

Travma sonrası stres bozukluğu ve "subsendrom" kavramı

Burhanettin KAYA¹

ÖZET

Psikiyatrik bozuklukların "subsendromal" ya da eşik altı olarak tanımlanan klinik görünimleri son yıllarda dikkat çeken konular olmaya başlamıştır. Tanı ölçütlerini ya da travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerini içerme düzeylerine göre eşik altı TSSB olgularına "parsiyel, subsendromal" ya da "borderline TSSB" biçiminde değişik isimler verilmiştir. Sınıflama sistemlerine göre bozukluk sınırlarında tanımlanmayan bu eşik altı klinik görünüm, TSSB'nun seyri ile ilgili belirsizliklere ışık tutacak önemli bir tartışma zemini oluşturmaktadır. Eşik altı görünümün nasıl oluştuğu, nedenleri, travmanın şiddeti ve bireysel özelliklerle ilişkisi, travma öncesi ve sonrasına ait etkenlerle etkileşmesi ile ilgili yanıtlanması gereken sorular bu tartışmaya yön verecektir. Bu yazıda TSSB'nin eşik altı görünimleri ve bunun klinik gidiş açısından önemi ulaşılabilen kaynaklar çerçevesinde tartışılmaya çalışılmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5:231-238)

Anahtar sözcükler: Travma, TSSB, eşik altı, subsendrom

Post-traumatic stress disorder and concept of subsyndrome

ABSTRACT

Clinical appearance of psychiatric conditions defined as "subsyndromal" or "subthreshold" has begun to get more attention from physicians in the recent years. According to the extent of inclusion of the post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms of PTSD has been labeled as "partial", "subsyndromal" or "borderline" PTSD. These subthreshold conditions that can not be named as a disorder in classification systems can make a background for discussion about the indefinite clinical forms of PTSD. The development of subthreshold PTSD conditions, as in the relation with the severity of the trauma, the personality traits, and interactions with the factors prior to or after the trauma will clarify this discussion. In this article, we tried to discuss the subthreshold conditions of PTSD and its clinical course in the light of the available literature. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2004; 5:231-238)

Key words: Trauma, PTSD, subthreshold, subsyndrome

GİRİŞ

Psikiyatrik bozuklukların subsendromal ya da eşik altı olarak tanımlanan klinik görünimleri son yıllarda dikkat çeken konular olmaya başlamıştır. Her

ruhsal bozuklukta eşik altı kavramı aynı anlamı ve içeriği taşımamaktadır. Her bir ruhsal bozukluğun eşik altı görünümüyle ilgili yapılan değerlendirme ve yorumlar tartışmaları farklı yönlere sürükler.

¹ Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA

Yazışma adresi: Dr. Burhanettin KAYA, İnönü Üniv. Tıp Fak. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği, MALATYA
E-posta: bkaya@inonu.edu.tr

mektedir. Eşik altı durumları saptamaya yönelik araştırmaların genel olarak yetersizliği, özgün birer tanı kategorisine dönüşmüş olarak sınıflamalarda yer almamış olmasının yarattığı belirsizlik, sağlıklı sonuçlara ulaşmayı güçleştirmektedir. Bazı ruhsal bozukluklarda "eşik altı" durumları öne çıkarmak hayatın birçok alanını patolojize etmek anlamına gelebilir. Bir anlamda insanın sahip olduğu doğal duygulara ve duygusal değişimlere bir psikopatoloji olarak yaklaşmak riskini doğurmaktadır. Bir başka ruhsal bozuklukta ise "eşik altı" klinik durumları göz ardı etmek bireyin yaşamını ve işlevselliğini ciddi biçimde etkileyen bir ruhsal belirtiler kümesinin göz ardı edilmesi, tanı konma ve tedavi edilme şansının ortadan kaldırılması anlamına gelebilir. "Eşik altı"nın tanı dışında bırakılması araştırılma ve daha fazla bilgi edinebilme olanaklarının azalmasına ve ihmal edilmesine neden olmaktadır. Bu konunun yalnız psikiyatri ya da sınıflandırma sistemi ile ilgili bir sorun olduğunu söylemek pek doğru değildir. Her sınıflama sisteminin sahip olduğu "ideolojik hat" sınıflamanın da sınırını belirlemektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun tanısıl sınırlarının, bozukluğun seyri ve sonuçları yönünden taşıdığı işlevin anlaşılması açısından "eşik altı" kavramının önemli bir başlangıç noktası olabileceğini öne sürmek yanlış olmasa gerek. DSM'nin ve onun üreticilerinin de bir "ideolojisi"nin olduğunu, bu ideolojinin de "küreselleşme" çabası içinde bulunduğunu söylemek boş bir iddia sayılmamalıdır. 1980'lerde başlayan ve sınıflama sistemlerinin rafineleşerek ve genişleyerek sürdürdüğü bu yolculuk Amerikan Psikiyatrisinin küreselleşme etkinliğinin de göstergeleridir.

