

# ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Timur F. Oğuz\*, Emine Z. Kılıç\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Travma sonrası stres bozukluğu tanısı ilk olarak 1980 yılında DSM -III ile resmi bir tanı kategorisi hâline gelmiş ve DSM-IV' te de bazı değişikliklerle yer almıştır. ICD - 10 tanı sınıflamasında da travma sonrası stres bozukluğu tanısı bazı farklarla yer almaktadır. Bu yazıda, çocuklarda ve ergenlerdeki travma sonrası stres bozukluğu tanısının tarihsel, kavramsal, klinik özellikler ve önerilen sağaltım yöntemleri açısından tartışılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu amaca yönelik olarak, konuya ilişkin olarak şimdiye kadar yayınlanmış ve bulunan toplam 61 kaynak gözden geçirilmiştir. **Bulgular:** Travma sonrası stres bozukluğu çocuk ve ergenlerde özgün ve çeşitli dışavurumlarla kendini gösterebilir. Bu nedenle bu popülasyon grubunda olanlardaki belirti ve bulgular konusunda uyanık ve dikkatli olmak gerekir. Sağaltım yöntemleri içinde hem ilaç sağaltımının hem de psikoterapinin yeri bulunmaktadır, fakat çoğunlukla psikoterapi birincil sağaltım yöntemi olarak kabul görmektedir. **Sonuç:** Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara gereksinim duyulmakta ise de bugüne kadar oldukça zengin bir veri birikiminin de sağlandığı görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Travma sonrası stres bozukluğu, tanı, sağaltım.

**SUMMARY: POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**Objective:** Post-traumatic stress disorder diagnosis has come into use as a formal diagnostic category in 1980 by DSM-III; and it kept its place with some changes in DSM-IV. Post-traumatic stress disorder diagnostic category can also be seen in ICD-10 with some differences from the posttraumatic stress disorder diagnosis of DSM-IV. This paper aims to discuss historical, conceptual and clinical aspects of and proposed treatment methods for the post-traumatic stress disorder in children and adolescents. **Method:** For the above mentioned purpose, 61 publications have been reviewed. **Results:** Post-traumatic stress disorder might be manifested in specific and various forms in children and adolescents. For this reason, one have to be alert and observant for the signs and symptoms seen in this population. Drug treatments and psychotherapy both have places in the treatment of the disorder but psychotherapy is generally accepted as the primary treatment method. **Conclusion:** Although more comprehensive studies are needed, it seems that quite rich data had been accumulated until today.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder, diagnosis, treatment.

## TARİHÇE

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), 1980 yılında DSM-III'ün kullanıma girmesi ile resmi bir tanı kategorisi haline gelmiştir (American Psychiatric Association 1980). Bununla birlikte TSSB'nun bütünüyle oturmuş bir tanı olduğunu söylemek olası değildir. Hatta bazı yazarlar böyle bir ruhsal bozukluğun gerçekte var olup olmadığını sorgulamaktadır (O'Donohue ve Eliot 1992).

Psikiyatri tarihinde TSSB'na benzer bir tanıya Amerikan iç savaşında rastlıyoruz "asker kalbi" (soldier's heart). DaCosta, 1871 tarihli "on Irritable Heart) isimli yazısında bu sendromu belirtmektedir (Gerson ve Carlier 1992). Daha sonra I. Dünya Savaşı sırasında ortaya çıkan benzer bir klinik tablonun patlayan top güllerinin yarattığı beyin zedelenmesinden kaynaklandığı düşünülmüş ve "top güllesi şoku" (shell shock) ismi verilmiştir (Gersons ve Carlier 1992).

Psikalaniz etkisindeki 20. yüzyıl başı psikiyatrisi "travmatik nöroz" tanısını yaygın olarak kullanmıştır (Gersons ve Carlier 1992). Freud'un

\* Araştırma Gör., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

\*\* Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.

düşünce evrimindeki bir dönüm noktasını oluşturan "Haz İlkesinin Ötesinde" makalesi esas olarak I. Dünya Savaşı sırasında Freud'un karşılaştığı ve "savaş nörozu" olarak isimlendirilen fenomenin, Freud'u kendi kuramını, özellikle metapsikoloji kuramını, yeniden gözden geçirmeye itmesi sonucunda şekillenmiştir (Freud 1991).

TSSB tanısının tarihindeki diğer önemli kilometre taşlarını ise 1941 tarihli Coconut Grove gece kulübü yangınından kurtulanlar, II. Dünya Savaşı gazileri, Nazi kamplarından kurtulanlar ile yapılan çalışmalar (Gersons ve Carlier 1992) ve feministlerin "tecavüz travması sendromu" konusundaki mücadeleleri (Russell 1983) oluşturur. TSSB kavramının ilk kullanıma girmesi Vietnam Savaşı gazileri ile yapılan çalışmalar sonucunda oluşmuştur (Herman 1992). Çocuklarda TSSB ile ilgili ilk saptama ise Anna Freud ve Burlingham tarafından 1943 yılında yapılmıştır (Freud ve Burlingham 1943). Freud ve Burlingham, savaş koşullarıyla yüzleşmiş bulunan çocuklarda TSSB belirtilerini tanımlamışlardır.

Yukarıda da belirttiğimiz gibi TSSB ilk olarak 1980 yılında DSM-III ile resmi kullanıma girmiştir ve DSM-IV'de de biraz değişikliğe uğrayarak yer almıştır (American Psychiatric Association 1994). DSM-III'de yer alan "olağan insan deneyiminin sınırlarının dışında bir travmatik yaşantı" ifadesi DSM-IV'de yer almaktadır ve DSM-IV çocuklarda TSSB tanısı ile ilgili bazı değişiklikler içermektedir.

