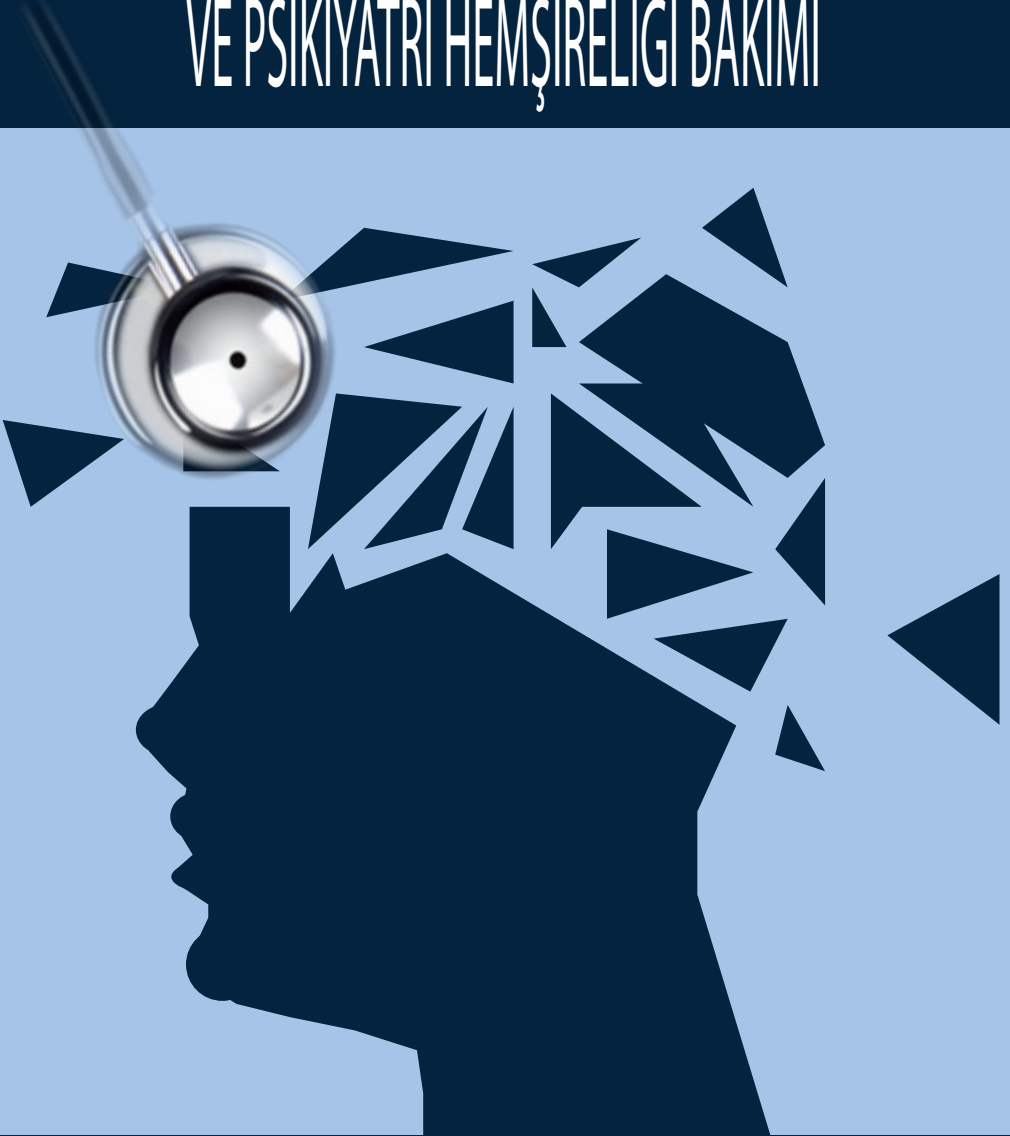


ÖRSELENME (TRAVMA)

VE TETİKLEYİCİ ETKENLE (STRESÖRLE) İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR
VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BAKIMI



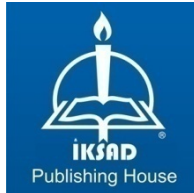
İKSAD
Publishing House

Arş. Gör. Zeynep KOÇ

**ÖRSELENME (TRAVMA)
VE TETİKLEYİCİ ETKENLE (STRESÖRLE)
İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR
VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BAKIMI**

Arş. Gör. Zeynep KOÇ*

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep Üniversitesi*



Copyright © 2018 by iksad publishing house

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any means, including photocopying, recording, or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other non commercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic Development And Social Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TURKEY TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E-mail: kongreiksad@gmail.com

www.iksad.net

www.iksad.org.tr

www.iksadkongre.org

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications - 2018©

ISBN: 978-605-7923-41-7

Cover Design: İbrahim Kaya

December / 2018

Size = 16x24 cm

İÇİNDEKİLER

1.Ana Kavramlar	1
1.1. Travmanın (Örselenmenin) tanımı	1
1.2. Stresin tanımı.....	3
1.2.1. Stres Tepkisi.....	5
1.3. Uyum ve Uyum Bozukluklarının Tanımı.....	9
2.Giriş	10
2.1. Örselenme (Travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozuklukların geçmişten günümüze sınıflandırılması	10
3.Etiyoloji	15
3.1. Biyolojik model	15
3.1.1. Genetik	15
3.1.2. Nörobiyolojik	16
3.2. Psikosoyal model	16
3.2.1. Psikanalitik teori	16
3.2.2. Psikososyal teori	17
4.Tepkisel Bağlanma Bozukluğu	18
4.1. Epidemiyoloji	23
4.2. Etiyoloji	23
4.3. Klinik Tablo	24
4.4. DSM-5 tanı ölçütleri	26
4.5. Tedavi	26
4.6. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu ile İlgili Çalışma Sonuçları	27
5.Sınırsız Tolumsal Katılım Bozukluğu	31
5.1. Epidemiyoloji	32
5.2. Etiyoloji	32
5.3. Klinik Tablo	32

5.4. DSM-5 tanı ölçütleri	34
5.5. Tedavi	36
6. Akut Zorlanma (Stres) Bozukluğu.....	37
6.1. Epidemiyoloji	38
6.2. Etiyoloji	39
6.3. Klinik Tablo	39
6.4. Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu arasındaki Farklar	41
6.5. DSM-5'e göre ASB tanı ölçütleri	41
6.5.1. ASB tanısı için zaman aralığı	47
6.6. Normal ve Patolojik Stres Yanıtları Arasındaki Ayırım	48
6.7. ASB, Akut stres tepkileri ve uyum bozukluğu arasındaki ayrılan ve örtüşen kısımlar	49
6.7.1. Akut stres tepkisi ve ASB arasındaki farklar	49
6.7.2. ASB ve uyum bozukluğu arasındaki farklar	50
6.8. Klinik Gidişat	51
6.9. Tedavi	52
6.10. Örnek Vaka ve Hemşirelik	53
6.10.1. Hemşirenin Akut Stres Bozukluğu olan bir hastaya bakma rolü	53
6.10.2. İleri Uygulamalı Müdahaleler	54
7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	54
7.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tarihçesi	54
7.2. Epidemiyoloji	61
7.3. Etiyoloji	62
7.3.1. Travmatik stresörün ciddiyeti ve süresi	63
7.3.2. Travma öncesi var olan psikiyatrik bozukluklar	65

7.3.3. Sosyal destek	66
7.3.4. TSSB ve Cinsiyet	67
7.3.5. TSBB ve Genetik	67
7.3.6. Travma Zamanı Kalp Hızı	68
7.3.7. Travma zamanı kortizol düzeyleri	68
7.3.8. Travma zamanı dissosiasyon	69
7.3.9. Sempatik sinir sistemi	69
7.3.10. Amigdala yapısı ve işlevinde bozukluk	69
7.3.11. Prefrontal kortex yapısı ve işlevinde bozukluk	70
7.3.12. Hipokampüs hacminin küçüklüğü	70
7.3.13. Hipokampüsün işlev bozukluğu	71
7.3.14. Zeka ve eğitim	72
7.3.15. Düşük Nöropsikolojik Performans	72
7.3.16. TSSB Etiyolojisi için Çalışma Sonuçları	73
7.4. Klinik Tablo	75
7.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri	77
7.6. Prognoz	82
7.7. Tedavi	83
8.Uyum Bozukluğu	89
8.1. Epidemiyoloji	90
8.2. Etiyoloji	90
8.3. Klinik Tablo	91
8.4. Uyum Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri	92
8.5. Tedavi	93
8.5.1. Farmakolojik Tedavi	93

8.5.2. Psikosoyal Tedaviler	93
9.Örnek Vaka ve Psikiyatri Hemşireliği Bakımı	94
9.1. Klinik Vaka	94
9.1.1. Bu Vakadaki Bireyin Tıbbi Tanı	96
9.1.2. Bu Vakadaki Bireyin Hemşirelik Tanıları	96
9.2. Psikiyatri Hemşireliği Girişimleri	96
Kaynakça	105

1.Ana kavramlar

1.1.Travma'nın (örselenme'ninin) tanımı

“Travma” sözlük anlamı olarak ‘Bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara’ şeklinde tanımlanmıştır. Tıpta fiziksel ve ruhsal travmalar olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır (İzci ve Ünveren, 2017).

Travma, günlük rutini bozan, ani ve beklenmedik bir şekilde gelişen, dehşet, kaygı ve panik yaratan, kişinin anlamlandırma süreçlerini bozan, uzun dönemde psikolojik etkileri olan sıkıntılı yaşantılardır (Gürhan, 2016).

Örselenme (Travma) kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Örneğin, ilk çocukluk yıllarında annenin yitimi çocuk için ağır bir örselenmedir. Bu tür bir yitim çocuğu ağır bir şekilde etkileyebilecek akut bir örselenme olduğu gibi, yaşamın çok sonraki yıllarında da kendisini belli eden, derin izler bırakan süregelen nitelikte bir örselenmedir.

Psikanalitik tanımlamada örselenme benliğin (egonun) üstesinden gelemeyeceği, kaldıramayacağı ağırlıkta içten

ya da dıştan gelen uyarılar kumesi ile karşı karşıya kalmasıdır (Öztürk ve Uluşahin,2015).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV-TR'deki tanımına göre travma, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi yaşaması, kendisinin ya da bir başka kişinin fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit olayı yaşaması ya da tanıklık etmesi ya da ailesinden birinin veya başka bir yakınının beklenmedik ölümünü, şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını öğrenmesi sonucunda kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik benzeri duygularının ortaya çıkmasıdır(Amerikan Psikiyatri Birliği,2001).

DSM-V'de ise travma, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruziyet şeklinde tanımlanmıştır. Travmaya uğrama yolları ayrı kriterlerle belirtilmiştir. DSM-V tanımına göre, kişi olayı aşağıdaki yollardan biri ya da daha fazlası ile gerçek ya da göz korkutucu şekilde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olmalıdır:

- a) Doğrudan rseleyici olay(lar) yaşama,
- b) Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan görme, tanıklık etme

c) Bir aile yakınının ya da yakın arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme (Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı, kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır),

d) Örseleyici olayın sevimsiz ayrıntıları ile yineleyici biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örneğin; felaket sonrası insan kalıntılarını toplayan kişiler, çocuk istismarının ayrıntıları ile yeniden karşılaşan polis memurları)

Ancak bu tip bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığı ile olmuş ise bu ölçütün uygulanamayacağı belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği,2014).

1.2. Stres'in (zorlanma'nın) tanımı

Stres, stresör olarak bilinen belirli fiziksel ve psikolojik olaylara yanıt olarak ortaya çıkan çeşitli fizyolojik, ruhsal ve davranışsal tepkimelere verilen isimdir. Zorlanma (Stres), organizmanın denge durumunu (homeostasis) bozan herhangi bir etkidir (Öztürk, Uluşahin, 2015). Bir başka ifade ile stres, 'homeostazis'in bozulmasına uyumsal bir yanıttır. Homeostazis ise vücuttaki fizyolojik değişkenlerdeki denge hali olup ilk defa Walter Cannon tarafından tariflenmiştir (West,2010).

Stres etmenleri homeostazisin eski haline getirilmesini hedefleyen fizyolojik ve davranışsal yanıtların da tetiğini çekmektedir. Bu 'stres yanıtı' sinaplardan nordrenalin ve adrenal medulladan adrenal salınımına yol açan sempatik sinir sisteminde hızlı bir etkinleşmenin tetiğini çeker. Adrenal glukokortikoidlerin kan düzeyleri 15-30 dakika içerisinde en yüksek seviyeye ulaşmakta ve 60-90 dakika içerisinde stres öncesi düzeylerine gerilemektedir. Stres etmeni ile etkin başa çıkma; ihtiyaç durumlarında stres yanıtının hızla ortaya çıkması ve ardından etkin şekilde sonlandırılması anlamına gelmektedir. Stres yanıtının altında yatan bu temel süreç 'allostasis' olarak adlandırılır. Bir başka ifade ile allostaz vücudun stres etmenlerine karşı denge durumunu koruma yani uyum yeteneğidir. Allostaz durumunda otonom sinir sistemi, Hipotalamo Pitüiter Adrenal (HPA) eksenini, kalp damar sistemi, metabolik ve bağışıklık sistemleri içsel ve dışsal stres etmenlerine karşı vücudu korumaktadırlar. Stres yanıtı uygunsuz, aşırıveya yetersiz olabilir ve bu durumda homeostazisin eskihaline getirilme çabası yeterli olmayabilir; bu durumda ortaya çıkan yeni duruma 'allostatik yük' denmektedir. Hayatı tehdit edebilen travmatik olaylar kişiyi evrimsel olarak şekillenmiş olan 'hayatta kalma modu'na kaydırabilir. Hayatta kalma modu, Otonom Sinir Sistemi (OSS) aracılığı ile bir alarm tepkisini tetikleyerek kalp hızını, solunum, kan basıncı ve

kas tonusunda artış gibi çeşitlibiyolojik tepkimelere yol açabilir.

Stres; obezite, osteoporoz, kardiyovasküler sorunları içeren çeşitli hastalıklar açısından bir risk etmenidir. Aşırı, şiddetli veya süregen stres maruziyeti depresyon, anksiyete bozuklukları ve TSSB gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir. Ek olarak stres farklı beyin bölgeleri ve çeşitli beyin işlevleri üzerinde de olumsuz etkilere sahiptir. Stres beyin hücrelerinin özelliklerini kalıcı olarak değiştirebilir; öğrenme ve bellek gibi bilişsel süreçleri bozabilen biyolojik olarak önemli bir etmendir. Uygun stres yanıtı hayatta kalma için önemlidir. Stres yanıtı homeostazisin sürdürülmesi açısından hızlı fizyolojik yanıtlara yol açan belli yolların etkinleşmesini içermektedir. Anlık, travmatik veya süregen stres ile karşılaşma; uyumsuz süreçlerin yetersiz ve uygunsuz olduğu ve homeostazisin yeniden kazanılmadığı hastalıklara ve psikopatolojik bozukluklara yol açabilir.

1.2.1.İkili aşamalı stres etkinliği

Beyin içerisinde, strese yanıt ardışık birçok sürecin etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Bu süreç basit olarak iki ayrı parçaya ayrılabilir: **Hızlı olan;** sempatik sinir sistemi, HPA eksenini ve dolayısıyla 'savaş ya da kaç'

yanıtını derhal etkinleştirmekte; **Gecikmiş olan ise;** iyileşme ve uyumu desteklemektedir.

Organizma stres ile karşılaştığında, ilk yanıt olarak adrenal medulladan kan basıncı ve solunumdaki değişikliklerden sorumlu olan adrenalin ve noradrenalin salgılanır. Adrenerjik sinir iletimine ek olarak HPA eksenini uyarılır. HPA ekseninde ilk olarak hipotalamus paraventricüler çekirdeği (PVN) etkinleşir. Kortikotropin Releasing Hormon (CRH) ve Vazopressin içeren nöronlar hipofizden ACTH salgılanmasına neden olur. Kaskadın son basamağında ise adrenal korteksten glukokortikoidler salgılanır. Salgılanan glukokortikoidler glukokortikoid reseptörleri (GRs) ve mineralokortikoid reseptörleri (MRs) olmak üzere başlıca iki tip reseptör üzerinde etki göstermektedir.

Gecikmiş Sistem aracılığıyla stres yanıtının düzenlenmesi hızlı bir negatif geribildirim ile başlamaktadır. Negatif geribildirim özellikle PVN'da CRH nöronları membran reseptörlerine bağlanan glukokortikoidler ile gerçekleştirilmekte; dolayısıyla HPA eksenini etkinleşmesinin baskılanmasını destekleyen hücre içi kaskadı tetiklenmektedir. Stres seviyelerindeki glukokortikoidler beyni de içeren vücudun farklı yerlerinde bulunan glukokortikoid reseptörlerine bağlanır ve sonuçta vücutta yaygın etkilere neden olmaktadır. Bu

nedenle glukokortikoidler kendi salınımlarının negatif geri bildiriminde yaşamsal bir rol oynamaktadırlar. Glukokortikoidler stres tepkimesi boyunca en fazla yoğunlukta oldukları yer olan PVN GRs'lerini etkinleştirirler. Bu yolla nöronal ağların artmış uyarılabilirliğinin baskılanmasını kolaylaştırmış olurlar. Böylece glukokortikoid düzeyleri belli düzeylerde tutulmuş olur. Glukokortikoid üretimi HPA eksenini aracılığı ile Glukokortikoid Reseptörü içeren negatif geribildirim mekanizması yolu ile kontrol edilmektedir. Glukokortikoid Reseptörü yoğunluğunun en fazla PVN'de olmasına rağmen, gecikmiş sistem hipofiz, hipokampus ve PVN seviyelerinde de etki eder. Bireyin stres etmeni ile karşılaştığında tetiklenen yollar neticesinde strese karşı hızlı bir adaptif fiziksel yanıt oluşmakta ve beyinde bu deneyime dair uzun dönem hafızanın oluşmasına sebep olan değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu uzun süreli bellek içeriği benzer olaylarla karşılaşıldığında etkin şekilde başa çıkılması için gerekli uyumsal süreçlerdir. Bu nedenle organizmanın stresli olayları öğrenmesi hayatta kalma açısından son derece kritiktir. Öğrenme ile organizmanın gelecekte karşılaşması olası durumlara uyum sağlaması mümkün olabilecektir. Bu mekanizmanın etkin şekilde işlemesi için yeni ortaya çıkan olayların belli bir zaman diliminde

hafızada tutulması gereklidir. Başlangıçta edinilen yeni karşılaşılan olaya ilişkin belleğin kalıcı belleğe dönüştürülme mekanizması konsolidasyon yoğunlaştırma olarak adlandırılmaktadır. Konsolidasyon kritik olayın hemen ardından başlamakta ve yıllarca sürebilmektedir. Başlangıçta yeni edinilmiş bellek içeriği değişkendir; birçok durumdan etkilenebilir ve zaman içerisinde daha kararlı hale gelir. Stres etmeni ile karşılaşma sonrasında glukokortikoidlerin salınımı ve belli beyin bölgelerinde GRs ve MRslerin etkinleşmesi bellek konsolidasyonunu kolaylaştırmaktadır. Bulgular belirli düzeyde glukokortikoid düzeylerinin bilişsel yetiler üzerindeki olumlu etkilerini; yüksek düzeylerde ise olumsuz etkilerini göstermiştir. İlimli stres düzeyleri bellek başta olmak üzere bilişsel işlevler üzerinde olumlu etkiye sahipken şiddetli, travmatik veya süregen stres maruziyeti hafıza kaybı, bilişsel bozukluklar ve anksiyete boz, depresyon, TSSB gibi stresle bağlantılı psikopatolojiler gibi olumsuz etkilere sahiptir. Bellek konsolidasyonu üzerindeki GR aktivasyonunun pozitif etkileri BDNF yolağı ile etkileşir. Nörobiyolojik düzeyde konsolidasyon süreci üç farklı mekanizmaya ayrılabilir: sinaptik uzun dönem güçlenme (LTP), sistem bütünleşmesi ve yeniden bütünleşme. LTP sinaptik plastisitenin tipik bir formu olarak görülebilir. İkinci mekanizma, sistem bütünleşmesi; hipokampus bağımlı bellekten korteks bağımlı

belleğe dönüşmeyi tarif etmektedir ve tipik olarak haftalar ya da yıllara kadar uzayabilen zaman diliminde gerçekleşmektedir. LTP aracılığı ile yeni anılar düzenlenirken, hipokampus dentat gyrusunda yeni nöronlar sürekli üretilmektedir ve yaşam boyunca önceden var olan hipokampalağlar ile birleştirilmektedir. Hipokamüsteki sinirhücreleri gelişimi stres gibi bellek konsolidasyonunu etkiledikleri bilinen birçok dışsal etmen tarafından doğrudan etkilenmektedir (Gündüz ve Aker, 2015).