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için birçok kez yinelenen görüş, DSM'nin bir anomalisi olduğu saptamasıdır. Bu anomalinin en belirleyici yönü "etiyojik bir ajan"ın, yani "travmanın" varlığına dayanmasıdır. TSSB klinik tanısının ancak bu "ajan"ın varlığı söz konusu olduğunda geçerli olabilmesidir. Tanımlayıcı psikiyatri paradigmasının en özgün ve gelişmiş bir biçimi olan DSM sisteminin doğasına ters düşen bu durum elbette sürekli bir sorun kaynağı olacaktır. Son yıllarda biyolojik psikiyatri alanında yaşanan büyük ilerlemeler "travma"yı önemsiz kılan bir "son ortak yol" bulma çabasında olsa bile, travma yaşamın çıplak gerçekliği olarak gücünü sürdüreceğini göstermektedir. Ama belki de yakın gelecekte DSM, travma koşulu olmaksızın TSSB tanısının konabileceğini de söyleyecektir.

Bu noktada "eşik altı" kavramı giderek önem kazanmaktadır. Depresyonda eşik altı klinik durumlar, depresyon riski olan olgular olarak tedavi edilebilirlik çabasının nesnesi olurken, TSSB'da tanı sınırının çizildiği keskin hatta bağlı olarak TSSB'nin yaygınlığının beklendiği kadar yüksek olmadığı izlenimi oluşmaktadır. TSSB araştırmaları gözden geçirildiğinde işkenceye bağlı TSSB yaygınlığının %30'larda olduğu, deprem çalışmalarında bu oranların sıklıkla %50'leri geçmediği, risk gruplarındaki yaygınlığın DSM-IV'e göre %3-58 arasında olduğu görülür.¹⁻⁵ Bu bulgular travmayla karşılaşmasına karşın çok sayıda TSSB gelişmediğini de göstermektedir. Zaman içinde asıl sorun olan bozukluğun TSSB'nin kronik formunun olduğu, travma türüne de bağlı olarak uzun yıllar içinde kronik formlarında birbirinden farklı seyir izlediği görülmüştür.⁶ Eşik altı tabloların bu kronikleşme olgusuna daha vahim bir görüntü kattığını belirtmemiz gerekir.

Tanı ölçütlerini ya da TSSB belirtilerini içerme düzeylerine göre eşik altı TSSB olgularına değişik isimler verilmiştir. B, C, D ölçütlerinden en az iki tanesinde tanı için gerekli sayıda belirtileri sergileyen olgular "borderline TSSB" olarak tanımlanmıştır.⁶ Bu tanımlama kesinlik içermemekle birlikte eşik altı belirtileri olan olgular "parsiyel" ya da "subsendromal" isimleriyle anılmıştır. Sınıflama sistemlerine göre bozukluk sınırlarında tanımlanmayan bu eşik altı görünüm, TSSB'nun seyri ile ilgili belirsizliklere ışık tutacak önemli bir tartışma potansiyelini barındırmaktadır.⁷ Sınıflamanın sınırlarına dayanılarak bakıldığında "normal" olarak değerlendirilen bu olgular, sınıflamanın sınırlarının dışına çıkıldığında kronik bir TSSB olgusunu tanımlıyor olabilmektedir. Eğer eşik altı olan ya da B, C, D tanı ölçütlerini tanı için gerekenden daha az sayıda karşılayan olgular, DSM-IV'ün F (işlevsellikte bozulma) ölçütünü karşılıyorsa, TSSB denmemeli midir? Bu soruya verilecek yanıt aynı zamanda "tanısal geçerlilik" konusunda ciddi bir tartışmanın başlangıç noktası olacaktır. Böyle bir durumda DSM'nin gösterdiği "başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu" tanı kodu travma sonrası oluşan gerçek klinik durumu karşılayamamakta, sonuç olarak travmanın etkilerini görünmez kılmaktadır.^{6,8} Bazı olgularda DSM-IV'e göre TSSB tanı ölçütlerini tam olarak karşılayan klinik tablolar daha geç dönemde gelişebilmektedir.