#### DSM-IV ve ICD-10 SINIFLANDIRILMALARINDA TSSB

DSM-IV, TSSB'nu, bir kişinin "aşırı travmatik bir stresör" özelliği taşıyan bir olayın içinde yer alması, bu olaya tanık olması ya da bu olayı izlemesi sonrasında ortaya çıkan tipik belirtiler kümesi olarak tanımlar. Kişi bu olay karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet duygu ve düşünceleri gösterir. Travmatik olay sürekli olarak yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma ortaya çıkar. Süreklilik kazanmış bir aşırı uyarılmışlık hali bulunmaktadır. Belirtiler en az 1 aydır var olmalıdır ya da trav-

madan 1 aydan daha fazla bir süre geçtikten sonra ortaya çıkmalıdır. Belirtiler 3 aydan daha kısa bir süredir sürüyor ise bozukluklar akut, 3 aydan daha uzun bir süredir sürüyor ise kronik olarak kabul edilir. Stresli olayın üstünden 6 aydan daha fazla bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan bozukluk "gecikmeli başlangıçlı" olarak kabul edilir.

Burada sözü edilmesi gereken bir bozukluk da "akut stres bozukluğu" (ASB) dur. ASB ile TSSB arasındaki temel farklar ASB'nun travmadan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkması ve en fazla 4 hafta sürmesi zorunludur; ayrıca, ASB kriterleri arasında bulunan dissosiyatif belirtiler TSSB ölçütleri arasında bulunmaz.

TSSB konusunda ICD-10 ile DSM-IV arasında belirgin farklar bulunmaktadır. ICD-10, 4 hafta geçmiş olması şartını ileri sürmez, tanı ölçütleri çok daha kolay karşılanabilir; temel ölçüt yineleyici anımsamalar ve yeniden yaşantılamalardır, olayın ardından 6 aydan daha uzun süre geçtikten sonra ortaya çıkan bir tablo var ise bu tablonun TSSB ile değil, başka bir tanı kategorisi ile açıklanmaya çalışılmasının lehindedir (Dünya Sağlık Örgütü 1993).

DSM-IV'deki ASB'nun ICD-10'daki karşılığı "akut stres tepkisi" (AST) dir. Görüldüğü gibi ICD-10 bunu bir bozukluk olarak değil bir tepki olarak tanımlamaktadır. ICD-10'a göre AST olaydan hemen sonra başlamalıdır ve hemen hemen 3 gün sonra tama yakın düzelmesi gereken bir durumdur oysa DSM-IV'e göre ASB en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve olaydan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayabilir.

DSM-III ile birlikte TSSB resmi bir tanı haline gelmiş olsa da, önceleri bu tanının çocuklar için ne kadar geçerli olduğu konusunda yaygın bir kuşku hakim olmuştur. Ancak, 80'li ve 90'lı yıllar boyunca yürütülen çalışmalar TSSB tanısının çocuklar için de geçerli olduğu kanısını iyice desteklemiş ve tartışmaların merkez noktası "çocuktaki TSSB'nun özgün yanları" konusuna kaymıştır (Garmezy 1986). Nitekim DSM-III-R ve DSM-IV çocuklarda görülen TSSB belirtilerindeki özgün yanlar konusunda ifadeler içermektedir. DSM-IV'e göre, yetişkinlerden farklı olarak, çocuklar:

• "Aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme" belirtilerinin eşdeğeri olarak "dezorganize ya da ajite davranışlar" gösterebilirler.

• Çocuklarda "travmanın sürekli olarak yeniden yaşanması" travmayı konu alan oyunların tekrar tekrar oynanması biçiminde gerçekleşebilir.

• Travmatik olayın "sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görülmesi" çocuklarda içeriği tam anlaşılabilen korkunç rüyalar şeklinde kendini gösterebilir.

TSSB tanısının çocuklara göre yeniden şekillenmesi çabalarının süreceği tahmin edilmektedir.

## EPİDEMİYOLOJİ

TSSB'nun tüm toplumdaki yaşam-boyu prevalansı konusunda yapılan çalışmaların sonuçları %1 ile %14 arasında değişen sonuçlar vermektedir (American Psychiatric Association 1994). Risk altında bulunan çocuk popülasyonları ile yapılan çalışmalarda ise %3 ile %100 arasında değişen oranlar saptanmıştır (Frederick 1985, Garrison ve ark. 1995). Değerler arasında bu kadar büyük bir fark olmasında TSSB'nu değerlendirme yöntemlerinin farklılığı, popülasyonlar arasındaki farklılıklar, travmatik olayın özellikleri ve travmadan sonra geçen zaman gibi belirleyicilerin rol oynadığı düşünülmektedir (Cohen ve ark. 1998).

Bir travma ile karşılaşılmasının ardından TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında cinsiyetler arasında farklar olup olmadığı konusunda çelişkili bulgular bulunmaktadır. Bazı çalışmacılar hiçbir fark bulamazken (Burton ve ark. 1994, Sack ve ark. 1995), bazıları farklar saptamışlardır (Brent ve ark. 1995, Garbarino ve Kostelny 1996). Bazı çalışmaların sonuçları ise, bir travma ile karşılaşmalarında kız çocuklarının daha ağır belirtilerle giden ve uzun süren bir TSSB tablosu çıkardıklarına ancak erkeklerin travmatik bir olayla karşılaşma olasılığının daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Helzner ve ark. 1987).

Çocuğun yaşı ile TSSB çıkarma olasılığı konusunda kesin bulgulara ulaşılmamıştır. Yetişkinlerde genetik bir yatkınlık olabileceği konusunda bilgiler bulunsa da (True ve ark. 1993) bu konu çocuklarda şimdiye kadar hiç çalışılmamıştır.