1.3.Uyum ve uyum bozukluğunun tanımı

Uyum tanım olarak, biyolojik açıdan organizmanın varlığını sürdürebilmesi için gerekli değişimlerle kendini çevre koşullarına göre ayarlaması olarak tanımlanmıştır. Ruhsal açıdan uyum, bireyin çevresel koşullara ya da değerlere kendini uydurma süreci olarak tarif edilmiştir.

Uyum bozukluğu, bireyin karşılaştığı olumsuz koşullara kendini uydurma sürecindeki başarısızlık olarak ele alınabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Uyum Bozukluğu, stresle aşırı şekilde meşgul olma, uyum yapamama ile belirgin; yaşam değişiklikleri ve tanımlanabilir psikososyal stresörlere maladaptif bir tepkidir (Gürhan,2016).

2.Giriş

Travmatik olayların fiziksel zarar dışında da sorunlara yol açabileceği fikri 1870 yılındaki Fransa ve Prusya savaşı sonrasında oluşmaya başlamış ve bozukluk için ilk olarak “travmatik nevroz” tanısı önerilmiştir. Birinci Dünya Savaşı’nda bomba şoku (Shell shock) gibi terminolojiler travmanın kişiler üzerine ruhsal etkileri olduğunu ima etmek amacıyla kullanılmış ama bugünkü anlamıyla bir tanıma ulaşılmamıştır.

2.1.Örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozuklukların geçmişten günümüze sınıflandırılması

Travmanın tanımı süreç içinde birçok değişime uğramış; zorlu yaşam olaylarına “travma” denilmesi ilk defa DSM-III ile olmuştur.

Travma, olumsuz olarak algılanan ve adaptasyon gerektiren her türlü olay kötü yaşam olayı olarak adlandırılır. Öte yandan, her kötü yaşam olayı travmatik değildir. Yaşam olayının travmatik olabilmesi için şu üç özelliği içermesi gerekmektedir;

- **Anilik:** Aynı şiddetdeki iki stresörden kısa sürede etki eden, “yayılarak” etki edene göre daha travmatiktir.

- **Kontrol edilemezlik:** Kontrol algısı (mevcut kaynakların baş etmeye yetip yetmeyeceği yönündeki öznel algı) stresörün etkilerini tamponlar ya da alevlendirir.
- **Yaşanan olayın olumsuz olarak algılanması:** Olayın kendisine fiziksel/ duygusal acı vermesi ya da ileride acı verme ihtimali olduğu algısı stresörün travma haline gelmesine aracılık eder (Gürhan,2016).

DSM-IV de TSSB ve akut stres bozukluğunu anksiyete bozuklukları kategorisi altında, uyum bozukluklarını ise tamamen ayrı bir kategori olarak değerlendirmektedir (Hasanoğlu,2008).

Daha önceleri Anksiyete Bozuklukları altında adlandırılan sınıflandırılan travma ile ilgili bozukluklar, DSM-5'te Örselenme (Travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar başlıklar altında sınıflandırılmıştır:

- 313.89 (F94.1) Tepkisel Bağlanma Bozukluğu
- 313.89 (F94.1) Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu
- 309.81 (F43.10) Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres) Bozukluğu
- 308.3 (F43.0) Akut Gerginlik (Stres) Bozukluğu
- Uyum Bozuklukları

- 309.89 (F43.8) Tanımlanmış Diğer Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bir Bozukluk
- 309.9 (F43.9) Tanımlanmamış Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluk (Amerikan Psikiyatri Birliği,2014).

ICD-10 travmaya tepki olarak ortaya çıkan ruhsal bozuklukları F43 başlığı altında üçe ayırarak incelemektedir:

- (F43.0) Akut stres bozukluğu
- (F43.1) Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)
- (F43.2) Uyum bozuklukları

Bunun dışında F6 başlığı altında stres sonrası görülen kalıcı kişilik değişikliği (F62.1) kategorisi bulunmaktadır (Hasanoğlu,2008).

DSM-5'te ve ICD-11 önerisinde ise “stres ile ilişkili bozukluklar” ayrı bir grupta sınıflandırılmaktadır. ICD çalışma grubu, birçok ruhsal bozukluğun (depresyon, alkol-madde kullanım bozuklukları gibi) stresle ilişkili olabilmesi ve ayrıca stresli veya travmatik yaşam olayları yokluğunda da ortaya çıkabilmesi nedeniyle “stresle ilişkili bozukluk” terimi yerine “özgün olarak stresle ilişkili bozukluklar” teriminin kullanılmasını önermektedir.

ICD-11 için önerilen “özellikle stresle ilişkili bozukluklar kategorisi”		
<i>ICD-11 için önerilen kategoriler</i>	<i>Önceki kodları</i>	<i>ICD-10</i>
Travma sonrası stres bozukluğu	F43.1	
Kompleks travma sonrası stres bozukluğu	F.62.0	
Uzamış yas bozukluğu	Yeni kategori	
Uyum bozukluğu	F43.2	
Tepkisel bağlanma bozukluğu	F94.1	
Disinhibe sosyal katılım bozukluğu	F94.2	
Akut stres tepkisi	F43.0	

(Maercker ve ark.2013).

Özellikle stresle bağlantılı bozuklukların yeni gruplandırması stresli veya travmatik bir veya birden fazla olay ya da olumsuz yaşantı ile karşı karşıya

kalmayla doğrudan ilişkili bozuklukları kapsar. Bu gruplandırma travma sonrası stres bozukluğu, karmaşık travma sonrası stres bozukluğu, uzamış yas bozukluğu, uyum bozukluğu ve özellikle stresle ilişkili başka bozuklukları içerir. Akut stres tepkisi ruhsal bozukluk olarak sayılmamakla birlikte, ICD-11’de klinikte karşılaşılan hastalık ya da bozukluk olmayan durumlar arasında geçmektedir.

ICD-10 ve DSM-5’de bulunmayan karmaşık travma sonrası stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğunun üç ana özelliğini taşır (yani; travma nedeni olayı tekrar yaşama hissi, travmayı tekrar yaşama hissine neden olabilecek hatırlatıcı şeylerden kasıtlı olarak kaçınma ve sürekli yüksek bir tehdit algısı hissetme). Bu üç ana özelliğe duygu düzenlemesinde ağır ve kalıcı bozukluklar; kendini yetersiz, yenilmiş ve değersiz hissettiren kalıcı inançlar ve ilişkileri sürdürmekte ve başkalarına yakın hissetmede yaşanan sürekli zorluklar da eşlik eder.

Uzamış yas bozukluğu ICD-10’da bulunmamaktadır ve DSM-5 bölüm III’de yer alan “sürengen karmaşık yas bozukluğu” kategorisine denk gelmektedir. Bu tabloda kişinin gösterdiği yas tepkisi kültürünün sosyal ve dini normlarını açıkça aşacak kadar uzun süreli, yaygın ve

belirgin sosyal engel yaratacak şiddette olur (Maercker ve ark. 2013; Keeley ve ark. 2016).

3.Etiyoloji

3.1.Biyolojik model

3.1.1.Genetik

Genetik değişkenliğin stres reaksiyonunda rol oynadığı düşünölmekte ve epigenetik faktörler genotip ekspresyonunu modöle etmektedir. Hayvanlar ve insanlar üzerinde yapılan araştırmalar, doğum öncesi strese maruz kalmanın yavrularda daha sonraki stres yanıtlarını etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, metilasyon denilen bir süreçle beynin DNA'sını değiştirmek için erken sıkıntılar bulunduğu tespit edilmiştir. Metil grupları, beyindeki stres hormonu reseptörlerinin üretimini düzenleyen genlere bağlanır. Bu da beynin strese olan tepkisini regöle etmesini önler. Parenteral beslenme bu cevaba aracılık edebilir, ancak yetersiz beslenme durumunda bu çocuklar dikkat ve yönergeleri takip etme konusunda zorlanırlar, gençler olarak yüksek riskli davranışlara girmede ve saldırganlıkta, dürtüsellikte, kötöleşmiş bilişte ve yetişkinler olarak gerçek ve hayali tehditleri ayırt edememede artış görölür (Halter,2014).

3.1.2.Nörobiyolojik

Noradrenalin, organizmanın tehlikelerle başa çıkabilmesi için temel nörotransmitter olarak kabul edilmektedir ve anksiyete, korku, uyanıklık ve seçici dikkatte rol oynamaktadır. Travma ile ilk kez karşılaşıldığında noradrenalin sentez ve salınımında artış olur, ancak tekrarlayan stres sırasında noradrenalinin azaldığı düşünülmektedir.

Stres yaşayan bir yaşantı medial prefrontal kortekste dopaminerjik sistemi aktive eder. Serotonerjik sistemin noradrenarjik sistem ile yakın ilişkisi nedeni ile TSSB'nun etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Hastaların büyük kısmının serotonin geri alımını engelleyen ilaçlardan (SSGI) yarar görmesi bu görüşü desteklemektedir (Gürhan,2016).

3.2.Psikosoyal model

3.2.1.Psikanalitik teori

Freud, şiddetli travmaların tüm savunma düzeneklerini aşarak ağır, acı verici şekilde yaşandığını, bastırma savunmasının yetersiz kaldığını, egonun bununla baş etme gücünün kalmadığını ileri sürmektedir.

3.2.2.Psikososyal teori

Bireyde travmanın oluşumunda üç etkenin önemi belirtilmektedir. Bunlar; travmatik deneyim, travmayla karşılaşan kişinin özellikleri ve travma sonrasında yaşanan ortamın özellikleridir.

Travmatik deneyim: Bireyin strese uzun vadede verdiği tepkileri etkileyen spesifik özellikleridir.

- Stresörün şiddeti ve süresi
- Bireysel beklenti
- Ölüme maruziyet
- Bireyin çok kez travmaya maruz kalmak
- Travmanın yaşandığı yer (ailede, evde, yabancı bir yerde vb.)

Birey: strese verilen yanıtın belirlenmesinde önemli olan kişisel özelliklerdir.

- Egonun güçlü olması
- Baş etme mekanizmalarının etkililiği
- Önceden var olan bir psikopatoloji olup olmadığı
- Daha önce yaşanan stres/ travma deneyimlerinin sonuçları
- Davranışsal eğilimler
- Kişinin psikososyal gelişim düzeyi
- Demografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim vb.)

Travma sonrası yaşanan ortam ve imkanlar:

Travmatik deneyimin yaşandığı ortam bireyin travmaya verdiği yanıtı etkiler.

- Sosyal destek sistemlerine ulaşılabilirlik
- Koruyucu ve destekleyici aile ve arkadaşlar
- Toplumun travma ile ilgili tutumu
- Kültürel faktörler

3.2.3.Öğrenme teorisi: Öğrenme kuramlarına göre, bir travmaya maruz kalan kişi, travmatik olayın ya da onunla ilişkili görüntü, düşünceler ya da durumların kendisini üzeceğini öğrenir. Kişi kaygısını azaltmak için travma ile ilgili durum, kişi, düşüncelerden kaçınmaya başlar.

3.2.4.Bilişsel Teori: Epstein (1991) bireylerin temel varsayımları ile ilgili üç temel inanca vurgu yapar. Bunlar dünyanın iyi ve güvenli bir yer olduğu, dünyadaki olayların anlamlı olduğu, kişinin kendisini değerli bir varlık olarak algıladığı inancıdır. Travmatik deneyimler bu düşünceleri zedeler. Bunun sonucunda birey travma sonrası stres sorunları yaşamaya, kendini güvensiz ve çaresiz hissetmeye, dış dünyayı güvenilmez algılamaya başlar (Gürhan,2016).

4.Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

İnsan yavrusu, diğer canlıların yavrularına göre doğduğunda kendi ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak olarak

doğar ve bu nedenle bir bakım verene bağımlıdır. Bu bağımlı durum ve insanın sosyal yapısı bebeğin ihtiyaçlarını gideren, sıkıntılı durumlarda bebeğin sakinleşmesine yardımcı olan bir kişi aramasına yol açar. Bağlanmanın henüz kanıtlanmasa da daha anne karnında başlayan bir süreç olup, doğum sonrası 7-9. aylara kadar seçici bir süreç değilken, bu aylar arasında bebek artık bağlanmasını sınırlandırmaya, ilgisini ve gereksinimlerini karşılayan tek bir kişiye kaydırmaya başlar. Bu dönemden itibaren bebek yabancılardan çekinmeye, korkmaya ve kaçmaya başlar.

Bu süreç evrensel bir süreç olup kültürler arasında bir miktar farklılıklar bulunabilir. Bakım verenle bağlanma kalitesi ne kadar yüksekse bebeğin güvenli bir bağlanma süreci geliştirme ihtimali o kadar artar. Güvenli bağlanan bebek rahatlatılmak için bakım verene yaklaşır veya sıkıntılı durumlarda bakımvereni tarafından kolaylıkla yatırılabilir. Güvenli bağlanan bebeklerin daha iyi bir psikolojik gelişimleri olacağı düşünülmektedir.

Küçük çocuklara aşırı uygunsuz bakım vermenin bu çocuklarda uygunsuz sosyal davranışlara yol açtığı bilinmektedir. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu (TBB) ve Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğunu (STKB) daha iyi anlamak için bağlanma davranışının gelişimini anlamak önemlidir. Yedi ile 9 ay arasında bebekler

sıkıntı ve stres durumunda seçici olarak ana bakım veren kişiye (anne, baba, vs) yönelik bağlanma davranışı göstermeye başlarlar. Bu durum her kültürde aynı şekilde gözlenir.

Güvenli şekilde bağlanma geliştiren çocuklar bakım verene rahatlama sağlamak için yakınlaşır, bakım verenin yardımı ve yakınlığı ile kolayca sakinleşir. Güvenli bağlanma bakım vermenin kalitesinin yüksek ve sağlıklı olduğu durumlarda gelişir, bu çocuklarda fizyolojik ve psikolojik gelişim normal seyreder.

Dezorganize bağlanma ise bakım veren kalitesinin düşük ve bozuk olduğu durumlarda gelişmekte olup yüksek oranda psikopatoloji gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Ancak bu bağlanma patterni geliştiren çocuklarda ilerde her zaman psikopatoloji gelişmediği, bu çocukların yaklaşık %15'inin psikopatoloji geliştirdiği bildirilmektedir. Dezorganize bağlanma geliştiren çocuklarda ise bakım verene karşı seçicilik gözlenmez, bakım verene rahatlama sağlamak için yakınlaşma ve bakımverenin yardımı ve yakınlığı ile sakinleşme gözlenmez (Kılıçoğlu ve Erdoğan, 2015).

Annenin çocuğuna yönelik duygusal bağına “annelik duygusu” diyebileceğimiz “bonding”, çocuğun annesine yönelik duygusal bağını da “bağlanma” “attachment” sözcükleri ile tanımlanır (Şener ve ark. 1995).“Bağlanma”

yavrunun temel bakım verene yakınlığını arttırarak yaşamını sürdürmesini kolaylaştıran, hayatta kalma olasılığını arttıran yaşamsal bir mekanizmadır. Anne-bebek ilişkisinde belirmeye başlayan bağlanma davranışı zamanla kararlılık gösterir ve kişiliğin gelişimine yön verir. Güvensiz bağlanma erişkinlerde kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuş; bu durumda tedaviye uyum güçlüklerinin olduğu bildirilmiştir.

Bakım verenle ilişki problemlerine bağlı oluşan durumlar DSM-III'de 1980'de TBB olarak ilk defa tanımlanmış, önceki yıllarda bu tür bozukluklar gelişme geriliği, organik olmayan gelişme geriliği, psikososyal cücelik, bakımveren yoksunluğu, anaklittik depresyon, hastanede kalma sendromu, olarak adlandırılmıştır(Kılıçoğlu ve Erdoğan, 2015).

“Tepkisel Bağlanma Bozukluğu” biçiminde 1994'te DSM-IV'de yer almıştır. 5 yaşından önce başlayan ve hemen hemen sadece sağlıklı bir çocuk bakımına bağlı olarak gelişen karşılıklı ilişki kurmada ve diğer toplumsal etkinliklerde yaşına uygun olmayacak derecede önemli bozulmalar vardır.

ICD-10'da da “Çocukluk Çağı Tepkisel Bağlanma Bozukluğu” yer alır; çocuğun sosyal ilişki örüntülerindeki sürekli anormallik, güvensizlik vurgulanır (Alyanak,

2000).Erişkinlerde bu konuda çok az araştırma olmasına karşın klinik kullanımı yararlı görülmektedir DSM-5 ve ICD-11’de Tepkisel bağlanma bozukluğuşeklinde yer alır (Maercker ve ark. 2013; Keeley ve ark. 2016).

Bebeklik ya da erken çocukluk döneminin tepkisel bağlanma bozukluğunun temel özelliği, birden fazla ortamda ortaya çıkan sosyal ilişki uygunsuzluğudur. Bozukluk 5 yaşından önce ortaya çıkmaktadır ve önemli boyutta “patolojik çocuk bakımı” ile ilgilidir. Patolojik çocuk bakımı örüntüsünün sosoyal ilişki bozukluğuna neden olduğu düşünülmektedir. Çocuğun temel duygusal gereksinimleri bakım veren erişkinlerce sürekli olarak eksik karşılandığı, toplumsal olarak ihmal edildiği ya da yoksun bırakıldığı, kalıcı bağlanmayı olumsuz etkileyecek şekilde bakımından sorumlu kişilerin sürekli değişmesi veyahut seçici bağlanmaların oluşması için elverişli durumların olmaması, olağandışı ortamlarda büyütülme gibi durumlarda karşımıza çıkar (Halter, 2014). Bu çocukların, zorlandıkları durumlarda kendilerine bakım veren kişilerce rahatlatılma arayışları çok azdır ve çocuk rahatlatılmaya çok az tepki verir (Gürhan, 2016).

Tepkisel bağlanma bozukluğu olan çocuklar başkalarına karşı da çok az duygusal tepki gösterirler ve olumlu duygulanımları kısıtlı olabilir (Halter, 2014). Çocuk bakım veren kişilerle korkutucu olmayan etkileşimler

sırasında bile, açıklanamayan bir biçimde, çabuk kızma, üzülmeye ya da korkma dönemleri yaşayabilir (Gürhan, 2016). Tanının konulabilmesi için çocuğun gelişimsel yaşının en az 9 ay olması gerekmektedir (Halter, 2014; Gürhan, 2016). Ayrıca, bozukluk otizm kapsamındaki tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. Bozukluğun seyri açısından bir çocuk olumsuz çevrede yeterli yardım görmeden ne kadar uzun süre kalmışsa fiziksel ve duygusal hasar o kadar fazla olmakta ve buna paralel olarak da sonuçları kötüleşmektedir (Gürhan, 2016).