Eşik altı TSSB gerçekten DSM'yi masaya yatırmak

ve tartışmak için somatizasyon bozukluğu ve diğer birkaç bozuklukta olduğu gibi önemli bir fırsat sağlamaktadır. Çünkü, eşik altı kavramı hem etiyo-lojinin, hem klinik gidişin ve prognozun, hem komorbiditenin, hem de ikincil travmatik etkenlerin rolünü tartışmak anlamına gelmektedir. Bu konuyu açıklığa kavuşturmak için bazı sorulara uygun yanıtlar bulunmasına gereksinim vardır.

* Acaba eşik altı durumlar neyin sonucudur? Nasıl oluşuyor?

* Eşik altı durumlar TSSB'nun seyri süresince bazı belirtilerin kısmi olarak iyileşmesi sonucunda aldığı görünüm mü, yoksa travmatik deneyim sonucunda ortaya çıkan özgün bir durum mu?

* Travmaya bağlı oluşan diğer psikiyatrik bozuklukların belirtilerinin yanlış pozitif bir sonucu mu? Örneğin, depresif belirtilerin travmanın varlığından dolayı TSSB lehine yorumlanması mı?

* Travmaya bağlı özgün bir durumsa eğer, eşik altı kalmasını sağlayan nedir? Travmanın özellikleri mi, bireyin özellikleri mi? Başka etkenler mi?

* Belirtilerin DSM tanı ölçütlerini karşılamaması gerçekten TSSB olmadığını gösterir mi?

* Bireyin hayatını etkileyen ya da kısıtlayan bir bozukluk olmasının sınırı nereden çizilecek?

* Eşik altı tablolar nasıl bir seyir izliyor? TSSB'ndan farkı nedir? Yarattığı sonuçlar farklı mıdır?

* Travma öncesi, travma anı ve sonrası etkenlerle nasıl bir ilişkisi var?

Bu sorular yanıtlanmayı beklemektedir. Bu güne dek yapılmış epidemiyolojik çalışmalar bu soruların yanıtlanması yönünde tam anlamıyla yeterli olmamıştır. TSSB ile ilgili araştırmaların nadir olarak eşik altı belirtilerle ilgilendiği dikkat çekmektedir.

Travma Sonrası Kronikleşmeyi ve İyileşmeyi Etkileyen Etkenler

Travma sonrası kronikleşmeyi ve iyileşmeyi etkileyen etkenler üç başlık altında incelenebilir:⁹

1. Travma öncesi etkenler: Bireyin sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik öykü, ailede psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı, boşanma, işsiz kalma, bir felakete, şiddete ya da işkenceye maruz kalma gibi olaylar.

2. Travma sırasındaki etkenler: Maruz kalınan

travmanın, yaşanan korku ve dehşetin şiddeti, yaşamı ne ölçüde tehdit ettiği, bireyin kontrol düzeyi ve zihinsel hazırlıklılığı.

3. Travma sonrası etkenler: Temel gereksinimler ve bunların nasıl karşılandığı, fiziksel ve ruhsal kaynakların kaybı, bireyin başa çıkma yöntemleri, toplumsal destek düzeyi ve ikincil travmatizasyonların varlığı.

Klinik Seyir ve Alt Tiplerin Geçerliliği

DSM-IV'te TSSB akut, kronik ve geç başlangıçlı olarak üç alt gruba ayrılmıştır. Bazı araştırmaların bulguları uzun dönemde TSSB'nun yalnız bu üç görünümle sınırlandırılmayacağı, bu bozukluk tipleri ile ilişkili görünen başka formlarında oluşabileceği öne sürülmüştür^{6,8} (Tablo 1).