TSSB oluşma olasılığı ile etnik ve kültürel özellikler arasında bir bağlantı saptanmamıştır, ancak kültürel özelliklerin TSSB'nin kendini nasıl gösterdiğinin belirlenmesinde rol oynuyor olabileceği düşünülmektedir (Diehl ve ark. 1994, Manson ve ark. 1996).

Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde aşağıdaki üç etkenin çocuklarda TSSB gelişmesinde tutarlı biçimde etkili olduğu görülmektedir (Foy ve ark. 1996):

- Travmaya maruziyet şiddeti.
- Ebeveynlerde travmayla bağlantılı sıkıntıların varlığı.
- Travmatik olaya zamansal yakınlık.

Ancak bu etkenler üzerinde daha fazla çalışma yapılması ve diğer etkenlerin incelenmesinin sürdürülmesi gerekmektedir.

Çalışmaların çoğunun sonuçları, çocuğun travmaya maruziyet konusundaki kendi bildiri ile TSSB belirtileri arasında pozitif bir korelasyon saptamışlardır (Wolfe ve ark. 1994, Brent ve ark. 1995, Boney-McCoy ve Finkelhor 1996, Verberg ve ark. 1996). Ancak, çok az sayıda olmakla birlikte böyle bir korelasyon olmadığını iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Earls ve ark. 1988). Rutter'a göre (1987) çok sayıda stresörün birikiminin olduğu durumlarda kalıcı gelişimsel hasarın ve TSSB belirtilerinin ortaya çıkma olasılığı artmaktadır.

Yazarların büyük bir çoğunluğu ailesel desteğin iyi düzeyde olmasının çocuklarda TSSB gelişmesini önleyici bir etken olduğu görüşündedirler (Dyregrov ve Yule 1995, La Greca ve ark. 1996). Ebeveynlerde travma ile ilgili sıkıntıların varlığı ve yine ebeveynlerde ruhsal bir bozukluğun var olması ise çocuklarda TSSB görülme sıklığını arttırmaktadır. Lyons (1987) bir travmaya maruz kalmış bulunan çocukta olumlu sonuçların ortaya çıkmasında tek güçlü belirleyicinin ebeveynler ve diğer önemli yetişkinlerin travma ile baş etme yeteneklerinin düzeyi olduğunu söylemektedir.

Çalışmaların çoğuna göre çocukların bazıları zaman içinde kendiliğinden düzelse de TSSB belirtilerinin yıllarca sürebileceğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Cohen ve ark. 1998).

## KLİNİK ÖZELLİKLER

Genel olarak incelendiğinde, çocukların yaşı büyüdükçe gösterdikleri TSSB belirtilerinin de büyüklüklerine benzemeye başladığı görülmektedir. Örneğin ergenlerde ortaya çıkan TSSB bir yetişkininki ile aynı özellikleri taşıyabilir. Bununla birlikte, ergenlerde kronik TSSB, disosiyasyon, kendine zarar verici davranış, madde kötüye kullanımı ve aralıklı kızgınlık ya da saldırganlık nöbetleri ile giden özgün bir tablo biçiminde de kendini gösterebilir (Hornstein 1996).

Yapılan çalışmalar, ilkökul çağı çocuklarında TSSB'nin amnestik belirtilerinin olmayabileceğini ve akut TSSB sırasında "kaçınma davranışı" ve "duygulanımda kısıtlılık" belirtilerini gösteremeyeceklerini düşündürmektedir. Ayrıca bu yaş grubu çocuklarında "flashback" görülebilir ya da görülmeyebilir (Terr 1985). Bu dönem çocukları travmatik olayı oyunlar, resimler ya da sözlü anlatımlar yolu ile yeniden yaşatırlar. Yine bu çocuklarda travmatik olay sırasında bozulmuş bir zaman algısı görülebilir.

Prepubertal dönem çocuklarında özellikle uyku bozuklukları sık görülebilmektedir. (Benedek 1985). Bu çocuklarda "alamet oluşumu" (omen formation) düşüncesinin sık olarak görüldüğü bildirilmektedir (Terr 1983). Bu düşünceye göre bazı belirli işaretler travmatik olayın yaklaştığının uyarılarıdır ve eğer yeterince uyanık olunursa bunlar fark edilebilir.

Çocukların yaşı küçüldükçe, tanı amacı ile "bir geleceği kalmadığı" düşüncesini sorgulamak anlamsızlaşmaktadır. Çünkü bu çocuklarda normalde de geleceğe yönelik planlar çok ilkel düzeydedir. Çok küçük yaşta çocuklar DSM-IV'de sayılan TSSB belirtilerinin görece çok daha azını sağlayabilirler. Bu duruma neden olan şey, bir ölçüde, 18 adet DSM-IV kriterinin 8'inin çocuğun sözel tanımlamalarına dayalı olması olabilir. Sonuç olarak bebekler, çok küçük çocuklar, okul öncesi dönem çocukları DSM-IV'de sayılan daha tipik belirtiler değil de, daha çok yaygın anksiyete bozukluğu (ayrılma anksiyetesi, yabancı anksiyetesi, canavar ya da hayvan korkusu), travma ile açık bir bağlantısı olan ya da olmayan durumlardan kaçınma, uyku bozukluğu ve travma ile açık bir bağlantısı olan ya da olmayan belli sözcük ya da simgelerle aşırı uğraşma gibi belirtiler

rin ön plana çıktığı bir tablo çizerler (Drell ve ark. 1993). Scheeringa ve arkadaşları (1995) küçük yaşta çocuklar için DSM-IV'e alternatif kriterler önermektedirler. Bu yazarlara göre:

- çocuğun travmaya ilişkin bir tema ya da temaları içeren oyunları, "travmanın anımsanması (recollection)" ya da "kabuslar görülmesi" durumunun bir eşdeğeridir;
- "kaçınma/genel tepki gösterme düzeyinde azalma" kriteri, oyunlarda temasal daralma, sosyal içe çekilme, duygulanım çeşitliliğinde sınırlılık ya da kazanılmış gelişimsel yetilerin kaybedilmesi durumları ile karşılanabilir ve,
- küçük çocuklarda "artmış uyarılmışlık" kriterlerinin karşılanması için yalnızca bir belirtinin varlığı yeterlidir.

