

Çoklu Travmanın Etkilerine Alternatif Bir Yaklaşım: Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu

An Alternative Approach to the Effects of Multiple Traumas: Complex Post-Traumatic Stress Disorder

Okan TAYCAN¹, Ahmet YILDIRIM²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Özellikle çocukluk döneminden itibaren başlayan uzun süreli ve tekrarlayan çok sayıda travmatik olaya maruz kalanlarda ortaya çıkan belirtilerin, travma sonrası stres bozukluğunda görülen tek ya da belirli travmatik olay sonrasında gelişen belirtilerden çok daha karmaşık olduğu gösterilmiştir. Travma ile psikopatoloji arasındaki bağlantının anlaşılmasının, karmaşık belirtilere sahip bu hastalara çok sayıda ve var olan klinik belirtileri tam olarak kapsamayan farklı tanıların konulmasına sebep olmaktadır. Bu hastaların ele alınışındaki eksik kavrayış kaçınılmaz olarak yetersiz tedavilerin uygulanma-

sıyla sonuçlanmaktadır. Çoklu travma mağduru hastalarda gelişen psikopatolojiyi tanımlamak için karmaşık travma sonrası stres bozukluğu tanısı önerilmiştir. Bu yazıda bir olgu sunumu eşliğinde karmaşık travma sonrası stres bozukluğu tanısının ülkemiz ruh sağlığı çalışanları arasında düşük olan farkındalık düzeyinin artırılması ve kavramın tartışılması hedeflenmiştir.

Anahtar kelimeler: Ruhsal travma, çocukluk çağı travması, karmaşık travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

Exposure to multiple traumatic events, particularly in childhood, has been shown to result in more complex symptoms than those seen after exposure to a single traumatic event. In case of overlooking the link between trauma and psychopathology, patients with multiple traumatic experiences receive a variety of different diagnoses that are unable to completely cover the clinical picture. Misdiagnoses of genuine cases inevitably lead to mistreatment. A diagnosis of complex post-traumatic

stress disorder has been proposed to cover the emerging psychopathology in survivors of multiple traumas. This present report aimed to discuss the construct and to increase the awareness of complex post-traumatic stress disorder diagnosis among mental health professionals.

Keywords: Psychological trauma, childhood trauma, complex post-traumatic stress disorder