4.1.Epidemiyoloji

Tepkisel Bağlanma bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğu nadir görülmektedir. ABD’de bu sorunların oranı, 5 yaşın altındaki tüm çocukların %1’i olarak belirlenmiştir (Halter, 2014).

4.2.Etiyoloji

Tepkisel bağlanma bozukluğu ihmal ve olasılıkla fiziksel kötüye kullanımı da kapsayan kötü muamele ile ilişkilidir. Anne babada mental retardasyon olması ihmal olasılığını artırır. Kişisel yetiştirme sorunları, sosyal izolasyon veya sosyal ilişki zayıflığı, çocuk bakımı hakkında yeterli bilgilerinin olmaması ve erken yaşta çocuk sahibi olmak gibi durumlarda, anne babanın yeterli becerileri

olmadığından bebeğin gereksinimlerine yanıt verememekte ve bakımını sağlayamamaktadır (Gürhan,2016).

4.3.Klinik Tablo

TBB'de ana belirti çocuğun bir sosyal ilişkiyi başlatma daya da cevap vermede yetersiz kalmasıyla belirgindir. Sağlıklı çocuklar stres altında rahatlayabilmelerini sağlayan bağlandıkları kişileri ararken TBB'li çocuklar bu gibi durumlarda anormal cevaplar verirler. Hatta bir bakım veren tarafından rahatlatılma için imkân yaratıldığında bu çocuklar rahatlatılmaya cevap veremeyebilir veya rahatlatılmaya karşı direnebilirler. Bu tarz cevaplar aslında TBB'li çocukların karakteristik tutumu olup bu çocuklara özellikle kurumlarda kötü davranıldığına da işaret etmektedir.

TBB'li çocuklar ayrıca duygularını kontrol etmekte zorlanabilirler. Ağlama nöbetleri, rahatlatılmaya öfke ve agresyonla tepki verme, sürekli huzursuzluk, beklenen tepkileri vermekte güçlükte bu çocuklarda sık görülen belirtilerdir (Kılıçoğlu ve Erdoğan, 2015).

4.4.Tepkisel Bağlanma Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri
<p>A. Aşağıdakilerden her ikisi ile birlikte kendini gösteren, erişkin bakımverenlere karşı, kısıtlı, duygusal açıdan içine kapanık, sürekli bir davranış örüntüsü:</p>
1.ocuk zorlandığında, çok seyrek olarak ya da çok az rahatlatılma arayışında olur.
2. ocuk zorlandığında, rahatlatılmaya çok seyrek olarak ya da çok az tepki verir.
<p>B. Aşağıdakilerden en az ikisinin olmasıyla belirli süreklilik gösteren, toplumsal ve duygusal bir bozukluk:</p>
1.Başkalarına karşı çok az toplumsal ve duygusal tepki gösterme.
2.Olumlu duygu kısıtlılığı.
3.Erişkin bakımverenlerle, korkutucu olmayan etkileşimler sırasında bile, açıklanamayan bir biçimde çabuk kızma, zlme ya da korkma dönemlerinin olması.
<p>C. Aşağıdakilerden en az birinin olmasıyla belirli olmak üzere, ocuk uçlarda, yetersiz bir bakım görmüştür:</p>
1.Rahatlatılma, uyarım ve sevgi gösterme gibi temel duygusal gereksinimlerin, bakımveren erişkinlerce sürekli olarak eksik karşılandığı toplumsal olarak boşlama (ihmal) ya da yoksun bırakma tutumu.
2.Kalıcı bağlanmaların oluşması için elverişli durumları ileri derecede kısıtlar biçimde, birincil bakımverenlerde yineleyici değişiklikler olması (rn. evlatlık bakımlarında sık sık bir değişiklik olması).
3. Seçici bağlanmaların oluşması için elverişli durumları ileri derecede kısıtlar biçimde, olağandışı ortamlarda

büyütülme (örn.çocuk-bakımveren oranının yüksek olduğu kurumlarda).
D. C tanı ölçütündeki bakımdan, A tanı ölçütündeki bozuk davranışlardan sorumlu olduğu düşünülür (örn. A tanı ölçütündeki bozukluklar, C tanı ölçütünde sözü edilen yeterli bakım olmamasından sonra başlamıştır).
E. Otizm açılımı kapsamında bozukluk için tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.
F. Bu bozukluk beş yaşından önce açıkça ortaya çıkar.
G. Çocuğun gelişimsel yaşı en az dokuz aydır.
Varsa belirtiniz:
Sürekli: Bu bozukluk on iki aydan daha uzun süredir bulunmaktadır.
O sıradaki ağırlığını belirtiniz:
Çocuk, bu bozukluğun bütün belirtilerini gösteriyorsa ve her bir belirti oldukça yüksek düzeyde bulunuyorsa, tepkisel bağlanma bozukluğu ağır olarak belirtilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

4.5.Klinik Gidiş

Uzun yıllar izlem çalışmalarında bakım veren kalitesinin artırılması ile çocuklarda TBB'nin (kaygılı ve kaçınan bağlanma) belirgin düzelmeye gösterdiği görülmüştür (Kılıçoğlu ve Erdoğan, 2015).

4.6.Tedavi

Tepkisel bağlanma bozukluğunun tedavisinde ilk dikkat edilmesi gereken konu çocuğun güvenliğidir. Çocuğun

içinde bulunduğu duygusal ve fiziksel durum, beslenme durumu, fiziksel kötüye kullanımın veya tehlikenin olup olmadığına göre hastanede mi evde mi tedavi edilmesi gerektiğine karar verilir. Tedavide temel nokta çocuğa bakan kişi ile çocuk arasındaki ilişkiyi değiştirmeye çalışmaktır. Bunu sağlamak her iki ebeveyne (eğer mümkün değilse sadece anneye) yoğun bir eğitim verilmelidir. Ayrıca, ailenin psikosoyal destek hizmetleriyle desteklenmesi ve bunlardan yararlanması sağlanmalıdır. Psikosoyal destek hizmetlerine örnek olarak eve temizlik için birinin tutulması, yaşanan dairenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesi, ailenin kazancının yükseltilmesi ve izolasyonun hafifletilmesi verilebilir. Bireysel psikoterapi, pikotrop ilaç kullanımı ve aile ya da evlilik terapisini kapsayan psikoterapötik girişimler; anne-çocuk grupları, anne bablık becerilerini geliştiren eğitsel danışmanlık hizmetleri tedavide kullanılan diğer yaklaşımlardır (Gürhan, 2016).

4.7.Tepkisel bağlanma bozukluğu tedavisi için çalışma sonuçları

Budapeşte Erken Müdahale Projesi: Bucharest Early Intervention Project (BEIP) çocuk bakımevlerinde kalan çocukların korunması için koruyucu aileye alınmasını randomize ve kontrollü olarak değerlendiren ilk kapsamlı izlem çalışmasıdır. Bu çalışmada koruyucu aile

uygulamasının bağlanmanın sağlıklı gelişimi açısından etkili olduğu gösterilmiştir. Ailede büyüyen çocuklarda 42. haftada sağlıklı bağlanma oranı %65 olarak bulunurken, koruyucu aileye yerleştirilen çocuklarda bu oran %49 olarak saptanmıştır. Bakımevlerinde kalanlar çocuklarda bu oran %18 olarak belirgin farklılık göstermiştir. Aynı çalışmada bağlanma bozukluğu açısından bakımevindeki çocukların koruyucu aile ortamına alınması ile bu çocuklardaki kaçınan ve kaygılı bağlanma patterni ile seyreden TBB'nin anlamlı şekilde düzelmeye gösterdiği belirlenmiştir. Ancak ketlenmemiş bağlanma bozukluğu olan bakımevindeki çocukların koruyucu aile ortamına alınması ile çocuklardaki bağlanma patterninde düzelmeye oranları oldukça düşük bulunmuştur (Bos ve ark. 2011).

Dezorganize bağlanmanın olumsuz etkilerinin gösterilmesinden sonra erken müdahale ile düzeltme yöntemleri üzerine yoğunlaşmıştır. Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer dezorganize bağlanmayı önleme amaçlı yapılmış 10 çalışmada sunulan 15önleme girişimlerinin metaanalizini çalışmışlardır. Buanalizde depressif anneler, uluslararası evlat edilmiş bebekler, fiziksel veya davranış problemleri olan bebeklerin anneleri üzerinde yapılan randomize klinik araştırmalar incelenmiştir. Bu analizde bahsedilen

girişimlerin dezorganize bağlanma üzerine düzeltici etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ancak etkidüzeyi ile birçok faktörün etkileştiğini gösterilmiştir. Örneklem dikkate alındığında bebeğin 6 aydan büyük olduğu ve problemin ebeveynlerde değil de çocukta olması durumunda ailelere yapılan müdahalelerde etki düzeyinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Müdahale yöntemlerinden ise manualize yaklaşımlar ve annelik duyarlılığını arttırmaya yönelik girişimlerin sosyal destek ve maternal bağlanmayla ilgili representasyonlara kıyasla etki düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (Bakermans-Kranenburg ve ark. 2005).

Lyons-Ruth ve ark. birçoğu depressif ve düşük gelir grubundan olan ve ebeveynliklerindeki problemler nedeniyle çeşitli servislerden yönlendirilen annelere yapılan müdahaleler ile ilgili çalışmışlardır. Bu annelerin üçte biri çocuklara kötü müamelede bulunuyordu. Müdahale yönteminde 9-18 ay arası haftalık ev ziyaretleri ile yaklaşık 47 kez girişimsel görüşme teknikleri kullanılmıştır. Bu görüşmelerde destek servislerine ulaşma, daha yakın ve destekleyici ebeveynlik yöntemleri öğretilmesi ve ebeveyn desteğinin artırılması üzerinde çalışılmıştır. Müdahale sonucunda yüksek riskte olan bebeklerin girişim yapılmayanlarda %70'i, müdahale uygulanan bebeklerin ise %54'ünün dezorganize

bağlanma patterni gösterdiği tespit edilmiştir (Lyons-Ruth, 1990).

Egeland ve Erickson ebeveyn duyarlılığını arttırmak amaçlı STEEP (Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting) programının düşük gelir düzeyi olan, sosyal desteği olmayan riskli ebeveynlerdeki etkisini araştıran çalışmalarında ebeveynlerle bebek doğmadan önce başlayıp, bebeğin 1 yaşına kadar haftada iki kez bireysel seans ve bebek doğduktan sonrada grup seansları uygulanmıştır. 35 Seanslar sırasında ebeveynlerin desteklerinin artırılarak güçlendirilmesi, videoda kendilerini izleyerek, çocuklarından gelen sinyalleri, onların görüş açısını, ihtiyaçlarını anlamasının artırılması hedeflenmiştir. Bu programda da bağlanmanın sağlıklı olması üzerine etki etme düzeyinin düşük olduğu, müdahale grubundaki bebeklerin %41'inde, kontrol grubundaki bebeklerin ise %19'unda bağlanma bozukluğu olduğu gösterilmiştir (Egeland, 1993).

Cicchetti, Rogosch, veToth kötü muameleye maruz kalan bebeklerin ailelerinde bebek-ebeveyn psikoterapisi [infant-parent psychotherapy (IPP)] ve psikoeğitimsel ebeveynlik girişimi [psychoeducational parenting intervention (PPI)] isimli iki koruyucu girişim kullanarak bir randomize klinik çalışma yürütmüşlerdir. Bebek ebeveyn psikoterapisi seansları nondirektif olarak

yürütülmüş, terapist yapılandırılmış bir program ya da eğitim uygulamamıştır. Terapist ve anne bebeği birlikte gözlemiş, terapist annenin davranış ve duygularına empatik bir tepki vermiştir. Terapistler annenin kendi sağlıklı bağlanma deneyimlerine dayanarak bebeklerinin yanlış tasarımlamalarını anlamaları sağlayarak bir “doğrulanmış duygusal deneyim” “corrective emotional experience” yaşantılamalarını sağlamaya çalışmışlardır. Psikoegitimsel ebeveynlik girişimi ile yapılandırılmış bir program çerçevesinde ebeveynlere stres yönetimi, problem çözme ve sosyal destek sağlama konusunda eğitim uygulanmıştır. On iki aydan uzun süre bu iki müdahalenin sağlıklı ve desorganize bağlanma gelişiminin önlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (Cicchetti ve ark. 2006).

5.Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu

DSM-4 ve ICD-10’da tanı kriterleri bulunan tepkisel bağlanma bozukluğu (TBB), sosyal olarak ketlenmiş/geri çekilmiş ve sosyal olarak ketlenmemiş olarak alt iki tipe ayrılmıştı. DSM-5 ‘teki bu iki rahatsızlık tepkisel bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğu (STKB) olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bağlanma bozuklukları, çocuğun sosyal durumlarda ilişki kurma bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Gürhan, 2016).

5.1.Epidemiyoloji

Tepkisel Bağlanma bağlanma bozukluğu ve sınırsız toplumsal katılım bozukluğu nadir görülmektedir. Bu sorunların oranı, 5 yaşın altındaki tüm çocukların %1 'i olarak belirlenmiştir (Halter, 2014).

5.2.Etiyoloji

Her iki bozuklukta (TBB, STKB)'da aynı etiyolojik durum görülsede bu iki bozukluk birçok açıdan birbirinden farklılık göstermektedir. DSM-4, bu bozukluğun bebekliğin ve erken çocukluk döneminde temel fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasında yetersizlik ve uygunsuzluk sonucu oluştuğunu belirtir. Rahatlatılma, uyarım ve duygulanım gibi temel duygusal gereksinimlerin karşılanmasını engelleyecek, seçici ve kalıcı bağlanmaları engelleyen ortamlarda büyüme, sürekli bakıcının değişmesi, ihmal gibi ortamlar bozukluğa zemin hazırlamaktadır (Gürhan, 2016).

5.3.Klinik Tablo

STKB'li çocukların sosyal ilişkileri rastgele ve uygunsuz olup, bu çocuklarda uyarılmış ya da ambivalan davranışlar sık görülür. STKB'li çocuklar ise TBB'li çocukların aksine başkalarıyla iletişime geçmeye oldukça ilgili olmakla birlikte ilişkileri daha çok yüzeysel şekildedir, bakımverenleri tercih etmede seçicilik

göstermemektedirler. Tanımadıkları yabancılarla kolaylıkla iletişime geçmeye çalışır, yabancılardan ayrı kalmayı isyaprotesto ederler. STKB tanılı çocuklar sosyal kurallara uyum problemleri, rahatlama için bakımverene başvurmayıp, bakım verenlerinden kolaylıkla ayrılabilirler. Yabancılarda dahil olmak üzere herhangi birisinden stres altında rahatlatılmayı talep edebilirler. Gerek TBB’li gerek STKB’li çocukların dil gelişiminde gecikmeler olabileceği de bildirilmektedir ve bu durum uygun bir müdahale ile düzelebilmektedir (Kılıçoğlu ve Eroğlu, 2015).

Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu olan çocuklar, tanıdık olmayan erişkinlere yabancı olarak görmeden ve yargılamadan yaklaşır ve bu yaklaşım sırasında aşğıda belirtilen davranış örüntülerini sergilerler (Tanıda en az iki davranış sergilenmesi gerekmektedir):

- Tanıdık olmayan erişkinlere yaklaşırken ya da etkileşim sırasında suskunluk göstermez ya da az gösterir.
- Kültürel açıdan ya da yaşına uygun olmayan şekilde ileri derecede senli benli sözel ve bedensel davranış gösterir.
- Tanıdık olmadığı ortamlarda bir eylemde bulunurken bakıcısının varlığına dönüm bakmaz/yeterince bakmaz.

- Tanımadığı erişkinlerle duraksamadan (ya da çok az duraksar) çekip gider.

Çocuk bu davranışları yalnızca dürtüsellik nedeniyle yapmamalıdır ve tanı için çocuğun gelişimsel yaşının en az 9 ay olması gerekmektedir (Gürhan, 2016).

5.4.DSM-5 sınırsız toplumsal katılım bozukluğu tanı ölçütleri

5.4.DSM-5 sınırsız toplumsal katılım bozukluğu tanı ölçütleri

A. Çocuğun tanıdık olmayan erişkinlere etkin bir biçimde yaklaştığı ve etkileştiği (onları yabancılamadığı ve yadırgamadığı) ve aşağıdakilerden en az ikisini gösterdiği bir davranış örüntüsü:

1.Tanıdık olmayan erişkinlere yaklaşırken ve onlarla etkileşirken suskunluk göstermeme ya da çok az suskunluk gösterme.

2.İleri derecede senlibenli sözel ya da bedensel davranışlar (kültürel açıdan onaylanmayacak ve yaşına uygun toplumsal sınırlarla uyumlu olmayan).

3.Tanıdık olmayan ortamlarda bile, göze aldığı eylem için erişkin bakımverenin varlığına dönüp bakmama ya da yeterince bakmama.

4.Tanıdık olmayan bir erişkinle çekip gitme konusunda, hiç duraksamadan ya da çok az duraksayarak isteklilik

gösterme.

B. A tanı ölçütündeki davranışlar dürtüsellikle sınırlı değildir (dikkat eksikliği/aşırı hareket bozukluğunda olduğu gibi), ancak toplumsal olarak sınırsız davranışlardır.

C. Aşağıdakilerden en az birinin olmasıyla belirli olmak üzere çocuk uçlarda ve yetersiz bir bakım görmüştür:

1. Rahatlatılma, uyarım ve sevgi gösterme gibi temel duygusal gereksinimlerin, bakımveren erişkinlerce sürekli olarak eksik karşılandığı, toplumsal olarak boşlama (ihmal) ya da yoksun bırakma tutumu.

2. Kalıcı bağlanmanın oluşması için elverişli durumları ileri derecede kısıtlar biçimde, birincil bakımverenlerde yineleyici değişiklikler olması (örn. evlatlık bakımlarında sık sık bir değişiklik olması).

3. Seçici bağlanmaların oluşması için elverişli durumları ileri derecede kısıtlar biçimde, olağandışı ortamlarda büyütülme

(örn. çocuk- bakımveren oranının yüksek olduğu kurumlarda).

D.C tanı ölçütündeki bakımın, A tanı ölçütündeki bozuk davranışlardan sorumlu olduğu düşünülür (örn. A tanı ölçütündeki bozukluklar, C tanı ölçütünde sözü edilen sağlıklı olmayan bakımdan sonra

başlamıştır.).
E. Çocuğun gelişimsel yaşı en az dokuz aydır.
Varsa belirtiniz:
Sürekli: Bu bozukluk on iki aydan daha uzun süredir bulunmaktadır.
O sıradaki ağırlığını belirtiniz:
Çocuk, bu bozukluğun bütün belirtilerini gösteriyor ve her bir belirti oldukça yüksek düzeyde ise sınırsız toplumsal katılım bozukluğu ağır olarak belirtilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

5.5.Tedavi

Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu olan çocuklara yardım için bağlanma temelli tedavi ve ebeveyn yaklaşımını içeren birçok tedavi yöntemi geliştirilmiştir (Gürhan, 2016).