Ancak bu yazarlar bu kolaylaştırmaların yanında bir de ek kategori; "yeni ortaya çıkan korkular ve/veya agresyon" ölçütünü karşılayan en az bir belirtinin varlığını şart koşmaktadırlar.

Terr (1991), çocukların yaşadığı travmaları tip 1 ve tip II olarak ikiye ayırmaktadır. Tip I travmaları araba kazası, silahlı saldırı gibi "tek ve ani vurucu travmalar"dan oluşmaktadır ve klasik DSM belirtileri olan yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık belirtileri ile sonuçlanır. Tip II travmaları ise süreklilik gösteren çocuk istisması örneklerinde olduğu gibi değişik, çoklu, uzun süreli travmalardan oluşmaktadır ve yadırtıma, duyarsızlaşma, disosiyasyon ve öfke gibi belirtiler ile gider.

Famularo ve arkadaşları (1996) akut ve kronik belirtili kümeleri birbirlerinden ayırmışlar ve akut alt-tipte uyku güçlüğü, fizyolojik aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtilerinin; kronik alt-tipte ise disosiyasyon, kısıtlı duygulanım, üzüntü ve çevreden uzaklaşma belirtilerinin öne çıktığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak küçük yaşta çocuklarda görülen TSSB'nun tipik klinik özelliklerinin neler olduğu konusunda berrak bir düşünce birliği olduğunu söylemek olası gözükmemektedir.

Hastalığın seyri konusunda da kesin şeyler söylemek şu anda olası değildir. Travma sonrasında TSSB görülme sıklığı ve zaman içinde ortaya çıkan değişimler konusunda çelişkili sonuçlar bu-

lanmaktadır. Belki şu söylenebilir: çocukların bir kısmında spontan düzelme görülebilirken pek çoğunda TSSB belirtileri uzun süre devam etmektedir.

### KOMORBİDİTE

Yapılan birçok çalışma TSSB ile depresif bozukluklar arasında belirgin bir komorbidite ilişkisi olduğuna işaret etmektedir (Yule ve Udwin 1991, Brent ve ark. 1995, Hubbard ve ark. 1995, Loof ve ark. 1995). Bazı araştırmacılar TSSB ile çocuklarda madde kötüye kullanımı arasında komorbidite saptamışlardır (Sullivan ve Evans 1994, Clark ve ark. 1995). Yine TSSB ile diğer anksiyete bozuklukları arasındaki komorbiditeyi saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (Lonigan ve ark. 1994, Geonjian ve ark. 1995, Singer ve ark. 1995).

Küçük yaşta çocuklarda anksiyete kendini dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundakine (DEHB) benzer belirtilerle gösterebilmektedir (Glod ve Teicher 1996). Bu nedenle TSSB olan bir çocuğa yanlılıkla DEHB tanısı konulabilmektedir. Aynı zamanda travma öncesinde DEHB olan bir çocuğun TSSB çıkarma riski daha fazla olabilir.

Davranım bozukluğu ve karşıt olma- karşı gelme bozukluğu da TSSB ile yüksek komorbidite gösteren bozukluklardır. Steiner ve arkadaşları (1997) bu komorbiditenin nedeninin TSSB'nun dürtü kontrol kaybı ve agresyon-öfke kontrolünde azalma gibi belirtilere neden olabilmesi olduğunu öne sürmektedirler.

Bazı yazarlar TSSB ile sınır (borderline) kişilik bozukluğu arasında da bir komorbidite olduğunu ileri sürmektedirler (Stone 1990), hatta bunların arasında sınırda kişilik bozukluğunun çok ağır ve kronik bir TSSB olduğunu ileri sürenler bile bulunmaktadır (Herman ve van der Kolk 1987). Ancak bazı yazarlara göre ise, TSSB belirtileri yatışmadan önce bir kişiye kişilik bozukluğu tanısının konması doğru değildir (Goodwin 1985).

### AYIRICI TANI

DSM-IV'e göre eğer aşırı şiddette bir stresör son-

rasında TSSB kriterleri tam olarak karşılanmıyor ise ortaya çıkan tabloya uyum bozukluğu tanısı konulmalıdır ve yine var olan stresör aşırı değilse belirtiler uyum bozukluğu tanısı lehine değerlendirilmelidir.

Eğer çocuk TSSB belirtilerini travma öncesinde de gösteriyor idiye fark edilmemiş ya da gizli kalmış bir stresör aranmalıdır. Eğer belli bir stresör saptanamıyorsa TSSB yerine diğer olası tanıları düşünmek daha yerinde olacaktır. Bir stresör saptanmış olsa dahi; eğer belirtiler başka bir ruhsal bozukluğu düşündürüyor ise TSSB yerine bu tanı konulmalıdır. Ancak belirgin bir stresör saptanmış ise ve hem TSSB hem de diğer bir ruhsal bozukluğun kriterleri karşılanıyor ise her iki tanı da konulmalıdır.

Obsesif kompulsif bozuklukta da tekrarlayan zorlayıcı düşünceler olur ama bunlar yaşanan travmatik olayla bağlantılı değildir ve genellikle kişi tarafından uygunsuz düşünceler olarak değerlendirilir.

