



## POST-TRAVMATİK STRESS BOZUKLUĞU POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Doç. Dr. Can TUNCER\*, Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU\*\*

**ÖZET:** DSM-III'te (1980) post-traumatik stres bozukluğu ilk defa tanımlanmıştır. Etiyopatogene-  
zde psikososyal faktörlerin önemi ortaya koyulmuştur. Locus coeruleus alanında noradrenalin ve  
opioidlerin salgılanması arasında bir dengesizlik olduğu ileri sürülmektedir.

Bu yazıda post-traumatik stres bozukluğunun semptomatolojisi, etyopatogenezi, ayırıcı tanısı,  
prognozu ve tedavisi gözden geçirilmiştir.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** Post-traumatik stres bozukluğu, etyopatogenezi, locus coeruleus disre-  
gülasyonu, tedavi.

**SUMMARY:** DSM-III(1980) for the first time introduced post-traumatic stress disorder. Other  
than psychosocial factors also the importance of biologic factors have been presented in the etiology  
of post-traumatic stress disorder in recent years. It has been postulated that post-traumatic stress  
disorder involves an imbalance between noradrenaline and opioid release in the area of locus coeru-  
leus.

In this article, symptomatology, etiopathogenesis, differential diagnosis, prognosis and treatment  
of post-traumatic stress disorder have been reviewed.

**KEY WORDS:** Post-traumatic stress disorder, etiopathogenesis, locus coeruleus dysregulation,  
treatment.

### GİRİŞ

Post-traumatik stres bozukluğu kişinin alış-  
lagelmiş olayların dışında hemen herkesi bariz bir  
şekilde rahatsız edecek bir olay yaşadığı ve tetik-  
leyici travmanın kognitif olarak tekrarlayıcı bir  
şekilde yaşandığı, olayla ilgili uyarılardan kaçır-  
ıldığı veya genel bir donukluk halinin ortaya  
çıkması ve aşırı uyanıklık hali ile karakterize bir  
bozukluktur.

Teşhis kriterleri 1980'de DSM-III'te tanımlan-  
dığından bu yana post-traumatik stres bozuk-  
luğu ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalış-  
maların ağırlığını çeşitli savaşlara katılanlar oluş-  
turmakta beraber itfaiyeciler, tabii afetlere maruz  
kalanlar ve büyük kazalardan etkilenenler bu çalış-  
malarda incelenen gruplardır.

Post-traumatik stres bozukluğunda sürdürülen  
psikososyal yakınlaşmaların yanı sıra biyolojik  
yaklaşımlarında gidecek gündeme gelmesi netice-  
sinde birçok özellikleri açığa kavuşmuştur.

### TRAVMA ÖZELLİKLERİ ve SEMPTOMATOLOJİ

Kişinin hayatını ve fizik bütünlüğünün tehlike-

ye girmesi en sık rastlanan travma şeklidir. Ço-  
cukların, eşin, yakın akrabaların ve arkadaşların  
tehlike halleri de sık rastlanan diğer travma sebeplerini  
oluşturur. Bir tehlike ya da zararın öğrenil-  
mesi de travma olabilir.

Savaşa katılmak, cephede kalmak, tabii afetler,  
trafik, deniz ve uçak kazaları, rehlin tutulmak, esir  
kampları bu hastalığı oluşturan sebeplerden olup  
insanların sebebiyet verdiklerinin daha ağır ve  
uzun seyrettiği görülmüştür.

Olayın tekrar yaşandığı anlarda sıklıkla olayla  
ilgili tekrarlayıcı ve istenmeden gelen hatıralar ve  
sıkıntı veren rüyalar gündemdedir. Nadiren, dakika-  
lardan günlere kadar değişik sürelerde dissosi-  
yatif haller görülebilir. Hatta Spiegel 1984'te ço-  
ğul kişiliğin post-traumatik stres bozukluğunun  
bir şekli olduğunu ileri sürmüştür (1). Olayın her-  
hangi bir yönüne benzeyen veya onu andıran hal-  
lerde kişide psikolojik stres yaratabilir.