6.Akut Zorlanma (Stres) Bozukluğu

Akut Stres Bozukluğu DSM-III-R' de yokken DSM-4'te yer almıştır (Jones, Fitzpatrick, Rogers, 2012).Akut Zorlanma (Stres) Bozukluğu (ASB) ilk olarak DSM-IV'te (1994) ayrı bir başlık olarak yer almasının nedenleri şunlardır:

1)Travma sonrası kısa sürede majör bir psikopatolojik durumun ortaya çıktığı insanlarda sonradan kronik

morbidite gelişimi açısından yüksek oranda risk olduğunun görülmesi

2)Ciddi somatik yaşantılar sonrası, mağdurların kendilerine bakımını olumsuz yönde etkileyen dezorganize davranışların tedavisi için müdahale gerektirmesi

3)ICD-10'da Akut stres bozukluğuna benzer bir bozukluk tanımlanması (Güleç ve Köroğlu, 1997).

Akut stres bozukluğu, gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde, ölümlü, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olan kişide, örseleyici olaydan sonra başlayan ya da kötüleşen, istenç dışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan belirtilerle giden ruhsal bozukluktur (Köroğlu, 2015).

Bu bozukluk kişinin fizik bütünlüğüne yönelik bir olay yaşaması ve böyle bir olaya tanık olunmasına tepki olarak çıkar (Yüksel,2006). Akut Stres Bozukluğu, başka bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerde olağın dışı bedensel ya da ruhsal zorlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan geçici bir bozukluktur. Bu olağandışı ve zorlayıcı, insanı örseleyeceği durumlara ek olarak, kişinin ya da yakınlarının güvenliğini ve bedensel bütünlüğünü tehdit eden olaylar (örn. Doğal ya da insan kaynaklı felaket

ciddi kazalar, diğerlerinin şiddette maruz kalmasına, ölümüne şahit olma, saldırıya uğrama, tecavüz gb.) ya da bireyin içinde bulunduğu sosyal konum ve ilişkilerinde ani, tehdit edici değişiklikler (örneğin; Aileden birkaç kişinin ani kaybı, evinin yanması gb.) verilebilir. Bu durumlar hemen hemen herkeste sıkıntı, zorlanma ve şiddetli travma tepkisi oluşturmaya neden olacak durumlardır (Jones, Fitzpatrick, Rogers, 2012).

6.1.Epidemiyoloji

Akut zorlanma bozukluğunun sıklığı toplumdan topluma, bölgeden bölgeye, ülkeden ülkeye büyük değişiklikler gösterir ve bir sıklık oranı vermek zordur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).Başlarından travmatik bir olay geçmiş olanların %14-33'ünde ASB geliştiğine ilişkin veriler bulunmaktadır (Zincir-Bozkurt, 2015).

6.2.Etiyoloji

Önceki travma deneyimleri, psikiyatrik bozukluk veya depresyon öyküsü bulunmak ve genetik yatkınlık risk faktörüdür (Gürhan, 2016). ASB gelişiminde olası risk etmenleri kadın cinsiyet, Beck Depresyon Ölçeği'nden yüksek puan almak, kaçınan başa çıkma stili ve akut stresin ağırlığı olarak belirlenmiştir (Zincir-Bozkurt, 2015).

6.3.Klinik Tablo

Hasta ya çok sessiz, durgun ya da şaşkın, bazen de saldırgan bir devigenlik (ajitasyon) içinde olabilir. Büyük huzursuzluk belirtileri, çılıgınca devinimler gösterip bağıırıp çağırabilir, donakalmış gibi de görülebilir. Hastayla konuşmak, ilişki kurmak çok güç olabilir. Kendisi yatıştırmak isteyenlerin ayırımında değil gibidir. Bu durum kısa zamanda ortaya çıkan disosiyatif belirtilerin yoğunluğuna bağlıdır. Bu belirtiler kısa sürede yatışsa bile toplumdan çekilme daha uzun sürebilir.

Çoğu hastada ağır bunaltı ve panik bütün klinik görünümüne egemendir. Buna bağlı otonom sinir dizgesi uyarılması ile kalbin hızlı artması, terleme, yüz kızarması, bedende, kollarda, bacaklarda titremeler olabilir. Kimi hastalarda ağır öfke tepkileri görülebilir. Birçok hastada da ya böyle ağır bir bunaltı, öfkeli durumdan kısa bir süre sonra ya da hemen başlangıçta duygusal tepkilerde donukluk, duygu yitimi, kendini çok ötede, uzaklarda ve hiçbir şey hissetmiyormuş, dışardan gözlüyormuş gibi algılama (öze yabancılaşma, depersonalizasyon) olabilir. Kimi hastalarda çevrenin değişik algılanması türünden gerçekdışılaşma (derealizasyon) görülebilir. Başlangıçta bilinç bulanıklığına benzer bir şaşkınlık vardır. Dikkat dağınıklığı, uyanları algılamada zorluk, zaman, yer ve kişilere karşı yönelim bozukluğu dikkati çeker. Travmatik

olaya ve olayın çevresinde olup biten lere karşı tam ya da kısmi bellek yitimi (dissosiyatif amnezi) olabilir.

Hastanın bunaltı durumuna, öfke ve sinirliliğe göre düşünce akışı çok yavaşlamış ya da çok hızlanmış olabilir. Aşırı korku ve bunaltı içinde olan bu hastalarda sinirli, tedirgin devigenlik (ajitasyon) ya da donakalım gibi bir devinimsizlik görülebilir. Daha seyrek olarak çevreye saldırabilir, bağırıp çağırabilir. Fakat başlangıçta hareket artması olsa bile kısa sürede hasta durgunlaşır, çökkün bir görünüm ortaya çıkar, Korku ve bunaltıya bağlı olarak otonom sinir dizgesinde kamçılanma belirtileri görülür. Hasta sürekli bir uyarılış içinde olduğundan sık sık irkilme tepkileri görülebilir ve uyku bozukluğu olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

ASB'de ortaya çıkan klinik belirtiler belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olur. Ayrıca bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine/yakınlarına anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmekten alıkoyar. ASB olan kişilerin duygusal tepkileri sığlaşabilir, önceden zevk aldıkları etkinliklerden zevk almaz olurlar ve olağan yaşamlarını sürdürdükleri için genelde suçluluk duyabilirler. Travmatik olayla ilgili olarak kendilerini gereğinden fazla sorumlu tutabilirler. Sağlıklarına ve

güvenliklerine özen göstermeyebilirler. Dürtüsel davranışlar sergileyebilirler.

6.4.Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu arasındaki Farklar

ASB ile TSSB (Travma sonrası stres bozukluğu) arasındaki temel ayırım belirtilerin süresi ve ASB'nin travmaya karşı disosiyatif tepkiler üzerinde durmasıdır. ASB travma sonrası 2. günden 4. Haftaya kadar ortaya çıkan belirti kümesi için kullanılırken TSSB tanısı ancak 4. Haftadan sonra koyulabilmektedir (Zincir-Bozkurt, 2015).

6.5.DSM-5'e göre ASB tanı ölçütleri

DSM-IV'te A2 tanı ölçütü stresöre yoğun emosyonel tepki olarak verilmekte iken, DSM-5'te bu ölçüt 4 ayrı maddeyle genişletilmiştir. B tanı ölçütünde yer alan disosiyatif belirtilerden en az 3'ünün varolması gerektiği vurgusu kaldırılarak; “örseleyici (travmatik) olay (lar) dan sonra başlayan ya da kötüleşen istençdışı belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme (disosiyasyon), kaçınma ve uyarılmayı kapsayan beş belirti kümesinden 9 (ya da daha çok) belirtinin varlığı” şeklinde değiştirilmiştir. Diğer bir ifadeyle DSM-IV'teki C, D ve E tanı ölçütleri DSM-5'te yeniden düzenlenerek B tanı ölçütü altında birleştirilmiştir (Bryant ve ark. 2011).

DSM-IV-TR'ye göre ASB tanı ölçütleri
A1 Katastrofik stresöre maruziyet
A2 Stresöre yoğun emosyonel tepki
B Travmatik olayı yaşantılama sırasında veya sonrasında bireyde aşağıdaki 3 veya daha fazla disosiyatif belirti görülür:
1. Uyuşma, ayrılma duygusu veya emosyonel yanıtılığın yok olması
2. Etrafındakileri farketmede azalma
3. Derealizasyon
4. Depersonalizasyon
5. Disosiyatif amnezi
C Travmatik olay aşağıdakilerden en az biri yoluyla ısrarlı şekilde tekrar yaşantılanır: tekrarlayan hayaller, düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, flashback epizodları veya olayın tekrar yaşandığı hissi, travmatik olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığında yoğun sıkıntı duyma
D Travmayı yeniden ortaya çıkartan uyarılardan (düşünceler, hisler, konuşmalar, etkinlikler,yerler, insanlar) bariz kaçınma
E Belirgin düzeyde anksiyete veya artmış uyarılmışlık belirtileri (uyumada güçlük, irritabilite, zayıf konsantrasyon, hipervijilans, abartılı irkilme yanıtı, motor huzursuzluk)

F Bu bozukluk belirgin düzeyde sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açar.

G Bu bozukluk travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar, en az 2 gün sürer ve en fazla 4 hafta içinde sonlanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

6.5.DSM-5'e göre ASB tanı ölçütleri

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla) gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümler, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama

2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme)

3. Bir aile yakınının ya da bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Not: Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm- olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4.Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. İnsan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları)

Not: Böyle bir karşılaşma işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, TV, sinema veya görseller

aracılığıyla olmuş ise bu tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan ya da kötüleşen istençdışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan aşağıdaki herhangi 5 kümeden 9 ya da daha çok belirtinin varlığı:

İstençdışı gelen belirtiler

1.Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları. Not: Çocuklarda örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olayların birtakım yönlerinin dışavurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2.İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili yineleyici, sıkıntı veren düşler. Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3.Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiyasyon) tepkileri (örn. Geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.)

Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4.Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara tepki olarak yoğun ya da uzun

sürekli bir ruhsal sıkıntı yaşama ya da fizyolojiyi ilgilendiren belirgin tepkiler gösterme.
Olumsuz duygudurum
5.Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. Mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).
Çözülme (disosiyasyon) belirtileri
6.Kişinin çevresindekilerle ya da kendisiyle ilgili olarak değişmiş bir gerçeklik duygusu (örn. Kendisini başkasının görüngesinden görme, şaşkın bir durumda olma, zamanın yavaşlaması).
7.Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine (disosiyatif amnezi) bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir)
Kaçınma belirtileri
8.Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan uzak durma çabaları.
9.Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) uzak durma çabaları.
Uyarılma belirtileri

10.Uyku bozukluğu (örn. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

11.İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kıskırtma olmadan ya da çok az bir kıskırtma karşısında).

12.Her an tetikte olma.

13.Odaklanma güçlükleri.

14.Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

C. Bu bozukluğu (B tanı ölçütündeki belirtilerin) süresi, örselenmeyle karşılaştıktan sonra, üç günle bir ay arasında değişir. Not: Belirtiler örselenmeden hemen sonra başlar, ancak tanı ölçütlerini karşılaması için en az üç gün olmak üzere, en çok bir ay sürmüş olması gerekir.

D. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. İlaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Ağır olmayan çarpma ile beyin yaralanması) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve kısa psikoz bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

6.5.1.ASB tanısı için zaman aralığı

DSM-IV' te ASB tanısı travmatik olaydan sonraki 2 günile 4 haftalık zaman dilimi arasında konabilmekte idi. Travmatik olay ile belirtilerin başlangıcı arasında minimum 2 gün gecikme olması için yeterli kanıt yoktur. Bu süre ölçütünün, geçici stres tepkileri yaşantılayan (muhtemelen ileriki günlerde tamamen geçecek) birçok travma mağduruna 48 saat içinde ASB tanısı koyma endişesinden kaynaklandığı ve yanlış pozitif tanı olasılığını düşürmek amaçlı olduğu söylenebilir. DSM-5 için optimal zaman aralığı açısından rehberlik edebilecek çok az veri bulunmaktadır ve ASB için süre ölçütü “travmayla karşılaştıktan sonra 3 günle bir ay arasında değişir” şeklinde ifade edilmektedir.

6.6. Normal ve Patolojik Stres Yanıtları Arasındaki Ayırım

ASB tanısı için en önemli sorunlardan biri travmatik bir olaya verilen normal ve patolojik stres yanıtlarını işlevsel olarak ayırt etmektir. Akut travma sonrası stres tepkileri çok yaygındır ve bunların çoğunluğu kısa bir zaman aralığında yatıştır ve yok olur (Bryant ve ark. 2011).DSM-IV'te ASB ölçütleri dört kategoriye ayrılmaktadır (disosiyasyon, yeniden yaşantılama, kaçınma ve uyarılmışlık) ve ölçütü karşılamak için kişinin her

kategoriden belirtiler göstermesi gereklidir. Güncel verilere göre akut stres yanıtlarındaciddi bir heterojenite bulunmakta ve her birkategoriden belirti gözlenmesi, zaman ilerledikçe vedaha çok kronik TSSB geliştiğinde ortaya çıkma eğilimindedir (Sar, 2011). Çalışmaların çoğunda, yeniden yaşantılama belirtilerinin travma sonrasındaki ilk zamanlarda anksiyete yanıtlarının ayırıcı özelliği olduğunu gösteren önemli kanıtlar bulunmaktadır (Harvey ve ark. 2002). Travmanın ardından yeniden yaşantılama belirtileri arasında anılar, kabuslar, flashback'ler ve hatırlatıcı şeylere karşı psikolojik, somatik veya davranışsal tepkililik bulunmaktadır (Bryant ve ark. 2011).

6.7.ASB, Akut stres tepkileri ve uyum bozukluğu arasındaki ayrılan ve örtüşen kısımlar

DSM-IV'te ASB tanısının bir amacı da akut stres (AS) tepkilerini tanımlamaktı. Literatürde travmatik bir yaşantının ardından gelişen yanıtların aralığı oldukça geniştir ve travma sonrası anksiyete, duygudurum bozulmaları, uyku problemleri, agresyon, madde kötüye kullanımı ve birçok fiziksel ve psikolojik belirtileri kapsamaktadır. Yani, travma sonrası stres tepkilerine odaklanırken ASB tanısı çok geniş bir yelpazeyi içeren diğer birçok psikolojik tepkileri içine almamaktadır. Örneğin, travmatik bir kayıptan sonra olumsuz ruhsal

sonuçları olan uzamış yas gelişebilir ki bu durum henüz resmi bir psikiyatrik tanı değildir. Bu klinik durum genellikle kayıptan altı ay sonra belirlenmektedir. Çünkü bu süre zarfında kaybı olan bireylerin çoğu yeni yaşantısına uyum sağlamaktadır. Bu süreden önce, özellikle de kayıptan sonraki ilk ay içinde kaybı olan çoğu insan yoğun yas tepkilerinden muzdarip olmaktadır.

6.7.1.Akut stres tepkisi ve ASB arasındaki farklar

ICD-10 ve ICD-11 ise AS tepkilerinin ardından gelişecek psikopatolojinin bir öncülü olarak görmek yerine travmatik olaydan sonra aniden başlayan ve 2-3 günde çözülen geçici bir tepki olarak kavramsallaştırmaktadır (Maercker ve ark, 2013).

ICD 10'un tanımladığı AS tepkileri öncelikli olarak disosiyatif belirtileri (stupor, amnezi) ve anksiyete (taşikardi, terleme, kızarma) tepkilerini içermektedir. Bazı yorumculara göre bu geniş aralıklı tanımlama DSMIV'ün daha dar odaklı ölçütlerine kıyasla daha kullanışlıdır (Maercker ve ark, 2013; Isserlin ve ark, 2008; Saldatos ve ark, 2006). Bu yaklaşım akut zorlanma durumu için girişim yapılabilmesine izin vermekte ancak, ardından gelişebilecek bozukluğu tahmin etmeye çalışmamaktadır. Tanıma göre AS tepkisi ilk 48 saatte yani ASB başlamadan önce ortaya çıkmaktadır. ASB 48 saat ile 1 ay

arasındaki zaman periyodunu kapsamaktadır (Zincir-Bozkurt, 2015).

6.7.2.ASB ve uyum bozukluğu arasındaki farklar

Uyum Bozukluğu ASB'den birçok şekilde ayrılmaktadır.

- İlk olarak, ASB korku/anksiyete yanıtlarıyla kısıtlı iken, uyum bozukluğu depresyon, öfke, suçluluk gibi zorlayıcı yanıtların tüm formlarını kapsamaktadır (Bryant ve ark. 2011).
- İkinci olarak, uyum bozukluğu ardıl gelişen bozukluğun bir öngördürücüsü olmasına rağmen, bu tanı esas olarak o andaki bozulmayı tariflemekte ve daha sonra bozulma gösterecek insanları tanımlama gibi açık bir amaç taşımamaktadır (Soldatos ve ark, 2006).
- Üçüncü olarak, ASB tanısı olaydan sonra 2 günden 1 aya kadar konulabilmesine rağmen, uyum bozukluğu olaydan hemen sonra tanılanabilmektedir. Bu da kötü bir olay sonrasında çeşitli psikolojik sıkıntılar yaşayan kişilere klinisyenin resmi olarak ruh sağlığı bakımı verilebilmesine olanak sağlamaktadır (Bryant ve ark, 2011).
- ASB travmanın akut fazında ortaya çıkan uyum zorluklarının spesifik bir formu gibi tariflendiğinden erken tedavi girişimlerine izin vermektedir.

DSM-5 için Uyum bozukluğunun yeni bir ASB/TSSB alttipi önerilmiştir. Bu alttip diğer uyum bozukluğu alttiplerinden daha spesifiktir ve birçok travmasonrası ASB veya TSSB belirtileri göstermesine rağmen ASB/TSSB tanı ölçütlerini karşılamayan kişiler için bir subsendromal tanı seçeneği sunmaktadır (Bozkurt-Zincir, 2015).

6.8.Klinik Gidişat

ASB bir-iki günden 3-4 haftaya dek sürebilir, fakat büyük çoğunluk 3-4 gün içinde düzelir (Gürhan, 2016). DSM-5' te en az üç gün sürme ölçütü vurgulamakta fakat ICD-10 dagenellikle 24-48 saat içinde düzelmeye belirtir. Dört haftadan daha uzun süren olgularda tanıyı gözden geçirmek, travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın bunaltı, panik, çökkünlük bozuklukları başta olmak üzere başka tür ruhsal bozuklukları düşünmek gerekir. Trafik kazalarından sonra ortaya çıkan akut zorlanma bozukluğu olan hastaların %80'inde örselenme sonrası zorlanma bozukluğu geliştiği bildirilmiştir.

6.9.Tedavi

Bu bozukluk genellikle 2-3 gün içerisinde düzeldiğinden özel bir sağıaltım gerekemeyebilir. Bu gibi durumlarda ile yakınları, arkadaşlar, gönüllü yardımcılarının yakın ilgisi kişinin düzelmesinde etkili olur.

Bunaltıya ve uyku bozukluğuna karşı; bunaltı giderici diazepam (Diazem, Diapam, 5-10 mg/gün), alprazolam (Xanax, 0,5-2 mg/gün), klonazepam (Rivotril (antiepileptik), 0.5-2 mg/gün) gibi ilaçlar genellikle yeterli olur. Çok hareketli ve saldırgan durumlarda antipsikotik gerekebilir.