"Flashback"ler içerdiği gerçekten yeniden yaşıyor olma duygusu ile zorlayıcı düşüncelerden ayrılır ve bir miktar disosiyasyon içerir; bu nedenle çanılsamalar, varsanılar ve psikotik bozukluklarda ortada çıkan diğer algısal sapmalardan ayrıştırılmaları gerekebilir.

### DEĞERLENDİRME

Hem ebeveynlere hem de çocuğa travmatik olay ve TSSB belirtileri konusunda avrıntılı ve dolaysız sorular yöneltilmelidir. Ancak, çocuklara sorulan soruların onların gelişim basamaklarına uygun bir dille yöneltilmesi gerekir. Ayrıca klinisyen, TSSB belirtilerinin içerik ve biçiminde görülebilecek daha önce değinilen gelişimsel varyasyonların bilgisine sahip olmalı ve bunları soruşturmalıdır (Scheeringa ve ark. 1995).

Ebeveynler genellikle çocukların TSSB belirtilerini minimize etme eğilimi gösterirler (Rigamer 1986) ya da profesyonelin bilgisine sahip olmadıkları için belirtileri fark edemezler. Ayrıca çocukların bildirimlerinden hareketle kaçınma ve duyarsızlaşma belirtilerinin ayırımına varmak zordur. Bu nedenlerle, tanının atlanması belirgin bir olasılıktır ve dikkatli olmak gerekir.

Bununla birlikte, bazı klinisyenler de var olmadığı halde TSSB tanısı koyabilmektedirler. Bu klinisyenler genellikle özgül tanı kriterlerinin bilincinde değildirler ve aşırı bir stresörün ardından ortaya çıkan yeniden yaşantılama ve anksiyete belirtilerinin varlığının tek başına tanıyı koydurabileceği konusunda yanlış bir algılamaları vardır.

Uzmanların birleştiği bir nokta ise, travma konusunda çocuklarla özgül ve açık bir konuşmanın yapılmasının gerekliliğidir (Pynoos ve Eth 1986, Wolfe ve ark. 1994). Çocuklar, eğer kendilerine özgül ve doğrudan sorular yöneltilmezse, travmaya gösterdikleri ruhsal tepkileri genellikle bildirememektedirler. Klinisyenlerin böyle bir sorgulamadan kaçınmalarının en önde gelen nedenleri; "çocuğu üzmemekten" korkulması ya da klinisyenin kendisinin acı veren konuşmalardan kaçınmasıdır. Oysa özgül ve doğrudan bir sorgulama, değerlendirmenin yeterliliğinin sağlanması için olduğu kadar TSSB belirtilerinin iyileşmesi için de gereklidir.

TSSB belirtilerini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş çeşitli tanı araçları bulunsa da bunların hiçbiri optimal özellikte değildir. Bu araçlar, klinik gidişin değerlendirilmesi ve izlenmesi konusunda büyük bir öneme sahiptirler fakat dikkatlice yürütülen, dolaysız bir klinik görüşmenin yerini tutmaları olası değildir. Günümüzde TSSB belirtilerinin değerlendirilmesi, halen, birincil olarak çocuk ve ebeveynlerle yapılan klinik görüşmeye dayanmaktadır.

TSSB tanısı ile ilgili temel bir sorun TSSB kriterlerinin tam olarak karşılanması ile kısmi olarak karşılanması durumlarının klinik anlamının ne kadar olduğudur. Kriterlerin "tam" karşılanması durumu klinik açıdan anlamlı bir ayrıma mı yoksa keyfi bir kesim noktasına mı denk düşmektedir? Yoksa TSSB belirtileri bir sıklık ve ağırlık kontinuumu içinde mi değerlendirilmelidir?

Bazı yazarlar, yetişkinler için geçerli olan TSSB tanı kriterlerinin çocukların strese karşı gösterdiği anksiyete tepkilerinin saptanmasında bütünüyle uygulanabilir olmadığını öne sürmektedirler (Garmezy 1986). Örneğin, yeniden yaşantılama ve kaçınma-duyarsızlaşma belirtilerinin zamansal bir yakınlık içinde görülebileceği söy-

lense de aslında bu iki ana belirti kümesi birbirleri ile karşıtlık içindedirler ve çocuklar çoğu zaman bu iki belirti kümesini değişmeli olarak ayrı ayrı zamanlarda uzun süreler ile göstermektedirler (Schwarz ve Kowalski 1991); yani bir çocuğun yeniden yaşantılama belirtileri gösterirken aynı zamanda kaçınma-duyarsızlaşma belirtileri göstermesi genellikle rastlanmayan bir şeydir. Eğer bu durum akılda tutulmaz ise TSSB tanısı atlanabilir.

Bazı yazarlar, kaçınma-duyarsızlaşma belirtilerinin baskın olduğu bir tabloda çocuğun travmadan etkilenmediği gibi yanlış bir kaniye kapılabileceğini belirtmektedirler (Stuber ve ark. 1991). Kaçınma belirtisi, tanımı nedeni ile, çocuğun belirtileri travma ile bağlantılandırma konusunda bir güçlük yaşadığına işaret etmektedir. Durum böyle iken bir çocuğa TSSB tanısı koymak için üç adet kaçınma-duyarsızlaşma belirtisi aramak işi çok zorlaştırmaktadır.

Daha önce değindimiz temel bir sorun da TSSB olan kişilerin psikiyatrik bir bozulma mı yoksa normal bir adaptasyon süreci içinde mi olduklarıdır. Bu sorunun çözüme ulaşması şu anda uzak gözükmektedir. Aslında bu sorunun bilincinde olmanın getireceği pratik sonuç şu olabilir: Çocuğun gösterdiği belirtilerin tanı sınıflamalarındaki katı kriterleri karşılayıp karşılamadığına bakmak yerine, temel ilke olarak varolan belirtilerin çocuğun yaşamındaki en az bir önemli alanda işlevselliğini bozacak kadar ağır bir klinik tablo ortaya çıkardığı noktada sağaltım girişiminde bulunmaktır.

