekli) TSSB olarak tanımladıkları tabloya yol açtığını ileri sürmüşlerdir⁷.

Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı, "Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" (ICD-10)'da, toplama kampı yaşantıları, işkence, doğal felaketler, uzun süre yaşamın tehdit altında olduğu koşullarda bulunmanın (rehin alınma, terör, uzun süre her an öldürülme olasılığı ile esir tutulmak gibi), kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabileceği belirtilmiş ve bu durumlar, "Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği" başlığında ele alınmıştır. Bu bozukluğun tanı ölçütleri şunlardır: a) Dünyaya karşı düşmanca ya da güvensiz bir tutum b) Sosyal çekilme c) Boşluk ve umutsuzluk duyguları d) Sürekli tehdit ediliyormuş gibi kronik bir sınırlılık hissi e) Yabancılaşma⁸. "Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği"nde, kompleks TSSB'ye göre, kişilik değişikliği üzerine daha fazla vurgu yapılmış olsa da, bu iki tanının örtüştüğü söylenebilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV çalışma grubu, uzun süreli, tekrarlayan ve insan eliyle yaratılmış travmatik yaşantılar sonrası ortaya çıkan ruhsal bozuklukları, TSSB tanı ölçütlerinin yeterince karşılayamadığı noktasından çıkışla, tanı ölçütleri henüz taslak halinde olan, "Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)" (Başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu) adıyla yeni bir tanı önermiştir⁹. Bu öneri resmi kabul görüp DSM-IV'te yer almamıştır ancak pek çok araştırmacının ilgi odağı olmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV çalışma grubunun DESNOS için önerdiği tanı ölçütleri Tablo I'de verilmiştir.

Tablo I'de de görüldüğü gibi, DESNOS veya kompleks TSSB, basit TSSB den oldukça farklı bir klinik görünüme sahiptir. Bazı çalışmacılar, kompleks TSSB, basit TSSB farklılığının üç ana başlıkta ele alınabileceğini belirtmişlerdir¹⁰.

1- Belirtiler: Kompleks TSSB'de belirtiler değişkenlik gösterir ve bedensel belirtiler siktir. Belirtiler, somatizasyon, disosiasyon ve affektif belirtiler başlıklarında toplanabilir. Somatizasyon belirtileri, genellikle baş ağrısı, karın, sırt veya bel ağrıları, bulantı, boğulma hissi ve sindirim sistemiyle ilgili çeşitli yakınmalar şeklinde olur.

Tablo I : Kompleks TSSB Tanı Ölçütleri**1- Uzun bir süre (aylar, yıllar) baskıcı bir kontrole maruz kalma öyküsünün bulunması.**

Bu yaşantıyla ilgili örnekler: Rehini alınma, savaş suçlusu olma, toplama kampında yaşamış olma, bazı dinsel tarikatlar içinde mağdur edilme, cinsel yaşantıda ve ev yaşantısında baskıya uğrama (ev içi ,şiddet, çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel kötüye kullanım ve organize cinsel kötüye kullanım)

2- Duygulanımda aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- Sürekli disfori (neşesizlik, öfke)
- Süreğen intihar düşünceleri. Kendini yaralama
- Patlayıcı veya aşırı bastırılmış öfke (yer değiştirebilir)
- Kompulsif veya aşırı inhibe olmuş cinsellik (yer değiştirebilir)

3- Bilinçte aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- Travmatik olayları hatırlayamama veya tüm ayrıntılarıyla hatırlama
- Geçici disosiyatif epizotlar
- Depersonalizasyon/derealizasyon
- TSSB belirtilerinde olduğu gibi travmatik olayları ani, zorlayıcı şekilde tekrar yaşama veya zihninin tekrarlayıcı şekilde bu olaylarla meşgul olması

4- Benlik algısında aşağıdakileri içeren dalgalanmalar.

- Çaresizlik veya elinden bir şey gelmeyeceği hissi
- Utanma, suçluluk duyma ve kendini suçlama
- Saflığını yitirme, utanç verici durumda olma hissi
- Kendini diğerlerinden tamamen farklı hissetme

5- Saldırganın algılanmasında aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- Saldırganla ilişkisine değin düşüncelerle meşgul olmak (bu intikam almayla ilgili düşünceleri de içerir)
- Saldırganı gerçeğe aykırı, şekilde çok güçlü olarak görme (hastanın güç ilişkilerini değerlendirmesinin klinisyenden daha gerçekçi olabileceği dikkate alınmalı)
- Saldırganı idealize etmek veya paradoksal olarak, şükran duymak. Saldırganla özel veya olağanüstü bir ilişki hissi
- Saldırganın inanç sistemini kabul etmek veya onu akılcılaştırmak

6- Diğerleriyle ilişkisinde aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- İzolasyon ve sosyal geri çekilme
- Yakın ilişkilerde bozulma
- Sürekli bir kurtarıcı arayışı (bu durum izolasyon ve geri çekilmeyle yer değiştirebilir)
- Süreğen güvensizlik
- Kendini korumada tekrarlayan başarısızlıklar

7- Değerler sisteminde değişiklikler

- İnançlarını yitirme
- Ümitsizlik ve çaresizlik hissi

Disosiasyon, çocukluk döneminde cinsel ve/veya fiziksel kötüye kullanıma uğrayan kişilerde genellikle çoğul kişilik bozukluğu şeklinde ortaya çıkar. Affektif belirtiler, genellikle süregelen intihar düşüncelerinin eşlik ettiği şiddetli travmatik depresyon şeklindedir. Hekimlerin, tabloyu, sıklıkla salt depresyon olarak değerlendirdikleri, altta yatan travmayı atlayabildikleri bilinmektedir.