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) daha çok tek ya da belirli travmatik olayların sonrasında gelişen sınırlı bir psikopatolojiyi tanımlamaktadır (1). Tutsaklık, savaşta mahkum olma, mülteci ya da insan ticareti kurbanı olma, aile içi şiddet, çocukluk çağı fiziksel ya da cinsel istismar/ihmal veya organize cinsel sömürüye maruz kalmak gibi çeşitli süregelen ve tekrarlayan travmatik olaylar sonucunda ortaya çıkan psikopatoloji ve belirtilerin ise çok daha karmaşık olduğu bildirilmiştir (1). Çoklu travma mağdurlarına belirli zenginliğiyle birlikte çok sayıda eştanının konulması (2) ve TSSB'de uygulanandan daha farklı tedavi stratejilerinin gerekliliği (3,4) yeni bir tanı kategorisine ihtiyacı gündeme getirmiştir (5). Örneğin doğal afet ya da trafik kazası sonrasında gelişen travmatik stres ile çocukluk çağından itibaren süregelen istismara ya da ihmale maruz kalan bireylerde ortaya çıkan stresin birbirinden farklı özellikler ve tedavi yaklaşımlarına ihtiyaç gösterdiği belirtilmiştir (6). Bu doğrultuda, 1992 yılında Herman (5) tarafından "karmaşık travma sonrası stres bozukluğu" (KTSSB) tanısı teklif edilmiştir. KTSSB için önerilen tanı kriterleri 1) duygu ve dürtülerin düzenlenmesinde zorlukları, 2) dikkat ve bilinç değişikliklerini, 3) negatif kendilik algısını, 4) diğer insanlarla ilişki kurma veya sürdürmede zorlukları, 5) bedenselleştirmeyi, 6) anlamlandırma sistemlerinde bozuklukları içermektedir (4,7). Klinik açıdan faydalarına, geçerli ve güvenilir olduğuna işaret eden bazı çalışmaların (1,4,8,9,10,11) yanında, net bir tanı olmadığı, yeterli kanıt bulunmadığı ve klinik açıdan faydasının şüpheli olduğu yönünde çalışmalar da bulunmaktadır (12,13). DSM-5'te KTSSB kavramı çerçevesinde yapılan çalışmalar dikkate alınarak, KTSSB için önerilen bir çok belirti yeni TSSB tanı kriterlerine dahil edilmiştir. Ek olarak disosiyatif belirtilerle seyreden TSSB'nin bir alt tipi de tanımlanmıştır (14). Travmatik stresle ilgili kavrayışımıza ciddi katkılar sunan bu gelişmelere rağmen çoklu travma mağduriyeti sonucunda ortaya çıkan KTSSB'de belirtilerin daha zengin, karmaşık olması ve kimlik organizasyonunu da etkileyen çok boyutlu kişilik değişikliklerinin varlığı nedeniyle, DSM 5'te yer alan gerek yeni TSSB tanısının gerekse disosiyatif alt tipin bu vakalardaki klinik görünümü tanımlamakta yetersiz kaldığını düşünmekteyiz. Bu ve benzeri görüşleri dikkate alan ICD 11 stresle ilişkili bozukluklar çalışma grubu üyeleri yayınladıkları yakın tarihli bir makalede, KTSSB'nin tanı kriterlerinin TSSB çekirdek belirtilerine ek olarak: 1) duygu ve dürtülerin düzenlenmesinde ilerleyici ve kalıcı bozukluklar; 2) değersizlik, yetersizlik ve utanç düşüncelerinin hakim olduğu negatif kendilik algısı; 3) uzun, kalıcı ilişkiler kuramama veya sürdürmemeye şeklinde olmasını ve 2015'te tamamlanması planlanan ICD-11'de ayrı bir tanı kategorisi olarak dahil edilmesini önermişlerdir (15). Kabul edilmesi halinde, kronik travma mağduru hastalarda ortaya