Çoğu olguda örseleyeci durumun sona ermesi ya da durumdan uzaklaşma ile belirtiler yatıştır. Ölümler, ağır sakatlıklar olmuşsa, hastanın yakınları önemli destek sağlar ve akut zorlanma bozukluğu yerini doğal yas sürecine bırakır. Bozukluk 3-4 haftadan uzun sürerse travma sonrası stres bozukluğu ya da depresyona yönelik sağaltıma geçilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

6.10.Örnek Vaka ve Hemşirelik

ÖRNEK VAKA

22 yaşındaki bir üniversite öğrencisi olan Olivia, bir aile tanıdığı tarafından cinsel tacize maruz kaldı. Bir arkadaşı tarafından acil servise getirildikten sonra, "sanki bir boşluktaymış gibi" saldırı sırasında vücudundan kopmuş hissi ve çevreden haberdar olmamayı anlatıyor. Neredeyse hiç etkilenmiyor (yani, ağlamak ya da endişeli, öfkeli veya üzgün görünmek). Olivia, sorulara konsantre olmakta zorlanıyor. Bir hafta sonra, Olivia hala ruhunun bedeninden ayrılmış gibi hissediyor; Uyku güçlüğü,

konsantr olmama ve herhangi birinin kendisine dokunmasından korkma şikâyetlerinin olduğunu ifade ediyor. (Halter, 2014).

6.10.1.Hemşirenin Akut Stres Bozukluğu olan bir hastaya bakma rolü

- Öncelikle birey ile terapötik bir ilişki kurmak,
- Bireyin problem çözmesine yardımcı olmak,
- Bireyi aile ve arkadaşlar gibi sosyal desteklere bağlamak,
- ASB hakkında eğitim vermek,
- Başkalarıyla işbirliği yoluyla bakım koordinasyonunu sağlamak,
- Güvenliği sağlama ve sürdürme,
- Tedaviye yanıtı ve/veya prognozu izleme

6.10.2.İleri Uygulamalı Müdahaleler

Bilişsel-davranışçı terapi (CBT), ASB hastalarında sonraki TSSB gelişimini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. ASB için umut vadeden yeni tedaviler arasında EMDR için özel protokoller; Son Kritik Olaylar için EMDR Protokolü (EMDR-PRECI), Son Olay Protokolü ve Son Dönem Travmatik Episode Protokolü (R-TEP) (Halter,2014).

7.Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Tanım

TSSB, kişinin aşırı travmatik bir stresörle karşılaşmasından ya da duymasından sonra, olayların kişiye sıkıntı veren birbiçimde yeniden yaşanması, kaçınma davranışı gösterme, duygulanımda küntlük ile birlikte otonomik, disforik ve bilişsel bulguların değişik derecelerde bulunması ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (Stuart, 2013).

7.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tarihçesi

Yaşanan travmatik olaya yanıt olarak bozukluğun ilk tanımlanması daha çok savaş sonrası, savaşa bağlı olarak geliştiği düşünölen belirtilerin askerlerde görölmesi ile 19. yüzyılda olmuştur.

- Jacob DaCosta 1871'de "İrritabl Kalp Üzerine" isimli yazısında; Amerika iç savaşlarında savaşan askerlerde çarpıntı ve göğüs ağrısı belirtileriyle giden "Savaş Stres Reaksiyonu'nu" tanımlamıştır. Sonrasında bu duruma "Asker Kalbi" ya da "DaCosta" sendromu denmiştir.
- Prof. Octave Laurent 1914 yılında Türk-Bulgar Savaşı sonrasında "Commotio Cerebrospinale" terimi ile savaş stres reaksiyonuna benzer bir tabloyu tanımlamıştır. Savaş sonrasında ilk kez

askerlerde ortaya çıkan belirtilerin bu şekilde tanımlanmasının ardından başka travmatik olaylarla ilgili olarak birtakım belirtiler tanımlanmıştır.

- Edward Stierlin 1908'de Messina depremini yaşayanların %25'inde travmatik temalı kabusların ve uyku bozukluğunun olduğunu, böyle yaşantıların merkezi sinir sisteminde direnci düşürdüğünü ve travmatik nevroz oluştuğunu bildirmiştir.
- 1914'de Hesnard Fransa'da 1907 ve 1909'da iki gemi patlaması sonrası ortaya çıkan belirtileri tanımlamaya çalışmıştır.
- 1941'de ünlü "Coconut Grove" gece kulübü yangını sonrasında ortaya çıkan semptomlar 1. ve 2. Dünya savaşları sonrasında ortaya çıkan semptomlarda dikkate alınarak yaşanan travmatik olaya bağlanarak akıl hastalığı olarak kabul edilmiştir.
- Abraham Kardiner travmatik olaya fizyolojik ve psikolojik yanıtları bir tanı altında toplayarak bu tablolara "fizyonevroz" adını vermiştir. Bu tanımlama travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) biyopsiko-sosyal yönden tanımlanmasında temel oluşturmuş. TSSB tanımını DSM ölçütlerine

çok yakın olarak yapmıştır. "Travmanın doğası, tekrarlama, duygusal donukluk ve aşırı uyarılmışlık" onun tanımladığı terimlerdir.

- 1945'de Grinker ve Spiegel çalışmalarında, normal yanıtlardan nörotik olanları ayırmıştır. Nörotik olan yanıtın "egoda daha fazla regresyon" içerdiğini ve uzamış bozuklukları belirlediğini göstermişlerdir.
- Afet tipi travmalara psikolojik yanıtlarla ilgili diğer bir çalışma Tyhurst tarafından, Kanada'da 1957'de yapılmıştır. Yaşanan iki büyük yangın afetini değerlendirerek mağdurların davranışlarını dört grupta değerlendirmiştir. Mağdurların %5-12'si bilinç durumunu koruyarak durumu gereğince değerlendirebilmişler ve uygulayabilmiştir. %75kadarı normal reaksiyon olarak tanımlanabilecek, dikkat sahasında daralma, otonom refleks ve davranış göstermiştir. %10-25'i konfüzyon, paralizi, hareketetmeme, ağlama ya da bağırma gibi uygun olmayan yanıtlar vermiştir, %1-2'si psikotik reaksiyon göstermiştir.
- Selye, 1956'da Genel Uyum Sendromu olarak organizmanın strese verdiği yanıtları üç dönemde tanımlamıştır. Bu dönemler;
1.Alarm tepkisi; organizmanın dengesini bozan bir uyararla ilk karşılaştığında verdiği tepki şok ya da alarm tepkisidir. Tüm savunmalar harekete

geçirilir uyaran şiddeti çok fazla ise organizma ölebilir.

2.Direnç dönemi yaşayanlarda alarm dönemini direnç dönemi izler, organizmanın olay öncesi döneme dönme çabalarının olduğu dönemdir.

3.Tükenme dönemi ve hastalık; eğer stresör uzun süreli ve yoğunsa ve bilişsel yöntemlerle çözülemiyorsa geri çekilme ve bitkinlik takip eder. Bazı çalışmalarda ise bu dönemin hayvanlarda ölümle sonuçlanabileceği bildirilmiştir. Uyum enerjisi sonsuz değildir.

- Bütün bu çalışma ve tanımlamaların bir sonucu olarak, travma sonrasında yaşanan belirtiler DSM-I (1952)'de "Gross Stres Reaksiyon" (tahammül edilemez stres reaksiyonları) olarak adlandırılmış, 2. Dünya Savaşı sonrasında oluşan travmatik tepkileri esas almıştır. Sivil ve askeri alt tipleri olduğu belirtilmiştir. Bu bozukluğun hiçbir kronik formuna yer verilmemiştir. Belirtiler yok olmadığı zaman bu devamlılık daha önceden varolan bir bozukluğa bağlanmamıştır.
- DSM-II'de ise (1968) travmaya karşı gelişen tepkiler erişkin yaşamda uyum bozukluğu olarak tanımlanarak "Transient Situational Disturbance" (geçici ruhsal bozukluk) olarak adlandırılmıştır.

- İlk tanımlamalar sonrasında süren savaşlar ve ençok da Vietnam Savaşı sonrası psikolojik etkilerin incelenmesi ile ilgili çalışmaların ve sivil afetler sonrası çalışmaların bir sonucu olarak DSM III'de Travma SonrasıStres Bozukluğu ilk kez anksiyete bozuklukları içinde yer alarak başlıca 5 kriter tanımlanmıştır. Bunlar;
 1. Travmatik yaşantı pek çok insanda stres yaratabilecek şiddette olmalı
 2. En az bir belirti travmanın yeniden başlaması ile ilgili olmalı
 3. İki ya da daha çok belirti duyarsızlık ve belirtilerde azalma ile ilgili olmalı
 4. En az bir ek belirti kümesi bulunmalı
 5. Belirtilerin belirli bir sürekliliği olmalı
- 1987'de, DSM IIIR'de altı ilave belirti tanımlanmıştır. Bu belirtiler; psikojenik amnezi, travma ile ilgili düşüncelerden kaçınma, travma ile ilgili duygulardan kaçınma, geleceğin yok olduğu duygusu, irritabilite, öfkedir. DSM IIIR'de travmatik olayın insanın yaşadığı sıradan olaylardan farklı şiddette olması gerektiği belirtilmiş, ayrıca kaçınma belirtilerinin varlığı vurgulanmıştır.

- Zamanla yaşanan travmatik olaylarla ilgili çalışmaların artması, kitlesel savaşların sona ermesi ile farklı tiplerde travmatik olayların da araştırılması sonucu DSM IV'te travmatik olayın tanımlanmasına ilişkin değişiklikler yer almıştır. Olayın kendisi ve travmaya duygusal cevap ayrılmıştır. DSM IIR'deki belirtilere ilave olarak travmatik durumlarda fizyolojik bir aşırı tepki mevcuttur. Ayrıca DSM IV'de TSSB tanımlanmasında yaşamı tehdit eden ağır hastalık, fiziksel olmayan saldırılar, uygun olmayan cinsel deneyimler, çocuklarda ebeveynlerin ölümü gibi stresörlere de yer verilmiştir (Hacıoğiu ve ark, 2002).
- 1994 yılında yayınlanan DSM IV'de, bulguların zaman içerisindeki süregenliğide vurgulanarak, Akut PTSSB, Kronik PTSSB ve Gecikmeli Başlangıçlı PTSSB alt gruplarında tanımlanmış, ayrıca “Akut Stres Bozukluğu” başka bir tanı kategorisi olarak yer almıştır (Şuer, 2005). TSSB'nin ilk 3 aylık dönemine akut daha sonrasında ise kronik TSSB denilmiş, belirtilerin en az altı ay sonra başlaması durumunda ise geç başlangıçlı TSSB tanımı kullanılmıştır.

- DSM-5'te (2013) TSSB, gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma, başkalarının başına gelen travmatik olayları doğrudan doğruya görme ya da öğrenme sonrası ortaya çıkabilen, özgül belirtilerle kendini gösteren ve her yaşta görülebilen klinik bir tablo olarak tanımlanmıştır.
- DSM-5'te travmanın öznel bileşenlerine (korku, çaresizlik, dehşet hisleri) yer verilmemiştir. DSM-IV'te tanımlanan akut ve kronik ayrımı da DSM-5'te yer almamıştır. Bunun yanında uzun süredir belirti bağlamında tartışılan ve travmanın temel bileşenlerinden biri olarak görülen disosiasyona yer verilmiş disosiyatif alt tip isminde yeni bir tanımlama yapılmıştır. Ayrıca altı yaş öncesi başlayan TSSB olguları için ilk kez okul öncesi alt tip tanımlanmıştır(Özdemir, 2015).

7.2.Epidemiyoloji

Seçici örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun toplumda görülme sıklığı, toplumdaki stresörlerin sıklığı ile doğru orantılıdır (Gürhan, 2016). Ayrıca görülme sıklığı, travmanın türü ve niteliğine bağlı olarak değişiklik gösterir (Yüksel, 2006). TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1-12.3 arasındadır(Doğan,2011). NCS

çalışmasında TSSB 'nin yaşam boyu yaygınlığı %7,8 oranında bulunmuştur (Kessler ve ark, 1995). Çatışmaların etkisini değerlendiren bir çalışmada, Türkiye'de çatışmalı bölgelerde yaşayan 708 kişide yaşam boyu TSSB'nin yaygınlığı %34.9 oranında bulunmuştur(Yasan ve ark, 2008). Türkiye'de 1999 Marmara Depremi'ni yaşayan 464 erişkin 1-3, 6-10, 18-20 ay sonra değerlendirilmiş ve TSSB'nin inokta yaygınlığı sırayla %30.2, %26.9, %10.6 oranında bulunmuştur (Karamustafalıoğlu ve ark, 2006). 17 Ağustos depreminden sonra TSSB toplum taramalarında %20, çadırlarda yaşayanlarda %47, sağıltım için başvuranlarda ise %63 olarak saptanmıştır (Kiliç ve ark, 2003). TSSB her yaşta gelişebilir, fakat en sık genç erişkinlerde görülür. Bunun nedeni bu yaş grubunun örseleyici zorlanmalarla karşılaşma olasılığının daha yüksek olmasıdır. Kadınlarda TSSB gelişme riski erkeklerden iki kat daha fazladır. Meslek grupları olarak itfaiyeciler, askerler, polisler, acil servis çalışanları TSSB açısından risk altındadır (Javidi ve Yadollahie, 2012). Bekar dul ya da boşanmış olmak, düşük eğitim düzeyi, ruhsal hastalık ve olumsuz yaşam olayları öyküsü TSSB gelişmesinde rol oynayan risk etkenleri arasındadır. Ayrıca travmanın nesnel ya da algılanan şiddeti, travmaye bağlı yitimler, travma sonrası olumsuz yaşam olayları,

sosyal destek azlığı ve hatalı baş etme yöntemleri de TSSB risk etkenleri arasında sayılabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Örselenme sonrası zorlanma bozukluğunun sıklığı toplumdan topluma, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye, hatta mevsimden mevsime büyük değişiklikler gösterdiğinden genellikle sıklık ve yaygınlık yüzdeleri vermek çok zordur. Ancak felaketlerle karşılaşan insanların %30-40'ında TSSB geliştiği bilinmektedir (Javidi ve Yadollahie, 2012).

7.3.Etiyoloji

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısını koymak için “travmatik olay”gerekli koşuldur, ancak travmatik olayın varlığı TSSB gelişmesi için yeterli değildir (Kavakcı,2015). TSSB'nin etiyolojisini tanımlamak kolay değildir. Çoğu araştırmacı TSSB'nin bir tek olaydan kaynaklanan bir bozukluk olmaktan çok, birçok etkenin karşılıklı etkileşimlerinin sonucu gelişen bir son durum olduğu konusunda görüşbirliğine sahiptir.

7.3.1.Travmatik stresörün ciddiyeti ve süresi

TSSB ile travmatik stresin büyüklüğü arasında birdoz yanıt ilişkisi olabilir. Daha yüksek zarara uğrama yada tehdede maruz kalmanın ardından daha olasılıkla TSSB gelişebilir. Buna rağmen “travmatik deneyimin süresive ciddiyeti arttıkça TSSB olur” demek kolay değildir.

Ayrıca hangi tür travmaların daha büyük olduğunu belirlemek de kolay değildir. Kişi için yaşamını tehdit ediyor olması, fiziksel yaralanmanın büyüklüğü ya da etkilenen kişideki tahribatın büyüklüğü olarak tanımlanabilir (Özer ve ark., 2003).Korku ya da teröre (dehşete) kurbanın öznel yanıtı, ya da disosiyasyon varlığı TSSB için risk etkenleri olabilir (Brewin ve ark., 2000).

Travmatik olay ile TSSB gelişmesi arasında daha olasılıkla risk yaratan etkenler şöyle özetlenebilir:

- Bir başka kişi ya da grup tarafından kasıtlı fiziksel ya da cinsel şiddet gerçekleştirilmesi. (Ev içi şiddet, savaş ya da toplumsal şiddet, terörist atak, ya da işkence)
- Bireyin güvenliğini ya da haklarını korumaktan sorumlu kişi ya da organizasyonlar tarafından aldatılma/ ihanete uğraması (ör: bakıcı ya da din adamı tarafından fiziksel ya da cinsel istismar).
- Kurbanın bedenine şiddet, ya da canına ya da evine aşırı şiddet ya da tahribat (ör. Savaş vahşeti, tecavüz ya da bir felakette evin ve toplumun tahribatı)
- Bireyin kendisine saygısını ve direncini tahripeden baskı (ör fiziksel ve emosyonel suiistimalin birlikte uygulanması, ev içi şiddet ya da işkence)

- İnsan temasından ve sosyal iletişiminden uzunsüre tam bir izolasyon (ör savaş tutsaklarının yalnız hapsedilmesi, kaçırılma kurbanları ya da suiistimal edilmiş çocuklar)
- Travmatik stresöre uzun süre ve sayısız defa tekrarlayan maruz kalma, ya da yakın tehdit ile yüzleşmedeki belirsizlik (ör kronik suiistimal, şiddet ya da erken ölüm ya da şiddet gösteren bir aile bireyi ile beraber yaşamak, savaş bölgesi ya da felaket bölgesinde yaşamak)

Tüm bu olayların ortak paydaları şunlardır:

- Kişinin kendisinin ölüm ya da fiziksel bütünlüğünün tehdidi ile karşı karşıya kalması,
- Tehdidin gerçek ve yakın oluşu,
- Yaşanan şiddetin neden olduğu yoğun korku ve dehşet duyumu,
- Olayın ani ve kontrol edilemez oluşu,
- Kişiye tedbir almak, korunmak ya da savunmak, akılcı davranmak için fırsat tanımaması

Bu tür olaylar sonucunda da, kişiler korkmuş, çaresiz, utanmış hissederler, olay ve sonuçlarınönleme ve yönetme konusunda çaresiz ve güçsüz oldukları bilişleri gelişir, bu da TSSB gelişmesini kolaylaştırır (Kavakcı, 2015).

7.3.2.Travma öncesi var olan psikiyatrik bozukluklar

Psikiyatrik bozukluğu olan insanlar, psikiyatrik sorunları olmayanlardan daha fazla travmatik stresöre maruz kalma öyküsü ve TSSB bildirirler (Kavakcı, 2015).İmmün sistemi etkileyen bir bozuklukta başka bir hastalığın ya da enfeksiyonun kolayca gelişebilmesi gibi, bir psikiyatrik bozukluk varlığında TSSB'nin daha kolay gelişebilmesi olasıdır. Daha önceden var olan psikiyatrik bozukluklar bir yatkınlık yaratarak travmatik bir yaşantıdan sonra TSSB oluşumunu artırır. Bir travmatik stresöre maruz kaldıktan sonra major depresyonun TSSB'nin en büyüköngörücüsü olduğu, Majör depresyonun TSSB gelişmeriskini 23 kattan fazla arttırdığı bildirilmiştir (Perkonigg ve ark.,2000). Özellikle çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve olumsuzluklarıhem TSSB hem de diğer psikiyatrik bozukluklar için yatkınlık yaratabilir. Çalışmalar, önceden var olan psikiyatrik hastalıkların kendiliğinden değil, psikiyatrik bozuklukların altında yatan beyin yapısında ya da işlevlerinde oluşan değişmelerin sonucunda, TSSB'nin etiyojisine katkıda bulunabildiği ileri sürmektedir. Dışsallaştırıcı bozuklukların, özellikle karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi durumlar, travmatik deneyim yaşama olasılığını arttırarak TSSB gelişmesi için riski artırabilirler (Kavakcı, 2015).

7.3.3.Sosyal destek

Travmatik deneyim sonrasında sosyal desteğin yokluğu, Brewin ve ark.nın değerlendirmesinde TSSB gelişmesi için en kuvvetli öngörücü olarak saptanırken (Brewin ve ark., 2000). Ozer ve ark. kuvvetli öngörücü olarak bulmuştur (Özer ve ark., 2003). TSSB gelişmişse, emosyonel ve somut desteğin iyileşme üzerinde etkili olduğu da bulunmuştur (Kavakcı, 2015).