Travmanın tekrar yaşanmasına ek olarak  
travma sonrasında ilişkin uyarıdan sürekli bir kaç-  
çımaya veya genel bir donukluk hali ortaya çıkabilir.  
Kişinin dış dünyayla ilişkilerinde "ruhi  
donukluk" denen bir hal görülebilir, kişi kendini  
diğer insanlardan uzakta hissedebilir ve daha önce  
zevk aldığı şeylerden zevk almayabilir.

\* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD  
\*\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Uykuya dalma güçlüğü ve uykuyu sürdürme güçlüğü, tetikeliğinin artması ve artmış ürküntü cevapları artmış uyanıklığın sürekli semptomlarını oluşturur. Bazen konsantrasyon ve işleri tamamlama güçlüğü olabilir.

Depresyon ve anksiyete semptomları da sıkırt ve çok ciddi boyutlarda olabilir. İmpulsif davranışlar, emosyonel oynaklık, başağrısı ve vertigo görülebilir.

### ETYOPATOGENEZ:

Post—travmatik stres bozukluğunun etyopatogenezinde çeşitli faktörler araştırılmış ve tek faktöre bağlanamamıştır.

DSM—III—R'de belirtildiği gibi stresin alışla gelmiş olayların dışında hemen herkesi bariz şekilde etkileyecek düzeyde bir hadise olması gerekir. Stresin süresi ve ağırlığı da önemlidir. Ayrıca kişinin tabiatı da önemlidir (2). McFarlene bir yaygın faciasında bulunan itfaiyeciler üzerinde yaptığı çalışmada içe dönüklük, nörotizm ve geçmiş öyküde ya da aile öyküsünde psikiyatrik bozukluğun varlığını post—travmatik stres bozukluğu gelişiminde premorbid faktörler olarak bulmuştur. Beklenenin aksine maruz kalmanın yoğunluğu, algılanan tehdit ve sürekli kayıplar premorbid faktörler olarak tek tek önemli olmuştur (5).

Klasik öğrenme teorisi göz önünde bulundurulduğunda muhtemelen hiçbir DSM—III—R bozukluğu bu kadar iyi tanımlanmamıştır. Katastrofik stres olan bir uyarıya maruz kalmayı şartlanmış emosyonel cevap ve olumsuz olarak pekiştirilmiş kaçınma davranışı takip eder (3).

Travmatik olaylardan sonra oluşan semptomları açılmak için çeşitli psikoanalitik açıklamalar yapılmıştır. Freud'un yineleme zorlantısı (repetition compulsion) görüşüne göre çocukta acı, korku veren bir uyarıya tekrar tekrar yaklaşma ve böylelikle korkunun üstesinden gelme eğilimi görülür. Zihnindeki örseleyici olayları rüyalarında, konuşmalarında yineleyerek bir duyarsızlaşma böylece stresle başetme gücü geliştirilmektedir. Yetişkinin ağır bir stresle başedememesinde düşüncelerinde, rüyalarında bu olayı tekrar tekrar yaşaması yineleme zorlantısına benzer (6).

Aşırı stresle ilgili olabilecek çeşitli hormonal araştırmalar da yapılmıştır. Mason ve arkadaşları post—travmatik stres bozukluğu olan hastaların idrar NE/kortizol oranlarının bipolar bozukluk, major depresyon, paranoid şizofreni ve ayırdelemeyen şizofrenili hastalarınkinden anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermişlerdir. Yüksek noradrenalin düzeylerinin artmış sempatik sinir sistemi faaliyeti ve tepkiselliği gösteren psikofizyolojik bulgularla beraberlik gösterdiği önerisindedirler (3). Genelde psikolojik streste kortizol artışına rağmen post—travmatik stres bozukluğunda 17—hidroksi kortikosteroid düzeylerinin