Yazışma Adresi/Correspondence Address: Dr. Okan Taycan, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye E-posta: okantaycan@yahoo.com

Geliş Tarihi/Received: 24.12.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.04.2014 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 03.07.2015

©Copyright 2015 by Turkish Association of Neuropsychiatry - Available online at www.noropsikiyatriarsivi.com

©Telif Hakkı 2015 Türk Nöropsikiyatri Derneği - Makale metnine www.noropsikiyatriarsivi.com web sayfasından ulaşılabilir.

çıkan klinik tablonun daha iyi anlaşılmasında ve tanınmasında farkındalığı arttırarak, daha etkili tedavilerin uygulanmasında önemli rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (1,10).

Bu yazıda bir olgu sunumu eşliğinde KTSSB'nin ülkemiz ruh sağlığı çalışanları arasında düşük olan farkındalık düzeyinin artırılması ve kavramın tartışılması hedeflenmiştir.

OLGU

Otuz bir yaşında kadın hasta, konuşma miktarında artış, endişe, huzursuzluk, unutkanlık, kafasının içinden sesler gelme şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Mani atağı benzeri belirtiler ve intihar düşüncesi nedeniyle yatırıldı. Öyküsünde annesinin kendisine üç aylık hamileyken babasından ayrıldığı ve bir yaşındayken de kendisinden 30 yaş büyük birisiyle tekrar evlendiği öğrenildi. Beş yaşında yetiştirme yurduna yerleştirilinceye kadar üvey babasının fiziksel ve psikolojik istismar/ihmaline maruz kalmış. On dört yaşına kadar kaldığı iki farklı yurttan da öğretmenler ve yurt çalışanları tarafından fiziksel ve psikolojik istismar/ihmal devam etmiş. Sık sık kaçtığı yurttan 14 yaşında ilişkisini tamamen kesip sokaklarda yaşamaya başlamış. On beş yaşında tecavüze uğramış ve oğlu olmuş. Çocuk esirgeme yurduna yerleştirilen oğlunu bir daha hiç görmemiş. 1999'da yaşadığı yerde büyük bir deprem olması üzerine İstanbul'a gelmiş ve sokakta yaşamaya devam etmiş. On dokuz yaşında şimdiki eşiyile tanışıp evleninceye kadar çok sayıda fiziksel, cinsel taciz ve iki defa da tecavüze maruz kalmış. Yaklaşık bir yıl önce bir çocuğu daha olmuş ancak bakım veremediği için bir bakıcı tutulmuş ve çocuğu bakanın evinde kalıyormuş. Yirmi yaşından bu yana duygulanımında dalgalanmalar, intihar düşünceleri, dönem dönem ortaya çıkan homisidal düşünceler, öfke patlamaları, ne yaptığını ve nerede olduğunu hatırlayamadığı hafıza kayıplarının olduğu dönemler, uygunsuz cinsel ilişkiler, kendisini tehlikeye atacak şekilde risk alıcı davranışlar, muhtelif bedensel yakınmalar, ve kafasının içinde sesler duyma gibi çok sayıda ve karmaşık şikayetlerle farklı psikiyatri kliniklerinde ayaktan ve toplamda beş defa da yatarak tedavi görmüş. Hastanın kayıtları incelendiğinde bugüne kadar major depresyon, bipolar mizaç bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu ve disosiyatif bozukluk tanılarıyla tedavi düzenlendiği ancak tedavilerden kısmen fayda gördüğü anlaşılmıştır. Ruhsal durum muayenesinde duygulanımı hipomanik, duygudurumu labildi. Gün içinde 3-4 defa tekrarlayan, özellikle geçmişte yaşadığı travmatik olayları hatırlatan durumların varlığında ortaya çıkan anksiyete ataklarından ve tahammülsüzlükten yakınıyordu. Düşünce içeriğinde pasif intihar fikirleri vardı. Belirgin bir algı bozukluğu saptanmadı. Çok sayıda bedensel yakınması mevcuttu. Serviste yattığı dönemde uygulanan SCID-I, Borderline Kişilik Envanteri, Disosiyatif Bozukluklar için Görüşme Çizelgesi, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (puan ortalaması: 31,7) sonuçlarına göre bipolar mizaç bozukluğu, disosiyatif kimlik bozukluğu, TSSB, somatizasyon bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu tanılarının eş zamanlı olarak var olduğu tespit edildi. Olgunun pasif intihar düşünceleri göz önüne alınarak, duygudurumundaki dalgalanmalara, dürtüselliğe, anksiyete belirtilerine ve muhtelif davranış sorunlarına yönelik olarak farmakolojik tedavisi lityum 900 mg/gün, paroksetin 20 mg/gün ve ketiapin 200 mg/gün şeklinde düzenlenen hastaya ayrıca travma odaklı destekleyici psikoterapi uygulandı. Kırk gün yatarak tedavi gören hastanın ayaktan takiplerinde psikoterapiye devam edilip, lityum tedrici olarak kesildi. Travma odaklı destekleyici psikoterapi özellikle mevcut yakınmalar ile geçmişteki travmatik deneyimler arasındaki ilişkinin görünür hale gelmesine ve tüm bu yaşantıların kişide yarattığı olumsuz etkiler üzerine odaklandı. Böylelikle kendisini daha anlaşılır hisseden hastanın, içinde bulunduğu durum hakkında farkındalık kazanması, yaşadıklarına anlam verebilmesi ve yeni, damgalanmamış bir kimlik inşası için yol açılması hedeflendi. Uzun soluklu tedavinin başlarında sayılmamıza rağmen olgunun işlevselliğinde kısmen bir düzelme ve genel olarak şikayetlerinde azalma gözlemlendi.