Eşik Altı TSSB ile İlgili Araştırmalardan Elde Edilen Veriler

1980'lerden bu yana tanı kategorileri içinde kendine sağlam bir yer edinen TSSB ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu araştırmaların önemli bir kısmı TSSB'na bağlı yeti yitimi, işlevsellikte bozulma, yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, eşlik eden tıbbi hastalıklar, intihar riski gibi alanlara yönelmiştir. Eşik altı TSSB ise, hemen hiç çalışılmamış konuların başında gelmektedir.

Sivas olaylarından kurtulanlarla yapılan bir 18 aylık uzunlamasına değerlendirme boyunca 79 olgunun 45'ine değerlendirme aşamalarının herhangi birinde "sınırdaki TSSB" tanısı konmuştur (Tablo 2). Üç olgu tüm değerlendirme aşamalarında "sınırdaki TSSB" ölçütlerini karşılamıştır. Kimi olgular ise, bazı değerlendirme aşamalarında "sınırdaki" belirtiler sergilemişlerdir.⁸

Stein ve arkadaşları¹⁰ "parsiyel" olarak tanımladıkları eşik altı TSSB'nun bireyin iş, özel ve sosyal yaşamında bozukluk yarattığını bildirmişlerdir. TSSB yaygınlığının kadınlarda %5, erkeklerde %1.7 bulunurken; eşik altı (parsiyel) TSSB yaygınlığı %5.7 ve %2.2 bulunmuştur.

Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada ise TSSB erkeklerde %30.9, kadınlarda %26.9 oranında bulunurken, parsiyel TSSB oranı %22.5 ve %21.2 oranında bulunmuştur. Bu çalışmada parsiyel TSSB olgularında gözlenen işlevsellikte bozulma düzeyinin TSSB olguları ile eşit düzeyde olduğu görülmüştür.¹¹

Tablo 1. TSSB'nun uzun izlem değerlendirilmesi (Mc Farlane 1988)

TSSB alt tipleri	Dördüncü ay	On birinci ay	Yirmi dokuzuncu ay	Sıklık (%)	Sayı
Hastalık yok	—	—	—	50.2	158
Akut grup	+	—	—	9.2	29
Kronik grup				21	66
Kronik inatçı	+	+	+	10.2	32
Kronik iyileşen	+	+	—	5.7	18
Kronik tekrarlayıcı	+	—	+	5.1	16
Geç başlangıçlı grup				19.7	62
İnatçı	—	+	+	3.2	10
On birinci ay başlangıçlı	—	+	—	5.4	17
On sekizinci ay başlangıçlı	—	—	+	11.1	35

Tablo 2. TSSB'nun uzun izlem değerlendirilmesi (Sungur ve Kaya 2001)

TSSB alt tipleri	1. ay	6. ay	12. ay	18. ay	Sıklık (%)	Sayı
TSSB alt tipleri						
Hastalık yok	-	-	-	-	50.5	40
Akut grup					20.3	16
Akut	+	-	-	-	11.4	9
Akut tekrarlayıcı	+	-	+	-	8.9	7
Kronik grup					12.7	10
Kronik iyileşen	+	+	-	-	1.3	1
Kronik tekrarlayıcı	+	+	-	+	-	-
Kronik inatçı	+	+	+	+	11.4	9
Geç başlangıçlı grup					16.5	13
İnatçı	-	+	+	+	5.0	4
6. ay başlangıçlı	-	+	-	-	1.3	1
12. ay başlangıçlı	-	-	+	-	1.3	1
18. ay başlangıçlı	-	-	-	+	8.9	7

Blandard ve arkadaşları,¹² trafik kazası geçirenlerde TSSB oranını %39.2, eşik altı TSSB'nu %28.5 bulmuştur. Tayvan'da deprem mağdurlarında yapılan bir çalışmada TSSB yaygınlığı %10.3 bulunurken, parsiyel TSSB yaygınlığı %19.0 bulunmuş, psikososyal işlevsellikte aynı düzeyde bozulma yarattığı gözlenmiştir.¹³