## SAĞALTIM

TSSB'nun sağaltımında izlenecek yöntem konusunda uzmanlar tarafından temel öneme sahip olduğu düşünülen ilkeler kısaca şöyle özetlenebilir (Friedrich 1996, Berliner 1997).

- Travmanın özelliklerinin dolaysız bir biçimde araştırılması.
- Stresle başetmeye yönelik özgül tekniklerinin kullanılması.
- Travmaya yönelik gerçek dışı atıfların araştırılması.
- Sağaltım sürecine ebeveynlerin de katılması.

Travmaya maruz kalmış bir çocukla yapılan ilk görüşmede travma yaşantısının dolaysız bir biçimde araştırılması bile tek başına iyileşme konusunda olumlu bir etkide bulunacaktır. Bu araştırma sırasında gevşeme ve duyarsızlaştırma yönelik yöntemlerin kullanılması aşırı uyarılmışlık hali ve negatif duygulanımın azaltılmasına yönelik çabaların bu araştırmaya eşlik etmesi iyileştirici etkiyi pekiştirecektir. Yazarlara göre, böyle bir yaklaşım, anksiyeteye karşı hakim olma, kontrolü elinde tutma (mastering) yetisinin sağlanması için vazgeçilmez bir öneme sahip bulunmaktadır (Pynoos ve Eth 1986).

TSSB sağaltımında "maruz bırakma" (exposure) tekniğinin kullanımı konusunda yazarlar arasında maruz bırakmanın derecesi ve hızı konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Ancak yazarların düşünce birliğinde olduğu konu travma odaklı bir girişimin çocuklarda TSSB sağaltımının en kritik bileşeni olduğudur (Berliner 1997, Parson 1995, Saigh 1986, Terr 1990). Ancak maruz bırakma tekniğinin kullanılıp kullanılmayacağı ve kullanılacaksa ne düzeyde kullanılacağı her olgu için özgül olarak kararlaştırılması gereken bir şeydir. Bu teknikler esas olarak travmatik anıların ya da kaçınma davranışının ruhsal sıkıntı yarattığı durumlar için uygundur. Bu konunun sürekli konuşulmasından çok sıkıntı duyan ya da bu yöneme çok dirençli olan çocuklarda bu konuda ısrarlı olmak zararlı sonuçlar bile doğurabilir. Böyle durumlarda sanat ya da oyun terapileri gibi dolaylı yöntemler daha yararlı olabilir.

Kas gevşeme alıştırmaları, düşünce-durdurma, olumlu imajinasyon ve derin nefes alma tekniklerinin travmanın ayrıntılı olarak tartışılmasının öncesinde çocuğa öğretilmesi, çocuğun travma tartışılırken kendini duruma hakim, güven içinde ve güçlü hissetmesini sağlayacaktır ve çocuk daha sonra ortaya çıkabilecek yeniden yaşantılaşma durumları ile daha kolay başa çıkabilecektir.

Çocuklarda görülen TSSB'nun sağaltımında uygulanan girişimlerin çoğunda görülen bir ortak nokta da çocuğun yaşadığı travma konusunda sahip olduğu işlevsel olmayan bilişsel sayıltıların, distorsiyonların basamaklı bir mantıksal çözümleme eşliğinde gözden geçirilip düzeltilmesidir (Joseph ve ark. 1993, Spaccarelli 1995).

Uzmanların düşünce birliğinde olduğu bir önemli nokta da ebeveynler ve/veya diğer bir destek kaynağı olabilecek kişilerin sağaltım sürecine katılmasının TSSB belirtilerinin giderilmesinde önemli bir yeri olduğudur (Cohen ve ark. 1998). Travmatik olaya ebeveynlerin gösterdiği duygusal tepki ve çocuğa verdikleri destek, çocuğun gösterdiği TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında etkin rol oynarlar. Ayrıca ebeveynler çocuğun gösterdiği TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasında etkin rol oynarlar. Ayrıca ebeveynler çocuğun gösterdiği belirtilerin gidişini gözleyebilir ve uygun davranışsal başa çıkma yöntemlerini öğrenip uygulayabilirler. Bunun yanı sıra, ebeveynlerin travma ile ilgili kendi ruhsal sorunlarının çözülmesi, onların çocukların duygusal gereksinimleri konusunda daha duyarlı ve yanıt verebilir hale gelebilmelerini sağlayacaktır.

Herhangi bir terapi modelinin (bireysel, grup ya da aile terapileri) diğerlerine üstün olduğunu sağlam bir biçimde gösteren herhangi bir bulgu bulunmamaktadır. Önemli olan terapinin travma odaklı ve çocuğun gösterdiği özgül belirtilere yönelik olmasıdır. Ancak görece geniş bir topluluğun travmaya maruz kaldığı durumlarda kısa zaman içinde başlatılan grup terapilerinin uygulanabilecek en etkin terapi yöntemi olduğu düşünülmektedir. Bu biçimde yapılacak bir krize müdahale girişimi ile travmatik olayın ve olayın etkilerinin zamanında dolaysız bir biçimde tartışılması, çok sayıda çocukta kaçınma ve diğer TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasını engelleyecektir.

Travmatik yaşantının yol açabileceği duygusal tepkiler, bir daha benzer bir travma olduğunda nasıl davranılması gerektiği ve korunmaya yönelik neler yapılabileceği konularında çocuklara eğitim verilmesi TSSB belirtilerinin azaltılması konusunda yararlı olabilmektedir.