7.3.4.TSSB ve Cinsiyet

Sayısız çalışma TSSB yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre belirgin olarak daha fazla olduğunu bildirmiştir. Yaygın olarak kadınların TSSB gelişmesine daha yatkın olduğu kabul edilir (Breslau, 2002a, 2002b, Brewin ve ark. 2000). Ancak yakın meta-analizler travmanın tipi değerlendirildiğinde, bu inancın çok da doğru olmayabileceğini ileri sürmektedir (Yehuda, 2002). Kadınların erkeklere göre belirgin olarak daha fazla yaşamı tehdit eden, ölümlle sonuçlanabilecek ya da sonu tecavüzle bitecek türde travmalara maruz kalması, kadınların belirgin olarak daha fazla insan eliyle gerçekleştirilen travmaları deneyimlemesi ve bir travmatik yaşantıdan sonra kadınların psikiyatrik belirtilerini daha fazla ifade ediyor olmaları kadınlarda TSSB oranlarının daha fazla görülmesinin nedeni olabilir. Bu durumun kanıtları benzer şekilde savaş travması

yaşayan gruplarda ya da polis örneklerinde kadın ve erkelerde yakın oranlarda TSSB bildiren çalışmalardan gelmektedir (Zoladz ve Diamond, 2013).

7.3.5.TSBB ve Genetik

TSSB için yatkınlık yaratan tek bir gen bulunamamıştır, araştırmacılar bu nedenle genetik, epigenetik ve çevre ilişkilerine yönelmiştir. Glukokortikoid ile ilişkili proteinleri kodlayan genlerde tek nükleotid polimorfizmi [örn, FK506-bağlayan protein (FKPB5)], katekolaminerjik proteinler [örn., nöropeptid Y (NPY), dopamin betahidroksilaz (DBH), katekol-O-metil transferaz (COMT), dopamin reseptör D2 (DRD2), dopamin transporter (DAT)], serotonerjik proteinler [örn, serotonin transporter (SLC6A4), serotonin 2A reseptör (5-HTR2A)] ve diğer plastisite ile ilişkili proteinler [örn, gamma-aminobutirikasit reseptör alfa 2 (GABARA2), G-protein düzenleyicisi galing 2 (RGS2), beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF)] TSSB gelişmesi için daha büyük olasılıkla bağlantılı bulunmuştur (Kavakcı, 2015).

7.3.6.Travma Zamanı Kalp Hızı

Travmaya anormal büyük sempatik yanıt travmatik belleğin oluşmasını kuvvetlendirerek TSSB'nin gelişmesi olasılığını artırabilir. Özellikle, travma anında aşırı adrenerjik aktivite, yaşanan dehşetin büyüklüğü ile

ilişkilidir, travmatik anının yoğunlaşmasını arttırır ve daha fazla girici (intrusive) anıların oluşumu ve daha fazla yetiyitimi ile ilişkilidir. Travmatik olay sırasında daha büyükpanik benzeri tepkiler (terleme, titreme, kalp atımında hızlanma, ölüm korkusu, emosyonel kontrolün kaybı korkusu, depersonalizasyon ve derealizasyon) daha büyük adrenerjik aktivasyon ile ilişkilidir ve sonuçta daha büyük korku koşullanması, anıda yoğunlaşma ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin kalıcılığı ile ilişkilidir (Marmar ve ark., 2006).

7.3.7.Travma zamanı kortizol düzeyleri

Akut strese tepki olarak kortizol düzeyleri yükselir.TSSB tanısı olan bireylerde ise travmatik olaydan hemensonra anormal düşük kortizol seviyeleri saptanmıştır.Travmaya körelmiş adrenal kortikosteroid yanıtınınTSSB gelişmesi için katkıda bulunabileceği, daha öncekitravmaların, bireyin gelecek stresörlere fizyolojik yanıtını değiştirebileceği ileri sürülmüştür (Resnick ve ark., 1995). Travmatikolayla bağlantılı daha düşük kortizol düzeyleri, yükselmiş adrenalin, noradrenalin düzeyleri ile bağlantılıdır, akut stres yanıtının uzun süreli TSSB'ye ilerlemesine neden olabilir. Travma zamanı kortizol düşüklüğünün TSSB'nin riskini arttırdığı bulgusunu tekrarlamayan daçalışmalar vardır. Kişinin yaşı, cinsiyeti ve öncekitravma öyküsü, eştanılar ve yöntemsel sorunlar

travmazamanı kortizol düzeylerine ait sonuçları değiştirmektedir (Zoladz ve Diamond, 2013).

7.3.8.Travma zamanı dissosiasyon

Travmatik yaşantı sırasında bir dissosiasyon TSSB gelişmesi olasılığını arttır (Kavakcı, 2015).

7.3.9.Sempatik sinir sistemi

TSSB hastalarında yükselmiş Noradrenalin ve Adrenalin düzeyleri gösterilmiş. TSSB hastalarında, noradrenerjik sistemin duyarlılığının arttığı, azalmış alfa 2 adrenerjik reseptör ve azalmış plazma NPY düzeyleri varlığı ile gösterilmiştir.

7.3.10.Amigdala yapısı ve işlevinde bozukluk

TSSB’de amigdala aktivitesinin ve büyüklüğünün artışının tutarlı kanıtları vardır. TSSB’de travmatik senaryolar karşısında ve travma ile bağlantılı olmayan korkutucu senaryolar karşısında amigdalanın aşırı tepkisel olduğu gösterilmiştir. Korku koşullanması sırasında amigdala aktivitesinde artışın da tutarlı kanıtları vardır. Aşırı aktif bir amigdala TSSB için bir risk etkeni olabilir, travmatik deneyimler sonucu da gelişmiş olabilir. Bu konu aydınlatılmayı beklemektedir

7.3.11.Prefrontal korteks yapısı ve işlevinde bozukluk

TSSB’de, Prefrontal korteksin (PFK) boyutu ve işlevlerinde azalma olduğu gösterilmiştir. TSSB’li bireyler, yönetici işlevler, koşullanmış korkunun sönmesi, işlemsel bellek gibi PFK ile ilişkili bilişlerde yetersizlik gösterirler. PFK işlevlerinde azalma travmatik deneyimler ya da TSSB sonucu olabileceği gibi, travma öncesinde var olan TSSB için bir risk etkeni olabileceği de öne sürülmüştür.

7.3.12.Hipokampus hacminin küçüklüğü

TSSB’da hipokampus hacminde azalma olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (Zoladz ve Diamond, 2013). Bir yakın gözden geçirmede, travma deneyimi olanlarda hipokampus hacminin azalmış olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte daha küçük hipokampus hacmine sahip olmanın TSSB için bir risk etkeni olabileceğinin kanıtları da bulunmaktadır. Alkol kullanımı ve majör depresif bozukluk gibi hipokampus atrofi yapan nedenler dışlandıktan sonra bile, TSSB’de daha küçük hipokampus hacminin varlığı tutarlı olarak gösterilmiştir. Hayvan çalışmaları hipokampus hacmi ve anksiyete arasında bir negatif ilişki bildirmiştir ve muhtemelen küçülmüş hipokampus hacmi bireyin bir durumun/ ortamın güvenli olup olmadığını ayırt etmesi yeteneğini bozabilir ve birey daha fazla travmaya maruz kalabilir. Daha küçük

hipokampüs hacmi, daha düşük IQ ile ilişkili olabilir. Bu da daha az etkili başa çıkma becerilerine yol açar ve TSSB için duyarlılık nedeni olabilir. Sonuç olarak, daha küçük hipokampal hacim TSSB'nin hem sonucu hem de risk etkenlerinden biri olabilir (Kavakcı, 2015).

7.3.13. Hipokampüsün işlev bozukluğu

Akut ve kronik stres hipokampüste sinaptik plastisiteye ve belleği olumsuz etkiler. TSSB'de hipokampüs işlevlerinin yetersizliği (deklaratif, epizodik bellek, uzaysal bellek işlevleri) gösterilmiştir. Ancak bu bulgu özellikle TSSB ile birlikte majör depresyon, alkol kullanım bozuklukları gibi eşanlı durumlarda daha belirgindir. Yüksek IQ, yüksek eğitim ve eşanların olmadığı durumlarda hipokampüs işlevlerinde TSSB olan ve olmayan örnekler arasındaki farkın kaybolduğu görülmektedir. Hipokampüsün işlev bozukluğunun TSSB için bir risk etkeni olabileceği ancak bu konunun açıklığa kavuşması için ileri araştırmaların gerektiği düşünülmektedir (Zoladz ve Diamond, 2013).

7.3.14. Zeka ve eğitim

TSSB, her zeka ve her eğitim düzeyinden bireylerde gelişebilir. Zeka ve eğitim sosyo ekonomik kaynaklarla önemli oranda bağlantılıdır. Bunlar da diğer kaynaklara ulaşmak için avantaj sağlar. Zeka ve TSSB arasındaki

ilişki, araştırmalarda tutarlı olarak gösterilmiştir. Travma öncesi zeka düzeyinin travma sonrası TSSB belirtilerini öngördüğü gösterilmiştir, daha yüksek zeka düzeyine sahip olanlar, daha etkili başa çıkma yöntemleri kullanıyor olabilir. Zeka yönetici işlevlerle ilişkilidir, daha zeki kişiler, belki de travmaya bilişsel tepkileri daha etkili biçimde veriyor ve TSSB riskini daha iyi yönetiyor olabilirler.

7.3.15.Düşük Nöropsikolojik Performans

TSSB'li bireylerde yönetici işlevleri değerlendiren çalışmalarda, nöropsikolojik işlevlerin bozulduğu gösterilmiştir. Bununla beraber, çeşitli çalışmalarda, travma öncesi nöropsikolojik işlevlerde düşük puan almanın TSSB'yi öngördüğünü de göstermiştir. Daha düşük yönetici işlev performansı TSSB için bir duyarlılık yaratıyor olabilir. Görece yetersiz yönetici işlev etkinliği, yetersiz prefrontal korteks işlevlerinin göstergesi olabilir. PFK'nin işlevlerindeki yetersizlik, bir tehdit karşısındaamigdala tepkiselliğinin yetersiz inhibe edilmesineneden olabilir. Bu da emosyonel olarak rahatsız edici düşüncelerin, anıların bilişsel kontrolünde yetersizlik vedaha fazla yeniden yaşantılama belirtisi çıkması ile sonuçlanıyor olabilir (Kavakcı, 2015).

7.3.16. TSSB Etiyolojisi için Çalışma Sonuçları

TSSB'nin ortaya çıkmasına neden olabilecek risk etkenlerini değerlendirmek için yapılan kapsamlı analizlerden birinde, Brewin ve ark. demografik özellikler (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim ve ırk) ile beraber, dokuz değişkeni değerlendirdi.

Bu dokuz bileşen;

(a) yaşam öyküsü ve değişmez kişilik özellikleri, örneğin ailenin psikiyatrik öyküsü, zeka, çocukluk olumsuzlukları ve travma, ve diğer önceki travmalar

(b) travmanın ciddiyeti

(c) travmatik yaşantı ile TSSB ölçümünün yapıldığı dönem arasına giren yaşam stresler ve sosyal destek olarak kategorize edildi.

Bu çalışmaya göre TSSB'yi öngörmek için ırk en az etki büyüklüğüne sahipken, sosyal destek en kuvvetli öngörücü olarak bulundu, diğerleri TSSB için orta derecede öngörme gücüne sahipti (Brewin ve ark., 2000).

Özer ve ark. daha kapsamlı bir çalışmada, 2647 çalışmayı inceledi ve TSSB'nin öngörücüsü olarak 476 olası TSSB etkeni değerlendirdi. Bu çalışmaya göre TSSB'yi öngören yedi belirgin etken vardı.

Bunlar:

- (1) önceki travma
- (2) önceki psikolojik uyum
- (3) psikopatoloji için aile öyküsü
- (4) travma sırasında yaşam için tehdit algısı
- (5) travma sonrası sosyal destek
- (6) travma zamanında (peritravmatik) emosyonel yanıtlar
- (7) travma zamanı dissosiasyon

TSSB'yi öngörme açısından, aile öyküsü, önceki travma, önceki uyum düzeyi en düşük etki büyüklüğüne sahipken, travma zamanı dissosiasyon en büyük etki büyüklüğüne sahipti. Bu çalışmaya göre daha önceden bireyde var olan özellikler değil, travma zamanı psikolojik tepkiler TSSB'nin en büyük öngörücüleriydi (Özer ve ark., 2003). TSSB bir tek travmatik deneyim nedeni ile oluşmaktan çok, birçok etkenin bir araya gelmesinin sonucu oluşuyor görünmektedir.

7.4.Klinik Tablo

Genel Görünüm ve Davranış: Hasta aşırı telaş, korku içindedir. Normalde aldırış edilmeyecek uyarılara karşı aşırı derecede duyarlıdır ve en küçük uyarana irkilme

tepkisi verir. Yerinde duramayacak kadar huzursuzluk belirtileri, ellerde kaba titremeler görülebilir.

Konuşma ve İlişki Kurma: Belirgin bir bozukluk yoktur; fakat aşırı telaş ve duyarlılık nedeni ile hasta uyarıcı durumlardan kaçınmak isteyebilir. Bazı hastalarda, ilişkilerde duygu azalması ilgisizlik ortaya çıkabilir. Hasta olayları anlatmak istemeyebilir, susukun kalabilir.

Duygulanım: Duygulanımda bunaltı egemendir. Örseleyici olay anımsandıkça, düşlerde sık sık yaşandıkça hastanın sıkıntısı artar. Çok huzursuz ve tedirgin olur. Bunaltı çok uzun sürerse bazen çökkünlük gelişebilir. Bu hastalarda sıklıkla insan ilişkilerinde ilgi azalması ve duygusal uyuşukluk vardır. Çevreye ilgisizlik, tepkisizlik, haz alamama, çabuk sinirlenme, öfke patlamaları görülebilir.

Bilişsel Yetiler: Örseleyici olayla ilgili bazı anılar için bellek çok güçlenmiştir, fakat olayın önemli bazı yönlerini hatırlayamaz. Başka olaylara karşı ilgi, dikkat azalmıştır. Hasta uyanıklıktan yakınabilir. En tipik belirti olayın sık sık anımsanması ve her anımsanıpta yeni baştan yaşanıyor gibi algılanmasıdır (geri-dönüşler, flashbacks). Olay ile ilgili görüntüler, düşünceler, algılar yineleyici niteliktedir. Olayın yineleci biçimde yaşanması düşlerde

de olur. Kişi örseleyici olayı düşlerinde aynı biçimde sık sık görür, korkuyla uyanır.

Algılama ileri derecede artmıştır; hafif uyarılar şiddetli algılanır; irkilme tepkisi doğurur; yanılısma ve varsanılar olabilir. Dikkatin belli bir konuda tutulması güç olur. Yönelimde bozukluk yoktur. Çok ağır durumlarda şaşkınlık, zihin karışıklığı, yönelim ve bellek bozuklukları olabilir. Bunlar arasında amnezi, derealizasyon, depersonalizasyon türünden disosiyatif belirtiler görülebilir.

Düşünce Süreci ve İçeriği: Düşünce sürecinde genellikle belirgin bozukluk yoktur. Düşünce içeriğinde olayların yineleyici olarak anımsanması ve yaşanması hastayı çok tedirgin eder. Hasta olayı unutmak, düşünmemek ister; bunu için çabalar, fakat örseleyici olay bütün sahnesiyle, ayrıntılarıyla yineleyici biçimde düşüncede yaşanır. Olayı anımsatan ya da simgeleyen uyarılarla belirtiler daha şiddetlenir. Olaydan sağ kutulduğu için kendini suçlayabilir. Bunların yanı sıra bazen çevreyi suçlama, hipokondriyak uğraşlar, gelecek kaygıları bulunabilir.

Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler: Korku ve bunaltıya ilişkin bütün bedensel ve fizyolojik belirtiler vardır. Organizma sürekli bir uyarılış içinde irkilmeye hazır durumdadır. Ayrıca, örseleyici olay düşlerde sık sık

yinelendiğinden uyku çok bozular. Hatta bu düşleri görmemek için hasta bilinçli olarak uykusunu önlemeye çalışabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

7.5.Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla) gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde ölümlerle, ciddi yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel şiddet içerikli saldırıya maruz kalma.

1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama

2. Başkalarının başına gelen travmatik olay (lar) ı doğrudan doğruya görme (yaşadığına tanık olma)

3. Yakın aile bireylerinin ya da arkadaşlarının travmatik olay(lar) yaşadığını öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonrasında olmalıdır.

4. Travmatik olayın rahatsız edici ayrıntılarıyla yineleyici bir şekilde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalma (insan kalıntılarını toplayan kişiler, çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşan polis memurları gibi). Böyle bir karşı karşıya gelme işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığı ile olmuşsa bu ölçüt uygulanmaz.

B. Travmatik olay (lar) dan sonra başlayan, travmatik olay (lar) a ilişkin istem dışı gelişen aşağıdaki belirtilerin en az birinin bulunması.

1. Travmatik olay (lar) ın yineleyici, istemsiz ve rahatsız edici anıları

Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, travmatik olay(lar)ın içeriğinin ya da bu olay(lar)ın bir takım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar görülebilir.

2. İçeriği ya da duygulanımı travmatik olay(lar)la ilişkili, tekrarlayıcı ve rahatsız edici rüyalar Not: Çocuklar içeriği belirsiz, korkutucu düşler görüyor olabilir.

3. Kişinin travmatik olay(lar)ı yeniden yaşıyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (disosiyatif) tepkileri (geçmişe dönüşler ya da flashback yaşantıları) Not: Çocuklar oyun sırasında travma ile ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Travmatik olay (lar) ın bir yönüne benzeyen ya da sembolize eden bir uyarana maruz kalındığında yoğun ya da uzun süreli sıkıntı hissetme

5. Travmatik olay (lar) ın bir yönüne benzeyen ya da sembolize eden uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler verme.

C. Aşağıdakilerden en az biri ile belirli travmatik olay (lar) dan sonra ortaya çıkan, travmatik olay(lar) ile ilgili uyaranlardan sürekli biçimde

kaçınma.

1.Travmatik olay (lar) la ilgili ya da yakından ilişkili rahatsız edici anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

2. Travmatik olay (lar) la ilgili ya da yakından ilişkili, rahatsız edici anılar, düşünceler ya da duyguları uyaran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden en az ikisi ile belirli, travmatik olay (lar) ın sonrasında başlayan ya da kötüleşen travmatik olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler

1.Travmatik olay (lar) ın önemli bir yönünü anımsamada güçlük çekme (özellikle disosiyatif amneziye bağlı olup kafa travması, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili değildir)

2. Kendisi, diğer insanlar ya da dünyaya dair kalıcı ya da abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (ben kötüyüm, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir, bütün sinir sistemim kalıcı bir şekilde bozuldu gibi)

3.Travmatik olay (lar) ın nedenleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren çarpıtılmış bilişler

4.Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (korku, dehşet, öfke, suçluluk, utanç gibi)
5. Önemli aktivitelere karşı duyulan ilgide ya da katılımıda belirgin azalma
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları
7. Sürekli bir şekilde olumlu duygular (mutluluk, memnuniyet, aşk gibi) yaşamada kalıcı yetersizlik
E. Aşağıdakilerden en az ikisi ile belirli travmatik olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olayla ilişkili uyarılmışlık ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler.
1.İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az kışkırtma karşısında)
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar verici davranışlarda bulunma
3. Sürekli tetikte olma
4. Aşırı irkilme tepkisi gösterme
5. Konsantrasyon güçlüğü
6.Uyku bozuklukları (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlev azalmasına neden olur.