düşüklüğünü bildiren birçok çalışmalar vardır. Bu durum affektif uyanıklığın gelişmiş baskılanması yani kriterlerde belirtilen cevap dokunukluğunun açıklanmasında destekleyicidir (1,3). Aşırı streste affektif uyanıklığın gelişmiş baskılanması mı veya tükenme olduğunu anlamak için ACTH düzeyleri önemli olabilir. Affektif uyanıklığın gelişmiş baskılanmasında ACTH düzeylerinin düşük olması beklenir ki tükenme halinde ise ACTH düzeyleri yükselmiştir (1).

Burges Watson ve arkadaşlarına göre post—travmatik stres bozukluğunda locus coeruleus alanında noradrenalin ve opioid düzeyleri arasında dengesizlik vardır. Daha da öte kronik post—travmatik stres bozukluğu ve eksojen opioid kesilme semptomlarının benzerliğine dayanarak bu kişilerin bazılarının endojen opioid düzeylerini sürdürmek için stres bağımlısı olduklarını öne sürmüşlerdir. Onlara göre post—travmatik stres bozukluğu tamamen şartlanmış endojen opioid kesilmesi olarak açıklanamaz fakat yaygın travma locus coeruleus aktivitesini değiştirerek aşırı otonom tepkisiyle cevap verme duyarlığını arttırmaktadır. Bu hiperaktivite travmatik olarak tekrar maruz kalmaya cevap olarak endojen opioid düzeyleri dalgalanması daha da güçlenebilir (1).

Kolb'a göre ise aşırı ve uzun süre duyarsızlaştırıcı uyarıların sonucu olarak kortikal nöronal ve sinaptik değişiklikleri meydana gelir ve dolayısı ile itiyati öğrenme basklanır. Aşırı kortikal duyarlılaştırma ve agonistik nöronal sistemin itiyat kapasitesinin azalmasıyla noradrenalinle faaliyete geçen medial hipotalamik nükleus ve locus coeruleus gibi alt beyin sapı yapıları inhibitör kortikal kontrolden kurtulur. Bu yapılar yaygın kortikal ve subkortikal uzantıları ile tekrarlayıcı şekilde orijinal travma ile ilgili algısal, kognitif, affektif ve somatik klinik şekilleri ortaya çıkarır. Algılanan tehdit hallerinde aşırı sempatik uyanıklık ortaya çıkar ki bu durumda nöroendokrin bozukluklarla birlikte öfke ve davranışsal ifadeleri ve travmatik olaylara ilişkin hatıraların yineleyen kortikal reaktivasyonları olur (4). Travmatik olaylara ilişkin hatıraların yineleyen kortikal reaktivasyonu gündüz istenmeden gelen düşünceler ve gece tekrarlayan kabuslar şeklinde non—REM döneminde dahi görülebilir (3,4).

Post—travmatik stres bozukluğunda hemisfer fonksiyonu lateralizasyonu ile ilgili çalışmalarda yapılmıştır. Brende 1982'de yaptığı çalışmasında travmatik olayların baskılanmasını, istemeden gelen hayelleri ve olayların tekrar yaşanmasını sağ (dominan olmayan) hemisfer fonksiyonu ile ruhi donukluğu, aşırı tetikliği ve saldırganlığı sol (dominan) hemisfer fonksiyonu ile ilgili bulunmuştur (1).