Doğu Almanya mahkumlarında yapılan bir çalışmada TSSB yaygınlığı %31 bulunurken, eşik altı TSSB yaygınlığı %29'dur. Burada eşik altı olarak yineleme belirti kümesi ve herhangi bir diğerinin belirtilerini gösteren olgular alınmıştır. Psikopatolojinin şiddeti temel alınarak bakıldığında bu grubun TSSB gösteren grup ile travmatize olmayan grup arasında olduğu belirtilmiştir. Yazarlar bu bulgunun özellikler komorbiditenin önemine vurgu yaptığını öne sürmektedirler. Çünkü National Comorbidity Survey (NCS) çalışmasında erkeklerin %83'ünün, kadınların ise %79'unun herhangi bir bozukluğun tanı ölçütlerini karşılaması buna gerekçe olarak gösterilmiştir.¹⁴ İşlevsellikteki bozulmanın TSSB belirtilerine bağlı olabileceği gibi, komorbid ruhsal bozuklukların varlığına da bağlı olabileceği öne sürülmüştür. Bu çıkarımı öne çıkaran bulgulardan biri, eşlik eden bir ruhsal bozukluğun varlığının işlevsellikte bozulma derecesini artırmasıdır.^{15,16}

Solomon ve arkadaşlarının Lübnan Savaşından altı ay ve beş yıl sonra psikiyatrik yardım isteyen İsrailli askerleri değerlendirdikleri çalışmada¹⁷ eşik altı TSSB alevlenmesi olan olguların oranını %33 bulmuşlardır. Bu çalışmada geç dönemde yardım isteyenlerin, savaşa travmasına bağlı olarak bozukluğun başlamasına karşın, TSSB belirtilerinin şiddetinin dayanılmaz düzeye ulaştığı ana dek bekleyen kişiler olduğu belirtilmiştir. Alevlenme gösteren eşik altı ve reaktif TSSB'nin, evlilik sorunları, fiziksel hastalık ya da askerlik için çağrılma gibi travmatik olmayan çeşitli stresörlerden sonra ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Gerçek gecikmiş başlangıçlı olduğu belirtilen olgularda (ilk ortaya çıktığı döneme dek hiçbir TSSB belirtisi olmadığına inanılan) bile, travmadan sonra kabus görme gibi bazı belirtilerin görüldüğü bildirilmiştir.

Sekiz aylık bir dönem boyunca toplama kampında kalan 148 Vietnamlının mülteci olarak yaşadıkları Norveç'te, bu ülkeye geldikten üç ay sonra TSSB oranı %9 bulunmuştur. TSSB'nun bazı tanı ölçütlerini karşılayanların oranı %24'tür. Üç yılın sonunda TSSB %4'e gerilerken, kısmi olarak ölçütleri karşı-

layanların oranı %10 olmuştur. Yaygın ve yineleyici olarak birçok travmaya maruz kalan bu grupta gözlenen düşük TSSB yaygınlık oranları kültürel farklılıklarla açıklanmıştır. Bu düşük oranların Norveç'te yaşıyor olmanın sağladığı olumlu yaşam koşullarından ve sosyal destek sistemlerinin varlığından da kaynaklanabileceği akla gelmelidir. Bununla birlikte 3 yıl sonra TSSB olgularının yarıya yakınının kronik bir gidiş sergilediği de dikkat çekmektedir.¹⁸ Değerlendirmelerin toplama kamplarında yaşandığı dönemde yapıldığı çalışmalarda yaygınlık ve kronikleşme oranları çok daha yüksektir. Kronik olgularda hastalık şiddetinin yüksek oluşu prognozda belirleyici bulunmuştur.¹⁹

Marshall ve ark.²⁰ özellikle eşik altı TSSB ile yeti-yitimi, komorbidite ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi ve bazı soruların yanıtını araştırmayı amaçladıklarını belirtmişlerdir. Çalışmalarında travmatik olaydan bir ay sonra yaptıkları değerlendirmede olguların %27.9'unda en az bir PTSD belirtisi olduğunu, %9'nun TSSB, %18.9'nun ise eşik altı olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada eşik altı TSSB belirtileri ile giderek artan bir işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca işlevsellikte bozulma, eşlik eden komorbid anksiyete bozukluklarını sayısı ve major depresyonun tarama ölçütlerinin karşılandığı durumlarda anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. İşlevsellikte bozulma düzeyi hem TSSB belirti sayısı ve bunun artışı, hem de depresyon komorbiditesi ile ilişkili bulunmuştur. Ek olarak eşik altı TSSB'nin klinik seyrinde intihar düşüncesinin varlığıyla da anlamlı ilişki olduğu vurgulanmıştır. Bu bağlamda eşik altı TSSB'nun ciddi bir klinik sorun olduğu, özellikle komorbid durumların varlığının belirleyici olduğu öne sürülmektedir.