Kronik TSSB olan bazı çocuklarda görülen disosiyatif belirtilerin sağaltımı daha karmaşıktır. Bu çocukların bazılarında disosiyatif belirtiler varsa ya da dezorganize düşünce ve davranışlarla kendini gösterebilmekte ve psikozdan ayırma gücü olabilmektedir. Öyküsünde ciddi bir travma bulunan çocuk ve ergenlerde psikoz tanısı koymakta sakınılması gerekir. Ayrıca psikoz düşünülerek çeşitli fiziksel kısıtlama yöntemleri kul-

lanılması ya da zorla medikasyon uygulanması ek travmalar yaratarak tablonun daha da kötüleşmesine neden olacaktır.

TSSB olan çocukların gösterdiği belirtilerin hepsi travmaya bağlı olmayabilir. Bu nedenle klinisyenler travma öncesinde başlamış bulunan ya da komorbidite oluşturan ruhsal bozukluklar konusunda uyanık olmalı ve bunlara yönelik uygun girişimlerde bulunmalıdırlar.

Çocuklarda görülen TSSB için herhangi bir özgül ilacın kullanımı ile ilgili yeterli ampirik destek günümüze kadar bulunamamıştır.

Loeff ve arkadaşları (1995) 10.0-11.5 µg/ml'lik kan düzeyinde karbamazepinin 28 çocuğun 22'sinde tam remisyon sağladığını bildirmişlerdir. Ancak bu çocukların bazıları aynı zamanda başka ilaçlar da almaktaymışlar. Famularo ve arkadaşları (1988) cinsel ve/veya fiziksel istismara uğramış 11 çocuğa 5 hafta süreyle uygulanan propranolol tedavisinin TSSB belirtilerinde anlamlı bir düşüş sağladığını göstermişlerdir. Klonidin benzeri α-adrenerjik reseptör blokörlerinin belirtilerinin yatıştırılmasında etkili olabileceğini gösteren bazı çalışmalar da bulunmaktadır (Harmon ve Riggs 1996, Horrigan 1996).

Şu ana kadar TSSB olan çocuklarda antidepresan kullanıma ilişkin ampirik çalışma bulunmamaktadır. Ancak yazarlar, belirgin depresyon, anksiyete, panik ve DEHB belirtileri bulunan çocuklarda klinisyenin uygun ilacı saptayıp kullanması gerektiği konusunda birleşmektedirler. Hem depresyon hem de anksiyete belirtilerine karşı etkili olmaları hem de uygun yan etki profilleri nedeni ile SSRI'lar bu konuda ilk sıra ilacıdır. İmipramin de panik belirtileri bulunan çocuklarda sık olarak kullanılmaktadır.

Sonuç olarak TSSB olan çocuklarda günümüzde önerilen sağaltım modalitesi, kabaca, belirgin depresyon ya da panik belirtileri olduğunda ilaç desteğinin yapıldığı ayaktan psikoterapi uygulaması olarak tanımlanabilir.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> edition DSM-III*. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washinton D.C.
- Benedek E (1985) *Children and psychic trauma: a brief review of contemporary thinking. Posttraumatic Stress Disorder in Children içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed). American Psychiatric Press, Washington D.C., s:1-16.*
- Boney-Mc Coy A, Finkelhor D (1996) *Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships. J Consult Clin Psychol 64: 1406-1416.*
- Brent DA, Perper JA, Moritz G ve ark. (1995) *Postraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 209-215.*
- Burton D, Foy D, Bwanausi C ve ark. (1994) *The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and posttraumatic stress symptoms in male juvenile offenders. J Trauma Stress 7:83-93.*
- Clark DB, Bukstein OG, Smith MG ve ark. (1995) *Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. Psychiatr Serv 46: 618-620.*
- Cohen A, Bernet W, Dunne JE (1998) *Practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37(10 Supplement): 4S-26S.*
- Diehl VA, Zea MC, Espino CM (1994) *Exposure to war violence, separation from parents, posttraumatic stress and cognitive functioning in Hispanic children. Rev Int Psychol 28: 25-41.*
- Drell MJ, Siegel CH, Gaensbauer TJ (1993) *Posttraumatic stress disorder. Handbook of Mental Health içinde, CH Zeanah (ed) Guilford, New York.*
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Türkiye Sınır ve Ruh hastalıkları Derneği Yayını, Ankara.*
- Dyregrov A, Yule W (1995) *Screening measures: the development of the UNICEF screening battery. Children and War Symposium, Fourth European Conference on Traumatic Stress 'de sunulmuş bildiri, Paris, Mayıs 1-11.*
- Famularo R, Kinscheff R, Fenton T (1988) *Propranolol Treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. Am J Dis Child 142:1244-1247.*
- Foy DW, Madvig BT, Pynoos RS ve ark. (1996) *Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. J Sch Psychol 34: 133-45.*
- Frederick CJ (1985) *Children traumatized by catastrophic situations. Posttraumatic Stress Disorder in Children içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed) American Psychiatric Press, Washington D.C. s: 71-100.*