Brende 1984'te bölünme, dissosiyasyon ve hemisfer fonksiyonu ile ilgili çalışmalarında post—travmatik stres bozukluğu ile ilgili olabilecek bazı hipotezleri ortaya koydu. Çevresel tehditler

ve rahatsızlık veren hayaller, duygular ve post-travmatik olayların hatırlanmasının farkındalığına karşı savunan "koruyucu kişiliğin" sol hemisferin kognitif, duygusal olmayan ve savunma fonksiyonları ile ilgili olduğunu öne sürdü. Travmatik olaylarla ilgili tekrarlayan yeniden canlandırma ve duygusal olarak yüklenmiş hayalleri yaşayan "zarar gören kişiliğin" sağ (dominant olmayan) hemisfer fonksiyonu ile bağlantılı olduğunu ileri sürmüştür (1). Bredem'deye göre hem bölünme hem de disosiyasyon iki hemisfer arasında ki nörotransmitter iletişiminin fonksiyonel bozulması sonucudur.

Goodwin (1985) ve Putnam (1984) çoğul kişilikli erişkin hastaların çoğunluğunda çocuklukta hayli travmatik incest ilişkileri bildirmiş ve çoğul kişiliğinde post-travmatik stres bozukluğunun bir çeşidi olduğunu öne sürmüştür (1). Spiegel ve arkadaşları post-travmatik stres bozukluklu hastaların şizofrenik bozukluk, major depresyon, bipolar bozukluk-depresyon, distimik bozukluk, genelleşmiş anksiyete bozukluklu hastalardan ve kontrollerden belirgin şekilde yüksek hipnotizasyon skorları elde ettiklerini buldu. Travmatik tecrübeler esnasında ve sonrasında savunma olarak disosiyatif fenomenin harekete geçtiği hipotezini bulgularının desteklediğini önerdiler (7).

Chemtob ve Hamada' göre sağ hemisfer çoğu şekilde bireyin "fight or flight" kaynaklarının mobilizasyonunu başlatan erken uyarı sistemidir. Sol hemisfer uyanıklığı düzenler, tehdit hallerini analiz eder ve tehditle başa çıkacak hareket planı üretir ve bu planı başlatır. Post-travmatik stres bozukluğunda yüksek affektif yüklü sağ hemisfer sol hemisferin düzenleyici fonksiyonu baskılayabilir ve hiperinhibisyonu ve Horowitz'çe tarif edilen istenmeden gelen düşünceler ve emosyonel donukluk arasında fazik dalgalanmalara yönelik (1).

### AYIRICI TANI

Genelleşmiş anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, depresif bozukluklar ve organik akıl bozuklukları ayırıcı tanıda gözönünde bulundurulmalıdır. Bazen bu bozukluklardan biri ile birlikte de görülebilir (2, 3).

Major depresyon ile arasında şu farklılıklar görülür.

#### Post-travmatik Stres Bozukluğu

REM kısalır  
REM latensi uzar  
Rüya ve kabus RES ve non-REM'de  
Hipo-adreno-kortikal hal  
Propranolol etkili

#### Major Depresyon

REM uzar

REM latensi kısalır

Sadece REM'de

Anormal DST testi. Hipotalamikadreno kortikaleksen hiperaktivitesi

Propranolol agrevasyon yapabilir

Panik bozuklukla aralarında sempatik artması, uyanıklık ve aniden anksiyetenin artması, trisikliklere, MAOI ve propranolole iyi cevap, depresif semptomlarla sıklıkla beraberlik, locus coeruleus disregülasyonunun ikisinde de major rol oynaması ve post-travmatik stres bozukluğunda keriye dönüp yaşamların panik bozukluk kriterlerini doldurabilmesi gibi benzerliklerine rağmen şu farklılıklar vardır (3).

#### Post-travmatik Stres Bozukluğu

Anamlı uyarılarla tetiklenme ve primer olarak anlamlı psikolojik etki

Uykunun 4. döneme kısalır

Ailevi özellik yok

#### Panik Bozukluk

Ataklar spontan ve primer olarak fizyolojik tabiatlı

Uykunun 4. dönemi uzar

Ailevi özellik olabilir

Uyum bozukluğu ile ayırıcı tanısını yaptığımızda uyum bozukluğunda stresörün olağan olup olmadığı az ciddiyet taşıdığını ve travmatik olayları yeniden yaşama gibi post-travmatik stres bozukluğu semptomlarını olamadığını görürüz.