Stein ve arkadaşlarına göre,¹⁰ TSSB'nun tanısı ve sınıflaması ile ilgili sorunlar halen klinik önemini korumaktadır. Özellikle subsendromal ya da eşik altı olarak tanımlanan durumların bu belirsizliğin en önemli göstergelerinden biri olduğu belirtilmektedir. Yazarlar tanı ölçütlerini tam olarak karşılayan TSSB ile parsiyel TSSB arasında psikiyatrik yardım arama davranışı açısından hiçbir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Yardım arama davranışı sıklığının her iki grupta da yüksek olduğu (%60-52) belirtilmiştir. Bu çalışmada TSSB ve parsiyel TSSB arasında küçük farklar olduğu, fakat birçok yönden benzerlikler içerdiği belirtilmektedir.

Bazı çalışmalarda eşik altı görünümlere, özellikle borderline TSSB olgularına bakıldığında şu dikkati çekmektedir. TSSB'nun DSM-IV tanı ölçütlerinin B (yineleme) ve D (aşırı uyarılmışlık) yüksek oranda görülürken C (kaçınma) ölçütleri oldukça seyrek görülmüştür. Bu anlamda "eşik altı"nın sınırlarını belirleyen noktaların biri de TSSB'ye özgü olmayan kaçınma belirtilerinin daha az görülmesidir. Eş deyişle, kaçınma olmaksızın travmayı yeniden yaşama ve aşırı uyarılmışlık belirtileri gösteren eşik altı olguların oranı daha fazla bulunmuştur.²¹

Ağır yaralanmış 106 bireyi değerlendiren bir araştırmada akut evrede TSSB tanı ölçütlerini tam

olarak karşılayanların yaygınlığı akut dönemde %4.7, bir yıl sonraki değerlendirmede %1.9 bulunurken, subsendromal düzeyde TSSB belirtilerini sergileyenlerin oranı akut evrede %20.8, bir yıl sonraki değerlendirmede %13 bulunmuştur.²² Bu olgularda anksiyete ve depresyon belirtilerinin de yüksek oranda görüldüğü, olguların 1/4'üne herhangi bir başka psikiyatrik bozukluk tanısı da konduğu belirtilmiştir. 1999 Marmara Depremine yaşayanlarda yapılan ve henüz yayınlanmamış bir araştırmanın sonuçları da katkısı olacağı düşüncesiyle aktarılmıştır²³ (Tablo 3).

Tablo 3. TSSB'nun uzun izlem değerlendirilmesi (Kaya ve ark. 2004)*

TSSB yaygınlığı	1-3 ay (n=350)	3-4 ay (n=160)	12-13 ay (n=148)
TSSB	% 64	% 45.6	% 51.4
TSSB yok	% 15.1	% 32.5	% 33.1
Borderline TSSB	% 20.9	% 21.9	% 15.5

* Marmara Depremine maruz kalmış bireylerde yapılan yayımlanmamış veriler

TARTIŞMA

Tüm bu veriler ışığında eşik altı tartışmasının özellikle TSSB için uzun yıllar önemini koruyacağı, sınıflama tartışmalarının eşik altı kavramı üzerinden yürümeye devam edeceğini öngörmek olasıdır. Eğer TSSB tanısının konması için gereken bir eşik düzey varsa, bu eşik DSM'nin tanıladığı sınırlara denk düşmemektedir. DSM'nin tanı koymak için belirlediği bu sayısal kesinlik, yaygın TSSB belirtisi sergileyen ve işlevselliği bozulmuş olan birçok olguyu bozukluğun gerçek sınırlarının dışında bırakmaktadır. DSM tanı ölçütlerinin bu durumuyla gerçek anlamda eşik altını ayırt etmeye yetmediği, önemli oranda gerçek TSSB olgusunu tanısal değerlendirme dışında bıraktığı biçiminde bir izlenim oluşmaktadır.