2- Kişilik değişiklikleri: Süregelen travmaya uğrayan mağdurlarda, insan ilişkilerinden kaçınma, güçsüzlük hissi, terk edilme korkusu, edilgenlik, aşırı çekingen veya isyankar davranışlar ortaya çıkar. Mağdur, saldırganca aşırı düzeyde bağımlılık geliştirebilir (traumatic bonding).

3- Kendine zarar verme ve şiddete başvurma: Mağdurlarda, kendine zarar verme ve intihar davranışı görülebilir. Süregelen travmatik yaşantılardan sonra kendine zarar verme ve intihar davranışlarının, tek bir travmatik olay sonrasına göre daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir. Ayrıca çocukluk dönemlerinde süregelen travmayla karşılaşanların, şiddete kolay başvurabilen erişkinler olabilecekleri bildirilmiştir.

"Karmaşık TSSB" veya "Başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu" veya "Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği" gibi çeşitli adlar verilse de, uzamış, tekrarlayıcı travmalarla karşılaşan mağdurları anlamamızı kolaylaştıracak bir tamsal kategoriye gereksinmemiz var. Ülkemizde pek çok insan, hatırlamak istemedikleri, utandıkları veya güncel sorunlarıyla ilişkilendiremedikleri ya da kimse sormadığı için, başvurdukları hekimlere, yaşadıkları travmatik olaylardan söz etmeden, ağırlıklı olarak bedensel yakınmalarını, daha az sıklıkla da depresyon veya bunaltı belirtilerini dile getiriyorlar. Oysa altta yatan travmatik yaşantılar söze dökülüp, irdelenmeden bu kişilere yardımcı olabilmek olanaksız.

"Kompleks TSSB, klinikte ne kadar işimize yarar?" sorusuna şu yanıtları verebiliriz. Ev içi şiddetten, sokaktaki, trafikteki şiddete, oradan işkenceye, savaşa kadar her tür şiddetin yoğun olarak yaşandığı ülkemizde, hekimler, herhangi bir organik nedenle açıklanamayan bedensel belirtilerden yakınan, doktor doktor dolaşarak "kurtarıcı" arayan hastalarla çok sık karşılaşılıyor. Genellikle, somatizasyon, konversiyon, distimi vb. tanıları konulan bu hastaları "karmaşık TSSB" çerçevesinde daha kolay tanıyabiliriz. Boğulma hissi, sırt ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi özgül olmayan belirtiler, çaresizlik, çabuk sinirlenme, intihar düşünceleriyle başvuran bir kadın hastanın sorununun, yalnızca "somatizasyon veya depresyonla açıklanamayacağını, bunun süregelen travmaya bağlı bir sendrom olabileceğini, en azından bunun araştırılması gerektiğini belki "karmaşık TSSB" bizlere hatırlatır. Psikiyatristlerin, tanı ve tedavilerinde zorlandıklarını, karşılarında çaresizliğe düşüklerini itiraf ettikleri, gönüllü veya zorunlu göçlerle büyük kentlere göçmüş Güneydoğulu insanların; dünyaya karşı düşmanca veya güvensiz tutumlarını, umutsuzluk duygularını, çaresizliklerini, neden sürekli tehdit ediliyormuş gibi kronik bir sinirlilik hissettiklerini, "dövülmüş gibi" başlarının, kollarının, sırtlarının neden ağrı-

diğını, uygulanan ruhsal testlerde her duyguya rastlayıp neden öfkenin izine hiç rastlamadığımızı, doktorlara, ilaçlara "kurtarıcı" gibi neden sarıldıklarını geçte olsa belki " karmaşık TSSB" yardımıyla anlamaya başlarız. Yirmi yılı aşkın bir süredir sıcak çatışmaların sürdüğü, sokak ortasında veya evlerinde insanların öldürüldüğü, işkence, adam kaçıрма, kaybedilme ve çete öykülerinin, masalların yerini aldığı bir ülkede, Türkiye'de büyüyen çocukları ki pek çoğu 20 yaşlarına geldi, şimdiki ve gelecekteki davranışları, tepkileri, düşünceleri ve duygularıyla, belki " karmaşık TSSB"nin yardımıyla daha iyi anlarız.

KAYNAKLAR

1. Jongedijk RA, Carlier IV, Schreuder BJ, Gerson BP. Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *J Trauma Stress*, 1996 Jul; 9 (3): 557-86.
2. Newman E, Riggs D S, Roth S. Thematic resolution, and complex PTSD: the relationship between meaning and trauma-related diagnosis. *J Trauma Stress* 1997 10(2):197-213.
3. Roth s, Newman E, Pelcovitz D, Van der Kolk B, Mandel F S. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 1997 10(4): 539-55.
4. Dickinson L M, de Gruy F V 3 rd, Dickinson WP, Candib LM. Coplex posttraumatic stress disorder: evidence from the primary care setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998 20(4): 214-24.
5. Horowitz M. *Stress Response Syndromes*. Northvale, N.Jersey, London: Jason Aronson, (1986).
6. Terr L C, *Childhood traumas: An outline and overview*, *Am J*, 1991,148:10-20.
7. Gilboa D, Friedman M, Tsur H. The burn as a continuous traumatic stress: implications for emotional treatment during hospitalization. *J Burn Care Rehabil*, 1994, 15;(1), 86-91.
8. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını (1993).
9. Herman J L, *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books (1992)
10. Oldham J M, Michelle B R, Tasman A. *Review of Psychiatry*, Washington, American Psychiatric Press, (1993) Vol:12.