**PROGNOZ:** Semptomlar travmadan hemen sonra veya hayli uzun bir süre sonra çıkabilir. Kırcınma semptomlarının varlığına rağmen sonra yavaş yavaş semptomları yıllarca sonra görülebilir. Kırcın hafifçe etkilenebilir veya etki hayatının tüm yıllarında görülebilir. Stresörde insanların sebebiyet verdikleri daha uzun ve ağır seyretmektedir. Emosyonel labilite, depresyon ve suçluluk kendine yönelik davranışlar ve intiharla sonuçlanabilir. Alkol ve madde kullanımına eğilimleri vardır ve oldukça sık rastlanır. Uygun tedavi rehberlik hasta kısa sürede normale dönebilir.

**TEDAVİ:** Tek başına farmakoterapi nadiren remisyon sağlar. Bu hastalıkta özgün olarak kullanılacak ilaç belirtilmemiştir. Trisiklik antidepresanlar, MAOI, klonidin, propranolol, lityum ve benzodiazepinlerin etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (3,6). İlacın sağladığı semptom rahatlaması hastanın bireysel, davranış ve grup tedavilerine katılmasını kolaylaştırır. Ağır şekilde 2-3 haftalık standart hospitalizasyonun dışında semptomlarda rahatlama sağladığı ve en

3 ay yoğun psikoterapinin yatan hastaya uygulanması gereğinden bahsedilmiştir.

İlaç seçiminde göz önünde tutulması gereken bazı özellikler vardır. Trisiklik antidepresanlar post-travmatik stres bozukluğu tedavisinde en çok kullanılan ilaçlardır. Antipanic faaliyetleri ile aşırı uyanıklığı azaltırlar, istenmeden gelen tekrarlayıcı hatırlamalarda azalır, geriye dönüp yaşamları bastırır ve travmatik gece kabuslarını azaltır. Sinerjik serotonin mekanizmalarının güçlendirerek endojen opioidleri arttırmaları sebebi ile de alkol ve madde kullanımı olanlarda daha az risk taşırlar. MAOI alkol bağımlılığının yüksek insidansı ve karşılıklı etkileşimleri sebebi ile benzodiazepinlerinse bu hastaların bağımlılık eğilimlerinin yüksek olması ve çoğunun alkol ve bağımlısı olabildiklerinden dolayı kullanımları sakıncalıdır.

Rutin tedavilerde antipsikotiklerin yeri yoktur. Trisikler paranoid semptomlar ve bir nevi hallüsinasyon olan geri dönüp yaşamalarda etkilidir. Fakat agresif psikotik semptomlar, kendine zarar vericidavranışlar ve travmatik olayların görsel ve işitsel hallüsinasyonları ile karakterize sık geriye dönüp yaşamlarda nöroleptikler kullanılabilir (3).

Post-travmatik stres bozukluğunun tam remisyonunda farmakoterapinin tek başına nadiren et-

kili olduğu unutmamak önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Burger Watson IP, Hoffman L., Wilson GW: The Neuropsychiatry of post-traumatic Stress Disorder. Brit. J Psychiatry 1988, 152,164-173.
2. Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington D.C., American Psychiatric Association, 1987.
3. Friedman, MJ: Toward Rational Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder: An Interim Report. Am J Psychiatry 1988,145: 281-285.
4. Kolb LC:A Neuropsychological Hypothesis Explaining PTSD. Am J psychiatry 1987,144: 989-995.
5. McFarlane AC:The Aetiology of PTSD Following a Natural Disaster. Brit J Psychiatry 1988,152,116-121.
6. Öztürk, O:Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nurol Matbaacılık, Ankara, 1988.
7. Spiegel D,Hunt T, Dondershine HE:Dissociation and Hypnotizability in Post-traumatic Stress Disorder. Am J Psychiatry 1988,145:301-305.