Travma sonrası stres bozukluğunun nasıl bir gidiş gösterdiği konusunda net tanımlamalar yapmak öncelikle travmanın çeşitliliğinden, doğasından ve taşıdığı özgül anlamlardan dolayı güçtür. Bugüne değin yapılan çalışmalar bir çok farklı travma

türünün değişik etkilerini incelemiştir. Çalışmalar travmayı izleyen çok çeşitli zaman dilimlerinde gerçekleştirilmiştir. DSM-IV'te belirtilerin süre belirleyicilerine bakıldığında her bir çalışma sınırlı sayıda TSSB alt tipini gösterebilme olanağına sahiptir. Kesitsel çalışmalarda gözlenen bu durum uzunlamasına çalışmalarda da kendini göstermektedir. Değerlendirme aşamalarında belirli bir standart olmadığı, aylar ve yıllar ile ölçülen zaman aralıkları olduğu görülmektedir. Ara dönemlerde bozukluğun doğal gidişini etkileyebilecek etkenler bazı çalışmalarda göz ardı edilmiştir. Bu durumda TSSB'ye özgün bir klinik gidişin tanımlanması güçleşmektedir. Diğer bir güçlük ise uzun izleme çalışmalarında hipotetik farklılıkların yarattığı güçlüklerdir. Kimi çalışmaların TSSB'nin etiyojisi, kiminin epidemiyolojisi, kiminin ise TSSB'nin fenomenolojik özelliklerini araştırmayı amaçlaması, bozukluğun gidişi ve sonuçları ile ilgili ortak bulguları saptamayı, bu bulguları tartışma düzlemine taşımayı olanaksız kılmaktadır. Diğer bir güçlük kaynağı da kullanılan tarama ve tanı ölçeklerinin

farklılıklarıdır. Bu güne dek TSSB için bir çok tarama-tanı ölçeği geliştirilmiştir.²⁴⁻²⁶ Bunların öncülü savaş travması ile ilgili TSSB ölçekleridir. Birçok TSSB ölçeği bu ölçeklerden uyarlanarak hazırlanmıştır. En sık kullanılan ölçek Horowitz ve arkadaşlarının geliştirdiği²⁵ Olayın Etkileri Ölçeği'dir (Impact of Event Scale-IES). Kullanılan ölçeklerin farklılıkları doğal olarak tanı konmasını, bozukluğun sıklık ve yaygınlık oranlarını da etkilemiştir. Bu durum TSSB'nin süreç içindeki klinik gidişini ve sonuçlarını nesnel bir biçimde göstermeyi güçleştirmektedir.

Ruh sağlığı çalışanları, TSSB'nin klinik gidişi ve sonuçları ile ilgili birçok yeni soru sormaktadırlar. TSSB'nin kronikleşmesine yönelik bir dizi çalışma yapılmasına rağmen bu konudaki bilgiler TSSB'nin prognozunu değerlendirmede halen yeterli bir bütünlüğe ulaşmamıştır. Bu durum travmanın özellikleri, türleri, şiddeti ve bireylerin travmaya maruz kalma biçimleri ile ilişkili olabileceği gibi, değerlendirme araçları ve kullanılan yöntem farklılıklarına da bağlı olabilir.²⁶

Geriye bakıldığında TSSB'nin uzun dönemdeki gidişinin çeşitli örüntüler sergilediği görülmektedir. Akut TSSB aşamalı olarak kronik TSSB'ye dönüşebilir. Geç başlangıçlı TSSB 30-40 yıl gibi

uzun bir süreç sonunda bile ortaya çıkabilir. Erken dönemde ortaya çıkan ve düzelen TSSB tabloları 10 yıl süren belirtisiz bir dönemin sonunda nüks gösterebilirler.²⁷ Kronik TSSB'nun gidişini araştırarak geriye dönük ve uzunlamasına bir çalışmada da aşırı uyarılmışlık belirtilerinin önce geliştiği, bunu kaçınma belirtilerinin izlediği ve son olarak zorlayıcı kümedeki (yineleme) belirtilerin oluştuğu saptanmıştır.²⁸