G. Bu bozukluk bir maddenin (ilaç, alkol gibi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa Belirtiniz;

Çözülme (disosiyatif) belirtileri gösteren: Kişinin belirtileri TSSB tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Ayrıca kişi tetikleyici etkene tepki olarak depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) ya da derealizasyon (çevreye yabancılaşma) belirtilerinden en az birini sürekli ya da tekrarlayıcı olarak yaşamaktadır.

Geç başlangıç gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

7.6.Prognoz

Örselenme Sonrası zorlanma bozukluğu olan hastaların yarısında belirtiler ilk üç ay içerisinde düzelir. Ancak azımsanmayacak sayıda hastada 12 ay sonra belirtilerin

sürdüğü bilinmektedir. İlk üç ayda düzelmeyen hastalarda süregenleşme olasılığı yüksektir. Süregenleşme yaşam kalitesinde bozulma ve kişisel, toplumsal ve ekonomik yüklerle yol açar. TSSB'si olan kişilerin %84 ünde alkol ya da madde kötüye kullanımı, yoğun utanç ve umutsuzluk duyguları, bedensel belirtiler, işle ilgili sorular, boşanma şiddet davranışları görülür. Bu kişilerde bunaltı bozuklukları, çökkünlük, alkol madde bağımlılığı, davranım bozuklukları ve mani ektanısı sıktır.

Eğer ikincil kazanç soruları yoksa (Örneğin tazminat davası, işten uzaklaştırma gibi), hastanın hastanın kişiliği de önemli derecede uyumsuz değilse bozukluğun birkaç hafta ya da birkaç ayda düzelmeye olasılığı yüksektir. Uygun sağaltım ve rehberlik ile hasta kısa sürede normal yaşama döner. Uzun süre yatakta hareketsiz kalma, uzun süre tazminat ya da suç davaları, işsiz, uğraşsız olmak, başka ruhsal ve bedensel hastalıkların bulunması, hastada ya da ailede ruhsal hastalık öyküsü, zeka düşüklüğü, ailesel, toplumsal yoksun olmak, uygun sağaltımı görmemek rahatsızlığın süregenleşmesine yol açabilir (Öztürk, Uluşahin, 2015).

7.7.Tedavi

Örselenme sonrası zorlanma bozukluğu sağaltımında ilaç uygulaması ve psikoterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Belirtilerin çok şiddetli olmadığı

durumlarda öncelikle psikoterapi, daha şiddetli durumlarda ilaç ve psikoterapinin birlikte uygulanmasından yarar görülmektedir.

İlaç tedavisi: İlaç sağaltımının amaçları uykuyu düzenlemek, zorlayıcı düşünceler, geri dönüşler (flash-backs) ve kabusları azaltmak, kaçınma davranışını gidermek, aşırı uyarılmayı çökkünlüğü düzeltmek, kendine zarar verme davranışını azaltmak, kaçınma davranışını gidermek, aşırı uyarılmayı, çökkünlüğü düzeltmek, kendine zarar verme davranışı azaltmak, dissosiyatif ve psikotik belirtileri yatıştırmaktır.

İlaç sağaltımında dikkat edilecek noktalar şöyledir;

- İlaç seçiminde ektanın ve baskın olan belirtilerin göz önüne alınmasında yarar vardır.
- SSRI ve Venlafaksin ilk seçilmesi önerilen ilaç grubudur. Etkileri 2-4 hafta içinde görülür.Üç aylık ilaç kullanımından sonra bile düzelmenin sürdüğü bilinmektedir.
- Klinik uygulamada sık kullanılmasına karşın benzodiazepinlerin yararı gösterilememiştir.
- Zorlayıcı düşünceler, geri dönüşler (flash-backs), travmaya ilişkin korku ve panik duygusu, aşırı uyarılma, irkilme, kolay sinirlenme, dikkatini

odaklama güçlüğü gibi belirtilerde SSRI'lar etkilidir.

- 6-8 haftalık ilaç uygulamasından yarar sağlanmazsa başka gruptan bir ilaca venlafaksin ya da bir trisiklik antidepresana geçilebilir.
- Kısmi yanıt alınan durumlarda antiepileptik bir duygudurum dengeleyicisi eklenir.
- Altı aylık uygulamadan sonra ilaç kesilince hastaların dörtte birinde belirtiler yeniden ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ilaç sağaltımın en az bir yıl sürdürülmesi önerilmektedir.
- Sağaltıma başlamadan önce hastanın madde kullanım öyküsü iyi araştırılmalıdır.
- Ektanılı durumlarda ilaç sağaltımı ile birlikte psikoterapi uygulanması yararlı olur.
- Çok ajite hastalarda bir antipsikotik kullanılır.
- Dirençli durumlarda antihipertansif olarak kullanılan bir sempatolitik prazosin kullanımına ilişkin çalışmalar vardır (Öztürk,Uluşahin, 2015).

Tedavide etkili olan diğer ajanlar ise trisiklik antidepresanlar, monoaminooksidoz inhibitörleridir. Uyku bozuklukları ve aşırı uyarılmışlık durumu için propranolol ve klonidin gibi ajanlar da kullanılabilir (Gürhan, 2016).

Psikososyal tedaviler:

Travma ve stresörle ilişkili bozukluklarda özellikle TSSB’de imgesel yöntemler ya da yaşayarak karşı karşıya gelme yoluyla travmatik olayla karşılaşma tedavisi ve stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi gibi yaklaşımlar uygulanabilir. Kişinin kaçındığı olayları anımsaması, bu konuda konuşabilmesi ve olayla yüzleşmeye etkin katılım desteklenir. Konu ile ilgili özellikle kendini sorumlu tutma-suçlama, artık güçsüz olup hiç iyileşmeyeceği gibi düşünceleri paylaşılır, tartılır, bilişsel anlamda yeniden değerlendirmelerine yardımcı olunur. Böylece, benlik duygusunun, kendine güvenin ve başa çıkma kapasitesinin yeniden geliştirilmesinin yolları açılır.

Bilişsel-Davranışçı Tedaviler:

TSSB’de psikoeğitim, psikolojik yaklaşımların temelidir. Kişinin, yaşadığı zorluklar ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesi, problemi anlaması, ne yapacağına karar vermesi, belirtiler üzerinde kontrol kazanması için gereklidir. Psikoeğitim; hastalık ve tedavisi hakkında bilgi, günlük problemler ile baş etme, kişiler arası ilişkiler, rol değişimleri, benlik saygısı, uygun kaynakları bulma, endişeleri paylaşma, stresle baş etme becerilerinin öğretilmesi, gevşeme egzersizleri gibi konuları

kapsamalıdır. Eğitimi verirken travma sonrası kişinin hangi tepki aşamasında olduğu dikkate alınmalıdır. Örneğin olayın hemen sonrasında şok evresinde bilgilendirme yaparken tekrar tekrar ve basit bir şekilde verilmelidir. Daha sonraki evrelerde ise, gerçekçi olmayan beklentilerin, gerçekçi yanıtlarla düzeltilerek duruma uyumun yerleştirilmesi gerekir.

TSSB'de bilişsel tedavinin amacı, bireye travma ile ilgili düşünce ve inançlarını tanımlama ve yeniden yapılandırmaya yardım etmektir. Bilişsel tedavi yöntemlerinden olan bilişsel yeniden yapılandırma kullanılarak TSSB olan kişilerin mantıksız düşüncelerinin tanınması, ardından onların değiştirilmesi üzerine çalışılır. Düşüncelerdeki değiştirme daha dengeli bir duygusal durumun oluşmasını sağlayabilir. Travmadan etkilenen bireyin, kendini ve dünyayı yeniden yapılandırılmasına; güvenlik, güven, saygı, yakınlık, güç ve kontrol hakkında umudu ve olumlu düşünmeyi kazanmasına yardım eder.

Davranışsal olarak TSSB belirtilerinin etkilerinin azaltılması ve onlarla daha kolay başa çıkma amacı ile aktif gevşeme eğitimi, nefes alma eğitimi gibi her ortamda uygulanabilir beceriler öğretilir. Aynı zamanda uzun süreli maruz kalma terapisi ve yüzleştirme tedavisi gibi davranışçı yöntemler yararlıdır.

Uzun Süreli Maruz Kalma Terapisi: Organizmanın korku duyduğu bir uyarıcıyla gerçek hayat olaylarının içinde ya da hayali durumlarla karşılaşması ya da aynı ortamda kalması sağlanır. Böylece korku tepkisi ortadan kaldırılmaya çalışılır. Hayali durumlarla yapılırken birey yeniden travmatik deneyimin uzun süreli ve yeniden zihinsel olarak ifade etmeye maruz kalır. Gerçek durum ile yapılır ise güvenli biçimde sistematik şekilde korkulan kaçınılan durumlarla yüzleşme sağlanır. Bu süreç travmatik anıları yüksüzleştirmeye yardım eder. Böylece kaçma, kaçınma ve kaygılı uyarılma gibi tepkilerde azalma olur. Bu terapi dört bölümden oluşur:

1. Tedavi hakkında eğitim
2. Gevşeme için solunum çalışmaları
3. Terapistle travma hakkında tekrarlı konuşmalar yoluyla hayali maruz kalma
4. Gerçek durumlara maruz kalmadır.

Göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (GHDYİ)

Son yıllarda psikoterapi alanında giderek yaygınlaşan bir terapi yöntemidir. GHDYİ uyku anındaki doğal hızlı göz hareketlerine benzer, yineleyici ve özgül göz hareketlerini ve bilgi işleme modelini temel alan bir tekniktir. Bu

tedavi tekniği, bireyin önceki travmatik yaşantıları sırasında, beyninde bir takım biyolojik bellek alanlarının oluştuğundan yola çıkar. Daha sonra ilgisiz gibi görülen olayların bile bu alanları uyararak anksiyete ve belki de depresyona yol açabildiği düşünölmektedir. Bu teknikte hemşire, ellerini hastanın önünde ileri ve geri hareket ettirir, hasta hemşirenin ellerini izlerken geçmişteki travmatik yaşantılarını düşünmesi konusunda yönlendirilir. Bu yolla, nöral alanların yeniden programlandığı anksiyeteyi arttıran yaşantılara karşı duyarlılığın azaldığı varsayılır. GHDYİ anksiyete, stres fobi, yineleyen kabuslar, madde bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğunda kullanılabilmektedir. Bu tekniği güvenli ve başarılı uygulayabilmek için özel eğitim ve kontrollü yapılan uygulamalar gereklidir (Gürhan, 2016).

8.Uyum Bozuklukları

Uyum bozukluğu tanımlanabilir bir stresör sonrası klinik olarak anlamlı duygusal ya da davranışsal semptomların gelişimi ile karakterizedir. Uyum bozukluğuDSM V'de, Travma Sonrası Stres Bozukluğu gibi durumlar ilebirlikte, travma ve stres ile ilişkili bozukluklar kategorisinde sınıflandırılmıştır (Çelik ve Özdemir, 2015).

Uyum bozukluğu, stres yaratan yaşam olayına ikincil olarak gelişen bozukluklardandır. ICD 10'a göre, önemli

yaşam olayları ve önemli değişikliklere uyum yapma aşamasında ortaya çıkan ve genellikle sosyal işlevselliği ve performansı bozan, öznel sıkıntı hali ve duygusal bir bozukluk olarak tanımlanırken ICD-11 taslağına göre uyum bozukluğu, stresörle aşırı şekilde meşgul olma, uyum yapamama ile belirgin; yaşam değişiklikleri ve tanımlanabilir psikosoyal stresörlere maladaptif bir tepkidir şeklinde tanımlamıştır. Uyum bozukluğu, tanımlanabilir yaşam stresörlerine karşı anormal ve aşırı bir tepkidir. Bu tepki normal olarak beklenenden çok daha şiddetlidir ve kişinin işlevsel olduğu (akademik, kişisel, ailesel, sosyal, mesleki ve diğer önmeli alanlar) tüm alanları etkiler.

6 alt tipi vardır:

- Depresif mizaç ile seyreden
- Anksiyete ile seyreden
- Anksiyete-depresyon karışık seyreden
- Davranış bozukluğu tipi
- Emosyon ve davranış bozukluğu ile karışık
- Ayrışmamış tip

8.1.Epidemiyoloji

Birincil tanısı uyum bozukluğu olan ve ayaktan tedavi edilen hastalar arasında görülme oranının %5-20 arasında, birinci basamak hizmetlerindeki hastalarda ise bu oranın

%8-18 civarında olduğu bildirilmektedir. Bu tanının çok sık konulduğu Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri servislerinde, görülme oranı benzer olarak %7.1-18 arasında bulunmuştur.

8.2.Etiyoloji

Diğer kriz durumlarında olduğu gibi uyum bozukluğunun ortaya çıkmasında bir ya da birden çok zorelanmanın rolü vardır. Zorlanmanın türü ve şiddeti önemlidir; bunun yanında hastanın sosyal-çevresel desteklerinin de katkısı vardır. Psikanalitik model de bir kişinin zorlanmaya yanıt verme kapasitesinde annesinin ve destekleyici çevrenin önemine dikkat çekmiştir. Freud, sıradan bir zorlanmanın neden bazı kişilerde hastalığa yol açarken, diğerlerinde yol açmadığını merak etmiştir. Çocukluk çağındaki ruhsal bir zedelenme; boşanma, işle ilgili sorunlar, bedensel hastalıklar gibi zorlanmalarla karşılaştığında normal bir kişiyi, uyum bozukluğu geliştirmeye yatkın kılabilir denmektedir. Modele göre uyum bozukluğuna yol açtığı düşünülen güncel zorlamanın, çocuklukta yaşanmış zedelenme ve düş kırıklıklarını uyandırarak etkili olabileceği varsayılmaktadır.

8.3.Klinik Tablo

Belirtiler alt tiplere göre farklılık gösterebilir. depresif, anksiyeteli veya her ikisi birlikte, davranış bozuklukları

(Depresif mizaç ile seyreden tipte “mood”u düşük, üzgün, ağlamaklı, ve umutsuzluk duyguları baskındır. Anksiyeteli uyum bozukluğunda sinirlilik, huzursuzluk, endişe sıkıntı ve ayrılık kaygısı baskındır. Davranış bozukluğu tipinde özellikle ergenlerde) davranış bozukluğu baskındır. Ayrışmamış tipinde ise diğer alttiplerinden birisinin sınıflandırılmadığı uyumsuz tepkiler bulunur. Bunların dışındaki tipik uyum bozukluğu belirtileri, impulsivite, uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, lipido kaybı, konsantrasyonda azalma, düşük benlik saygısı, köşeye sıkışmış hissetme, iyi bir seçeneğinin olmadığını düşünme, var olanı devam ettirme, depresif duygudurum, intihar düşünceleri ve sosyal izolasyondur. Uyum bozukluğu, ergenlerde impulsivite, saldırgan davranışlar, alkol- madde kullanım gibi belirtilerle; çocuklarda ve yaşlılarda ise bedensel yakınmalarla kendini gösterebilir.

8.4.Uyum Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

A.Tanımlanabilir bir stresörün ortaya çıkışından sonra 3 ay içerisinde stresöre tepki olarak duygusal ve davranışsal belirtilerin gelişmesidir.

B. Aşağıdakilerden biri ya da her ikisi tarafından kanıtlanan bu belirtiler klinik olarak önemlidir:

1.Stresörün şiddeti veya yoğunluğu ile orantısız belirli

sıkıntı (mevcuttur), belirti şiddeti ve sunumunu etkileyebilecek diğer olaylar ve kültürel faktörler dikkate alınmalıdır.

2. Sosyal, mesleki veya diğer önemli fonksiyon alanlarında ileri derecede bozukluk

C. Strese bağlı rahatsızlıklar başka bir ruhsal bozukluk kriterlerine uymaz ve bu durum sadece önceden var olan bir ruhsal bozukluğun alevlenmesi değildir.

D. Belirtiler normal yas davranışını temsil etmemektedir.

E. Stres veya sonuçları bittiğinde, belirtiler ilave 6 aydan fazla sürmez.

Aşağıdakilerin olup olmadığını tanımlayın:

309,0 (F43.21) *Depresif belirtiler ile giden: Çökkün duygudurum, ağlama ya da umutsuzluk duyguları hâkimdir.*

309.24 (F43.22) *Anksiyete belirtileri ile giden: Sinirlilik, endişe, huzursuzluk veya ayrılık anksiyetesi baskındır.*

309,28 (F43.23) *Anksiyete ve depresif belirtiler ile giden karışık: Depresyon ve anksiyete karışımı baskındır.*

309.3 (F43.24) *Davranış bozukluğu belirtileri ile giden: Davranış bozukluğu hâkimdir.*

309.4 (F43.25) *Duygu ve davranış bozukluğu belirtileri ile giden karışık: Hem duygusal (örneğin, depresyon, anksiyete) hem davranış bozukluğu belirtileri baskındır.*

309.9 (F43.20) *Tanımlanmamış: Spesifik uyum bozukluğu*

alt-tiplerinin biri olarak sınıflandırılmayan uyumsuzluk reaksiyonları (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

8.5.Tedavi

8.5.1.Farmakolojik Tedavi

Uyum bozukluğunun psikofarmakolojik tedavisinde kullanılabilecek ajanlar, SSRI ve SNRI gb. Antidepresanlar, benzodiazepinler (lorepam, klozapam) dır. Ayrıca Kava kava otu ile valerian bitkisi de önerilmektedir. Farmokolojik tedavi uykusuzluk, anksiyete ve disfori gibi belirtilerle başa çıkmada yararlı olabilir.

8.5.2.Psikosoyal Tedaviler

Uyum bozukluğunun tedavisinde ise uzun süreli psikoterapilerden ziyade kısa süreli olanlar (zaman sınırlı bir bozukluk olduğu için) tercih edilmelidir. Tedavi anksiyete belirtilerinin hızla giderilmesini ve hastanın zorlanmayla baş etmesine yardım etmeyi amaçlamıştır. Krize midahale yaklaşımı ile kısa acil psikoterapi önerilen tedavilerdir. Psikoterapilerin dışında, kriz girişimleri, aile ve grup terapileri, stresöre özgü destek gruplara katılma,

kişilerarası psikoterapi yararlı olabilir. Uyum bozukluğunun tedavisindeki amaçlar şunlar olabilir:

- Kişiyi etkileyen stresörler analiz edilmeli ve küçümsenmeden veya ihmal edilmeden tanımlanmalı
- Hasta için stresörün anlamı açıklığa kavuşturulmalı
- Stresörün anlamı yeniden oluşturulmalı
- Stresörü azaltmanın anlamını anlamak
- Hastanın başa çıkma becerilerini arttırmak
- İlişkiler kurmak, sosyal destekleri hareketlendirmek, stresörler ve onları yönetebilmek adına hastanın yeni bir bakış açısı kazanmasına yardım etmektir (Gürhan, 2016).