- Freud A, Burlingham DT (1943) *War and Children*. Medical War Books, London.
- Freud S (1991) *Beyond the pleasure principle. On Metapsychology: The Theory of Psychoanalysis*, The Penguin Freud Library, Volume 11 içinde, Penguin Books, London.
- Friedrich WN (1996) *Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children*. *Child Maltreatment* 1: 343-347.
- Garbarino J, Kostelny K (1996) *The effects of political violence on Palestinian Children's behavior problems: a risk accumulation model*. *Child Dev* 67: 33-45.
- Garmezly N (1986) *Children under severe stress: critique and commentary*. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 384-391.
- Garrison CZ, Bryant ES, Addy CL ve ark. (1995) *Posttraumatic stress disorder in adolescents after Hurricane Andrew*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1193-1201.
- Gerson BPR, Carlier IVE (1992) *Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept*. *Br J Psychiatry* 161: 742-752.
- Glod CA, Teicher MH (1996) *Relationship between early abuse, PTSD, and activity levels in prepubertal children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1384-1393.
- Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM ve ark. (1995) *Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1174-1184.
- Goodwin J (1985) *Posttraumatic symptoms in incest victims*. *Posttraumatic Stress Disorder in Children* içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed) American Psychiatric Press, Washington D.C. s: 155-168.
- Harmon RJ, Riggs PD (1996) *Clinical perspectives: clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1247-1249.
- Helzer JE, Robins LN, McEnvoy L (1987) *Posttraumatic Stress Disorder in the general population*. *N Engl J Med* 317: 1630-1634.
- Herman JL (1992) *Trauma and recovery*. Basic Books, New York.
- Herman JL, van der Kolk BA (1987) *Traumatic antecedents of borderline personality disorder*. *Psychological Trauma* içinde, BA van der Kolk (ed) American Psychiatric Press, Washington D.C., s:303-327.
- Hornstein NL (1996) *Complexities of psychiatric differential diagnosis in children with dissociative symptoms and disorders*. *The Dissociative Child* içinde, J Silberg (ed), Sidran Press, Lutherville, MD, s: 27-46.
- Horrigan JP (1996) *Guanfacine for posttraumatic stress disorder nightmares (mekutup)*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 975-976.
- Hubbard J, Realmuto GM, Northwood AK ve ark. (1995) *Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1167-1173.
- Joseph S, Brewin C, Yule W ve ark. (1993) *Causal attributions and posttraumatic stress disorder in adolescents*. *J Child Psychol Psychiatry* 34: 253-274.
- La Greace A, Silverman WK, Vernberge EM ve ark. (1996) *Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study*. *J Consult Clin Psychol* 64: 712-723.
- Lonigan CJ, Shannon MP, Taylor CM ve ark. (1994) *Children exposed to disaster, II: risk factors for the development of post-traumatic symptomatology*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 94-105.
- Loof D, Grimley P, Kuller F ve ark. (1995) *Carbamazepine for posttraumatic stress disorder (mekutup)*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 703-704.
- Lyons JA (1987) *Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review of the literature*. *J Dev Behav Pediatr* 8:349-356.
- Manson S, Beals J, O'Neill T ve ark. (1996) *Wounded spirits, ailing hearts: posttraumatic stress disorder and related disorders among American Indians*. *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research and Clinical Applications*, AJ Marsella, MJ Friedman, ET Gerrity, RM Scurfield (ed), American Psychological Press, Washington D.C. s:255-283.
- O'Donohue W, Elliot A (1992) *The current status of posttraumatic stress disorder as a diagnostic category: problems and proposals*. *J Trauma Stress* 5: 421-439.
- Parson ER (1995) *Post-traumatic stress and coping in an inner-city child*. *Psychoanal Study Child* 50: 272-307.
- Pynoos R, Eth S (1986) *Witness to violence: the child interview*. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 306-319.
- Rigamer EF (1986) *Psychological management of children in a national crisis*. *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 364-369.
- Russell D (1983) *The incidence and prevalence of intra-familial and extrafamilial sexual abuse of female children*. *Child Abuse Negl* 7: 133-146.
- Rutter M (1987) *Continuities and discontinuities from infancy*. *Handbook of Infant Development*, 2<sup>nd</sup> edition içinde, J Osofsky (ed) Wiley, New York.
- Sack WH, Clarke GN, Seeley J (1995) *Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1160-1166.
- Saigh PA (1986) *In vitro flooding in one treatment of six year -old boy's traumatic stress disorder*. *Behav Res Ther* : 685-688.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ ve ark. (1995) *Two approaches to diagnosing posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 191-200.
- Schwarz ED, Kowalski JM (1991) *Posttraumatic stress disorder after a school shooting: effects of symptom threshold selection and diagnosis by DSM-III, DSM-III-R, or proposed DSM-IV*. *Am J Psychiatry* 148: 592-597.

Singer MI, Anglin T, Song L ve ark. (1995) Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *J Am Med Assoc* 273: 447-482.

Spaccarelli S (1995) Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: validity data on two scales *J Abnor Child Psychol* 23: 703-727.

Stainer H, Garcia IG, Matthews Z (1997) Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 357-365.

Stone MH (1990) Abuse and abusiveness in borderline personality disorder. *Family Environment and Borderline Personality Disorder içinde, PS Links (ed), American Psychiatric Press, Washington D.C.*

Stuber ML, Mader K, Yasuda P ve ark. (1991) Stress responses after pediatric bone marrow transplantation: preliminary results of a prospective longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30: 952-957.

Sullivan JM, Evans K (1994) Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who is chemically dependent. *J Psychoactive Drugs* 26: 369-378.

Terr LC (1983) Chowchilla revisited: the effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 140: 1543-1550.

Terr LC (1983) Children traumatized in small groups. *Posttraumatic Stress Disorder in Children içinde, S Eth ve RS Pynoos (ed), American Psychiatric Press, Washington DC, s: 45-70.*

Terr LC (1990) *Too scared to cry. Parper and Row, New York.*

Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148: 10-20.

Truve WR, Rice J, Elsen SA ve ark. (1993) A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 50: 257-264.

Vernberg EM, Silverman WK, La Greca AM ve Ark. (1996) Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *J Abnorm Psychol* 105: 237-248.

Wolfe DA, Sas L, Wekerle C (1994) Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 18: 37-50.