TSSB uzun yıllar önemini yitirmeyecek, çok yönlü tartışmaların odağında kalacak ruhsal bozuklukların başında gelmeyi sürdürecektir. Yaşamın doğal seyri ve geleceğe yönelik projeksiyonlar bu öngörüye desteklemektedir. TSSB ve sonuçlarını anlamak yalnızca "ruhsal bozukluk" sınırlarında kalındığında pek olanaklı olmayacağına benziyor. Kültürel, sosyal, sınıfsal hatta siyasal boyutlarda bakılması TSSB'yi anlamayı kolaylaştıracaktır. Travma öncesi ve sonrasında yaşanan gerçeklik, ruhsal belirtilerin nasıl bir seyir göstereceğini de belirleyen ana etmenlerden olmayı sürdürüyor. Ayrıca bu nesnel gerçekliğin içsel karşılığı ve karmaşık ruhsal dinamiği de gücünü sürdürecektir. Bu öngörülerini kanıtlamak ancak çok boyutlu ve uzun erimli araştırmalarla olanaklı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kaya B, Doğan S. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Seyir ve Prognoz. T Aker, ME Önder (eds): Psikolojik Travma ve Sonuçları'nda, İstanbul, 5US Yayınları, 2003, s.89-104.
2. Doğan S. Deprem ve İşkence Sonucu Oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu, Ankara, TİHV Yayınları 2000, s.79-92.
3. Başoğlu M, Paker M, Paker Ö, Özmen E, Marks I, İncesu C ve ark. Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. Am J Psychiatry 1994; 151:76-81.
4. Türkiye İnsan Hakları Vakfı, TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri 2000 Yılı Değerlendirme Sonuçları. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu, Ankara, TİHV Yayınları 2000, s.17-41.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington DC, APA, 1994.
6. Mc Farlane AC. The longitudinal course of post-traumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. J Nerv Ment Dis 1988; 176:30-39.
7. Pfeferbaum B: Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 36:1503-1511.
8. Sungur M, Kaya B. The onset and longitudinal course of a man-made post-traumatic morbidity: Survivors of Sivas disaster. Int J Psych Clin Pract 2001; 5:195-202.
9. Aker AT. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım. İstanbul, Mutludoğan Ofset, 2000, s.17.
10. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. Am J Psychiatry 1997; 154:1114-1119.

11. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL ve ark. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *J Trauma Stress* 1992; 5:365-376.
12. Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loos WR. Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183:495-504.
13. Lai TJ, Chang CM, Connor KM, Lee LC, Davidson JR. Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *J Psychiatr Res* 2004; 38:313-322.
14. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. PTSD in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.
15. Kaya B. Travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite. *Psikiyatri Dünyası* 2000; 4:37-43.
16. Çervatoğlu Geyran P. Travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7:58-62.
17. Solomon Z, Miculincer M, Waysman M. Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder: I. differential clinical characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991; 26:1-7.
18. Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese Refugees: a prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:85-90.
19. Mollica RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M ve ark. Travmanın ve kamp yaşamının, Tayland-Kampuçya sınır kamplarında yaşayanların fonksiyonel ve mental sağlığı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *JAMA (Türkçe Basım)* 1994; 7:106-112.
20. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening E. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1467-1473.
21. Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord* 2004; 78:37-48.
22. Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R, Buddeberg C. Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *Am J Psychiatry* 2001; 158:594-599.
23. Kaya B, Sungur M, Yıldız M, Doğan S, Çetin İ, Kuş-Ünal A ve ark. 1999 Marmara depremine maruz kalmış bireylerde yapılan yayımlanmamış araştırma verileri (III. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu'nda sunulmuştur, 18-21 Mart 2002, Antalya).
24. Yazıcı A, Işık H. Psikolojik Travmaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. T Aker, ME Önder (eds): *Psikolojik Travma ve Sonuçları'nda*, İstanbul, 5US Yayınları, 2003, s.105-120.
25. Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatics* 1979; 41:209-218.
26. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 1993; 6:459-473.
27. Simon RI. Chronic posttraumatic stress disorder: a review and checklist of factors influencing prognosis. *Harv Rev Psychiatry* 1999; 6:304-312.
28. Loos WS. Post-traumatic syndromes: psychology and biology. *The European Certificate in Anxiety and Mood Disorder*, Fonteurand (France), 4-9 October 1998.