9.Örnek Vaka ve Psikiyatri Hemşireliği Bakımı

9.1.Klinik Vaka

Julie yatağa oturdu. Kalp atışının hızlandığını ve nefes almadığını hissetti, terlemişti. Nefes almak için nefes nefese kalırken boğazındaki baskıyı hissetti! Tanıdığı karanlık figürün resmi yere iniyordu ve elleri boğazının etrafındaydı. Kalp atışı hızlanıyordu ve o gece tekrar canlanıyordu, o geceki acı ve faciayı tekrar yaşıyordu. Parkta koşu yaparken bir saldırıya uğrayıp tecavüz edilmesinin üstünden 2 yıl geçti, ancak hala dün gibi hissediyordu. Neredeyse her gece panikle kâbus

görüyordu ve o geceden asla kurtulamayacağını düşünüyordu. Zamanla kâbusun canını yakma korkusu ile Julie uykuya dalmaktan korkuyor ve uyumuyordu. Yorgun hissediyordu. Yemek yemeyi çok istemiyordu ve kilo vermekteydi. Bu acı hayatını mahvetmişti. Gittikçe daha çok çalışıyordu. İş yerinde olsa bile, sık sık yoğun bir korku hissediyordu. Bazen gündüz bile, o gecenin anıları ve flashback'ler geliyordu. Arkadaşları artık onun çevresinde olmak istemiyor gibiydi çünkü sık sık huysuzdu ve hayattan zevk alamıyordu. Elbette ilk altı ayda ona destek verdiler ve onu dinlediler, ancak şimdi tecavüz tarihinden itibaren 2 yıl geçti. Tecavüzdən önce parti ya da akşam yemeğine çıkıp arkadaşlarıyla bir film izlerdi. Şimdi sadece evde kalmak istiyor. Annesinin ve arkadaşlarının ona dışarı çıkıp eğlenmesi gerektiğini söylemesinden bıkmış. Kimse onun başından geçeni ve nasıl hissettiğini anlamıyordu. O zamandan beri Julie'nin birkaç erkek arkadaşı oldu ancak ilişkiler hiç işe yaramadı. Huysuzdu ve sık sık endişeliydi ve depresifti ve son dakikada randevularını iptal ederdi. Herkes onun ruhsal durumundan sıkılmıştı.

9.1.1.Bu vakadaki bireyin Tıbbi tanısı nedir?

- Travma Sonrası Stres Bozukluğu

9.1.2.Bu vakadaki bireyin hemşirelik Tanıları nelerdir?

- Uyku Yoksunluğu
- Etkisiz Bireysel Başetme
- Kronik Düşük Benlik Saygısı
- Sosyal İzolasyon
- İntihar Riski
- Tecavüz Travma Sendromu
- Korku
- Anksiyete
- Acı Çekme
- Post-Travma Sendromu
- Yorgunluk

9.2.Psikiyatri Hemşireliği Girişimleri

Hedeflerin Tanımlanması

Travma veya istismardan sağ kurtulan hastalar için tedavi sonuçları şunları içerebilir:

- 1.Hasta fiziksel olarak güvende olacaktır.
- 2.Hasta, kendine zarar verme düşüncelerini ve bu fikirler üzerinde harekete geçen fikirleri ayırt edecektir.

3. Hasta, stresle baş etmenin sağlıklı ve etkili yollarını gösterecektir.

4.Hasta duygularını ifade edecektir.

5. Hasta toplumda bir sosyal destek sistemi kuracaktır (Videbeck, 2008).

6.Kişi, gevşeme teknikleri, yeterli uyku ve rol veya iş gereksinimlerini yerine getirebilme kabiliyeti ile gösterilen kaygıyı yönetebilir.

7.Bakım / hijyen bakımı, göz temasının korunması, benlik konusunda olumlu ifadeler ve kendine özgü sınırlamaların kabul edilmesiyle gösterilen artmış benlik saygısı.

8.Fiziksel semptomlarda azalma, yardım isteme becerisi ve tedavi hakkında bilgi istemek için geliştirilen başa çıkma becerisi.

Girişimler

1.Hastanın Güvenliğini Sağlamak

Hastanın güvenliği bir önceliktir. Hemşire, hastanın kendine zarar verme veya intihar olasılığını sürekli olarak değerlendirmeli ve buna göre harekete geçmelidir. Hemşire ve tedavi ekibi, hasta bunu yapmadan güvenlik önlemleri almalıdır. Hastanın kişisel kontrol hissini artırmak için, mümkün olan en kısa sürede güvenlik

ihtiyaçlarını yönetmeye başlamalıdır. Hemşire, kendine zarar verme düşünceleri ile bu düşünceler üzerine harekete geçme arasındaki farkı hasta ile konuşabilir: Düşüncelerin olması, hasta bu düşünceler üzerinde hareket etmesi gerektiği anlamına gelmez. Hemşire giderek yoğunlaşıncaya kadar, hastaya düşüncesiyle baş etmenin yollarını bulmasına yardımcı olabilir.

Hemşire, hastanın yıkıcı düşünceler ve dürtüler sırasında sakinleşip geçene kadar beklemek için güvenli bir yere gitmeyi öğrenmesine yardımcı olabilir. Başlangıçta bu hemşire ya da diğerlerinin yanında oturmak anlamına gelebilir. Daha sonra hasta güvenli bir yerde, genellikle bir dolap veya kkk bir oda, güvenli bir yer bulabilir. Hasta konfor ve resimler için bir battaniye ya da yastık buldurmak isteyebilir ya da günümüzün hatırlatıcıları olarak kullanılmak üzere bir bant kaydı.

2.Hastaya stres ve duygularla başa çıkması için yardım etmek

Temel teknikler, flashback yaşayan hasta için yararlı olabilir. Bu teknikler hastaya yetişkin olduğunu ve güvende olduğunu hatırlatır. Bu deneyimler sırasında müşterinin neyi hissettiğini doğrulamak önemlidir: "Bunun korkutucu olduğunu biliyorum, ancak şimdi güvendesin" denilebilir. Ayrıca, hemşire hastanın

gerçekle olan bağlantısını artırabilir ve disosiasyondan ayrışıp şu ana odaklanması sağlanabilir:

- "Ne hissediyorsun?"
- "Bir şeyler duyuyor musunuz?"
- "Neye dokunuyorsun?"
- "Benim odada olduğumu görüyor musun?"
- "Ayaklarınızı yerde hissediyor musunuz?"
- "Kolunuzu sandalyede hissediyor musunuz?"
- "Bilekte saati hissediyor musun?"

Disosiyatif belirtileri yaşayan hasta için, hemşire hastayı şu ana odaklamak için temel teknikleri kullanabilir. Örneğin hemşire hastaya yaklaşır ve sakin, rahatlatıcı bir tonla konuşur. Önce hemşire hastayı adıyla çağırır ve daha sonra kendisini ad ve rolle tanıştırır. Alan karanlıkta, hemşire ışıkları yakar, hastaya aşağıdakileri söyleyerek yeniden yönlendirebilir:

"Janet, seninleyim buradayım. Benim adım Sheila. Bugün seninle çalışan hemşireyim. Bugün 3 Şubat 2000 Salı. Hastanedesiniz, burası hastanedeki odanız. Gözlerinizi açar mısın bana bakar mısın? Janet, benim adım Sheila. "

Hemşire, bu tekrar yönlendirme bilgisini gerektiği gibi tekrarlar. Hastanın odaya bakmasını istemek, onu gözlerini hareket ettirmeye ve bir can sıkıntısı ya da geri

tepmeyi önlemek için teşvik edecektir. Hemşire mümkün olduğunca çabuk hastasını pozisyon değiştirmeye teşvik eder. Çoğu zaman geri dönüt verme esnasında hasta müdahale ederek savunmacı bir duruş sergiler. Hastayı ayakta tutmak ve dolaşırtırmak, dissosiyatif veya flashback yaşantısını ortadan kaldırmaya yardımcı olur. Şu anda, hasta ayaklarına ya da salınan kolların hareketlerine odaklanabilir. Hemşire hastasını tutup ya ayağa kalkmaya ya da hareket ettirmeye zorlamamalıdır. Bir yeniden yaşantılama yaşayan hasta, bu tür teşebbüslere agresif ya da savunmaya cevap verebilir, hatta hemşirede yardımcı olabilir. İdeal olarak, hemşire, bir kişinin meydana gelmesinden önce bir yeniden yaşantılamayı veya disosyasyonun yaşarken kendisine müdahale eden kişiye nasıl yanıt verdiğini sorar; o zaman hemşire dokunma yöntemini kullanmanın o hasta için faydalı olup olmadığını bilecektir. Ayrıca hemşire hastadan kendisinin koluna dokunmasını isteyebilir. Hasta bunu yaparsa, destekleyici dokunuş bu hasta için faydalıdır.

Pek çok hasta duygularını tanımlamada veya duygularının yoğunluğunu ölçmekte zorlanıyor. Hemşire hastalara bir günlük kullanarak duygularını iletmelerinde yardımcı olabilir. Başlangıçta hastalar bir "duygu listesi" yapabilir, böylece deneyimlerine en çok uyan hissi seçebilirler.

Hemşire, hastayı belirtilen aralıklarla, örneğin her 30 dakikada bir gün boyunca hislerinizi yazmaya teşvik eder. Hastalar duygularını belirledikten sonra, bu duyguların yoğunluğunu ölçebilirler, örneğin, duyguyu 1 ila 10 arasında derecelendirirler. Bu işlemi kullanarak, hastaların duygularını ve farklı yoğunluklarını daha fazla fark ettikleri görülür; bu adım bu duyguları yönetmek ve ifade etmek için önemlidir. Hastalar, duyguları ve yoğunluklarını belirledikten sonra tetikleyicileri veya yeniden yaşantılamanın veya disosyasyonun öncesindeki duyguları bulmaya başlayabilir. Hastalar, daha sonra bu bölümleri azaltmak veya önlemek için temel teknikleri kullanmaya başlayabilir.

Derin solunum ve gevşeme, bilgi veya uyarılara odaklanma ya da duygular azalana kadar pozitif dikkat dağıtımlarına katılabilirler. Bu gibi dikkat dağıtıcı şeyler arasında fiziksel egzersiz, müzik dinleme, başkalarıyla konuşma veya bir hobi veya etkinlik yapma gibi şeyler olabilir. Hastalar, hangi dikkat dağıtıcılarının kendileri için geçerli olduğunu bulmalı ve daha sonra bunları bir listeye yazmalı ve faaliyet için gerekli malzemeleri el altında tutmalıdır. Hastalar yoğun duyguları yaşamaya başladıklarında, örneğin listeye bakıp bir kitap alarak, bir şerit dinleyebilir veya bir resim çizebilirler.

3.Hastanın öz saygını yükseltmesine yardım etmek.

Çoğu zaman, hastayı bir kurban değil, travma veya tacizden sağ çıkmış, hayatta kalmayı başarmış biri olarak görmek de fayda vardır. Değersiz olduğuna ve durum üzerinde hiçbir güce sahip olmadığına inanan hastalar için, kurban olma, kurtulan olma gibi kendi görüşlerini yeniden odaklamaya yardımcı olur. Kendilerini kurtulan tanımlamak, kendilerini, acı hayatta kalacak kadar güçlü görmeyi sağlar. Bu kendini kurban olarak görmekten çok daha güçlendirici bir imgedir.

4.Sosyal destek sağlanması

Hasta, sosyal destek kişileri veya faaliyetleri bulması gerekir. Hemşire, hastaya bir destek kişileri listesi hazırlamasına yardımcı olabilir. Problem çözme becerileri, stres altındayken bu hastalar için zordur; bu nedenle, hazırlanmış listeye sahip olmak, karışıklığı veya stresini ortadan kaldırır. Bu liste, hastanın kendine zarar verme düşüncelerini geldiğinde veya yalnız olduğunda yada depresyondayken çağırması gerektiğinde çağrılacak arkadaşları veya aile üyeleri gb. yerel bir kriz hattı içermelidir. Ayrıca, hasta evden çıkmak için faaliyetler veya gruplar belirleyebilir. Hastanın, sağlık profesyonellerine bağımlılığını azaltmak için sosyal destekleri kurması gerekir. Ulusal destek grupları ilçe Ruh sağlığı servislerini veya Sağlık ve İnsan Hakları

Hizmetlerini arayarak bulunabilir. Hem çevrimiçi hem de şahsen olmak üzere çeşitli destek grupları Internet'te bulunabilir.

Özet olarak

Hastanın güvenliğini sağlama

- İntihar düşüncelerini tartışın.
- Hastanın yıkıcı düşünceler veya dürtüler yaşarken güvenli bir yere gitmesi için plan geliştirmesine yardımcı olun.

Hastanın duygu ve stresle başa çıkmasına yardım etme

- Yeniden yaşantılama veya disosiyasyon yaşayan hastaya yardımcı olmak için temel teknikleri kullanın.
- Hastanın korku duygularını doğrulayın, ancak gerçekle bağlantısını artırmaya çalışın.
- Disosiyatif deneyim veya flashback sırasında, hastanın vücut pozisyonunu değiştirmesine yardımcı olun, ancak zorlamayın. Ayağa kalktırın veya hareket ettirin.
- Hasta iyi yanıt verirse destekleyici dokunmayı kullanın.
- Derin nefes alma ve rahatlama tekniklerini öğretin.

•Fiziksel egzersiz, müzik dinleme, başkalarıyla konuşma veya oyun oynamak gibi dağılma tekniklerini kullanın.

•Hobi veya diğer keyifli etkinliklerin bir listesini hazırlamaya yardımcı olun ve hastaların duyguları yoğun olduğunda yoğunlaşmasına yardımcı olacak materyalleri bulundurun.

Hastanın z saygısını yükseltmesine yardım edin

- Hastayı "kurban" yerine "kurtulan" olarak çağırın.
- Toplumda sosyal destek sistemi kurmak.
- Toplumda, yardıma ihtiyaç duyulduğunda hastanın iletişim kurması için bir liste hazırlayın.

Değerlendirme

Travma veya istismardan sağ kurtulan hastalar için uzun vadeli tedavi sonuçları elde etmek yıllar alabilir. Bu hastalar genellikle kendilerini korumak, stres ve duyguları yönetmeyi öğrenmek ve günlük yaşamlarında işlev görmek için kademeli ilerleme kaydederler. Ancak, hastalar, duygularını ve tepkilerini yönetmeyi öğrenecek olsalar da, travmanın ve istismarın etkileri çok kapsamlı olabilir ve ömür boyu sürebilir (Videbeck, 2008).

KAYNAKÇA

1.İzci F, Ünveren G. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2017; 6(1):31-38.

2.Öztürk O, Uluşahin A (Editörler). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 14. Basım, Ankara, 2015: 380- 389.

3.Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-4-TR), Yeniden Gözden Geçirilmiş Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

4.Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014: 143-156.

5.Yılmaz S.Örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (Stresörle) ilişkili bozukluklar. İçinde: Gürhan N (Ed.). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2016: s. 815- 840.

6.West BJ. The Wisdom of the Body; A Contemporary View. *Front Physiol* 2010;23(1):1.

7.Gündüz N, Aker AT. Travmatik Stres ve Beyin. *Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Özel Sayı* 2015;8(1):1-9.

8.Hasanoğlu A. Yeni Bir Tanı Kategorisi Önerisi: Travma Sonrası Hayata Küsme Bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(1):94-100.

9.Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre C, 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.

10.Keeley JW, Reed GM, Roberts MC ve ark. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. Int J Clin Health Psychol 2016; 16:109-27.

11.Halter MJ(Ed.).Vancarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing "textbook". 7th ed. Elsevier, 2014: p.304-323.

12.Alyanank B.Tepkisel Bağlanma Bozukluğu ve Disosiyatif Bozukluğun Örtüştüğü Bir Olgu Sunumu. Klinik Psikiyatri. 2000; 2: 203-208.

13.Kılıçoğlu AG, Erdoğan A. DSM-V sonrası sınırsız toplumsal katılım bozukluğu ve tepkisel bağlanma bozukluğu. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi. 2015; 8(1): 68- 74.

14.Bos K, Zeanah CH, Fox NA, Drury SS, McLaughlin KA, Nelson CA. Psychiatric outcomes in young children

with a history of institutionalization. *Harv Rev Psychiatry* 2011; 19(1):15-24.

15. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health J* 2005; 26(3):191-216.

16. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU. Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Dev* 1990;61(1):85-98.

17. Egeland B, Erickson MF. Attachment theory and findings: Implications for prevention and interventions. In: Kramer S, Parens H, eds. *Prevention in mental health: Now, tomorrow, ever?*. Northvale, N.J: Jason Aronson; 1993. p. 21-50.

18. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachments in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2006;18(3):623-49.

19. Güleç C, Koroğlu E (Editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt-1. Ankara, 1997:507.

20. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*. MN Medikal-Nobel Tıp Kitap evi.3. Baskı, Ankara:170-174.

21. Jones JS, Fitzpatrick JJ, Rogers VL (Eds.). Psychiatric-Mental Health Nursing, "textbook". Springer Publishing Company, 2012: p.247.
22. Videbeck SL(Ed.). Psychiatric Mental Health Nursing,"textbook". 4th ed. The point, 2008: p.19-29.
23. Stuart GW(Ed.). Principles and practice of psychiatric nursing"textbook" .10th Ed.:Elsevier;2013:p.523-559.
24. Zincir-Bozkurt S. Akut Stres Bozukluğu. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2015;8(1):10-20.
25. Koroğlu E. Psikiyatri Sözlüğü. HYB basım Yayın, Ankara, 2015 s.12-13.
26. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel A, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28(9):802- 17.
27. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychol Bull* 2002;128(6):886-902.
28. Sar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *Eur J Psychotraumatol* 2011;2.
29. Soldatos CR, Paparrigopoulos TJ, Pappa DA, Christodoulou GN. Early post-traumatic stress disorder in relation to acute stress reaction: an ICD-10 study among

help seekers following an earthquake. *Psychiatry Res* 2006;143(2-3):245-53.

30.Isserlin L, Zerach G, Solomon Z. Acute stress responses: A review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78(4):423-9.

31.Hacıoğlu M, Gönüllü O, Kamberyan K. Travma sonrası stres bozukluğu tanısının gelişimi üzerine bir gözden geçirme.*Düşünen Adam*; 2002, 15(4): 210-214.

32.Şuer T. Posttravmatik stres bozukluğu. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:47.Aralık 2005; s.205-210.

33.Özdemir B, Çelik C.Travma sonrası stres bozukluğununkliniği ve ayırıcı tanısı.*Turkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Özel Sayı*.2015;8(1):21-30.

34.Javidi H, Yadollahie M,Post-traumatic stress disorder.*Int J Occup Environ Med*. 2012 Jan;3(1):2-9.

35.Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB.Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.*Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.

36.Yasan A1, Saka G, Ertem M, Ozkan M, Ataman M.Prevalence of PTSD and related factors in communities

living in conflictual area: Diyarbakir case. Torture. 2008;18(1):29-37.

37. Karamustafalioglu OK, Zohar J, Güveli M, Gal G, Bakim B, Fostick L, Karamustafalioglu N, Sasson Y. Natural course of posttraumatic stress disorder: A 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. J Clin Psychiatry. 2006 Jun;67(6):882-9.

38. Kiliç C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. Acta Psychiatr Scand. 2003 Sep;108(3):232-8.

39. Kavakcı Ö. Travma sonrası stres bozukluğunun etiyojisi. Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Özel Sayı. 2015;8(1):31-7.

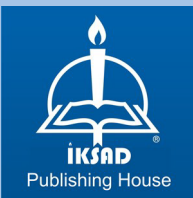
40. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull 2003;129(1):52-73.

41. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000;68(5):748-66.

42. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2000;101(1):46-59.

43. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 2002a;47(10):923-9.
44. Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *J Gen Specif Med* 2002b;5(1):34-40.
45. Doğan O. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Esfor Ofset. Sivas;2011:288-291.
46. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002;346(2):108-14.
47. Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: a search for clarity in a conflicting literature. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37(5):860-95.
48. Marmar CR, McCaslin SE, Metzler TJ, Best S, Weiss DS, Fagan J, et al. Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1071:1-18.
49. Resnick HS, Yehuda R, Pitman RK, Foy DW. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1675-7.

50.Çelik C, Özdemir B.Uyum bozukluğunun
tedavisi.Turkiye Klinikleri Psikiyatri Özel
Dergisi.2015;8(1):61-7.



978-605-7923-41-7