TARTIŞMA

Çocukluk çağından itibaren uzun süreli ve tekrarlayan çok sayıda travmatik olaya maruz kalan olgumuzda, ilişki ve kimlik deformasyonlarını da içeren çok boyutlu kişilik değişikliklerinin geliştiği anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalar özellikle erken çocukluk çağından itibaren çoklu travmaya maruz kalanlarda şaşırtıcı derecede zengin psikiyatrik belirtilerin ortaya çıktığını göstermektedir (7,9,16). Karmaşık semptomatolojiye sahip bu hastalar sıklıkla çok sayıda ve farklı eşitlerle tanımlanmaya çalışılmaktadır. Bu tür tanıların içinde en sık görülenlerin "sınırdaki kişilik bozukluğu", "somatizasyon bozukluğu" ve "disosiyatif kimlik bozukluğu" olduğu belirtilmektedir ki (5,17) olgumuz yapılandırılmış klinik görüşme çizelgelerinin sonuçlarına göre bu tanılarla birlikte eş zamanlı olarak toplamda beş farklı tanının kriterlerini karşılamaktadır. Duygulanımdaki dalgalanmalarının ön planda ve gürlütlü olmasının kesitsel bakışta olgunun bipolar mizaç bozukluğu şeklinde değerlendirilmesine yol açtığı anlaşılmaktadır. Oysaki atak geçirmedeği varsayılan dönemlerde bile işlevselliğindeki bozukluğun belirgin bir biçimde devam etmesi, duygudurumundaki dalgalanmaların genel olarak daha hafif seyretmesi, bipolar mizaç bozukluğuyla uyumlu olmayan birçok belirtinin varlığı bizi bu tanıdan uzaklaştırmaktadır. Çeşitli çalışmalarda KTSSB'ye sıklıkla TSSB'nin de eşlik ettiği ancak ikisinin farklı klinik özellikler içerdiği bildirilmiştir (8,18). Doğal afetler, savaş, tecavüz gibi tek ya da sınırlı travmatik olay maruziyeti sonucunda ortaya çıkan klinik görünüşleri karşılayan ancak kronik travmatik stres sonucu ortaya çıkan ve işlevselliğin çok daha derinden etkilendiği farklı belirtilerle karakterize psikopatolojiyi tanımlamakta yetersiz kaldığı düşünülen TSSB'nin, olgumuzdaki belirtileri de tam olarak karşılayamadığı görülmektedir (1,7,18). Mevcut psikiyatrik nozoloji çerçevesinde değerlendirildiğinde olguda sınırda kişilik bozukluğu ve disosiyatif kimlik bozukluğu tanılarının eş zamanlı var olduğu düşünülebilir. Ancak biz alternatif olarak olgu için bu iki tanı ile uyumlu olmayan farklı belirtilerin bulunması, tek başına gerek sınırda kişilik bozukluğunun gerekse disosiyatif kimlik bozukluğunun ya da her ikisinin birlikte klinik tabloyu kapsamakta zorlanması nedeniyle ve bu iki tanı dışında farklı eşitlerin gerekliliğiyle kendini gösteren nozolojik parçalanmışlığı giderebileceği düşüncesiyle daha birleştirici yapısı ile KTSSB'yi öneriyoruz (7). Psikiyatri tanı sınıflaması içinde bu grup hastalar için doğru ve kapsamlı bir tanının bulunmamasının ciddi sonuçlar doğuracağını belirten Herman'a göre, hastaların semptomları ile travmatik deneyim arasındaki bağlantının klinisyen tarafından tespit edilememesi, en iyi olasılıkla eksik bir kavrayış ve tedaviye parçalı bir yaklaşımla sonuçlanmaktadır (19). Bu grup hastalar çoğunlukla soruna çare olmayan birçok ilaç kullanmakta ve tedavide hedeflenen ilerleme sağlamadığı için doktorlarını bıktırarak istenmeyen hasta ilan edilmektedirler (7). Olgumuzda da mevcut belirti kümelerinin yapılandırılmış görüşme ölçeklerinde karşılık bulduğu çok sayıda eştanının, travmatik deneyimle psikopatoloji arasındaki bağlantının üstünü kapatarak eksik bir kavrayışa neden olabileceğini ve uygulanan parçalı tedavilerin hastalığın iyileşemeyerek kronikleşmesine yol açabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, kronik travma mağdurlarında ortaya çıkan çok katmanlı psikopatolojiyi kavramak ve bu vakalarda yaygın olarak yaşanan tedavi tıkanıklığının aşılabilmesi için belirtilere tek tek karşılık gelen çok sayıda eştanı yerine, daha bütüncül KTSSB tanısının akla gelmesinin, klinisyenlere farklı klinik yaklaşım ve tedavi imkanları sunabileceğini düşünüyoruz. Nasıl ki TSSB'nin DSM-III'e dahil edilmesiyle travmatik yaşantıların insan ruh sağlığındaki öneminin ve etkilerinin daha iyi anlaşılmasına ve tanınmasına öncülük etmişse, KTSSB'nin de tanı klavuzlarına girmesi halinde, çoklu travmanın etkileri ve bilinirliğinin artmasında, daha bütüncül bir yaklaşımla altta yatan psikopatolojinin görünür hale gelmesinde ve daha etkili tedavilerin uygulanmasında klinisyenlere yardımcı olacağı ve travmatik stresle ilişkili bozuklukların daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacağı kanaatindeyiz.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18:389-399. [CrossRef]
2. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060. [CrossRef]
3. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk BA. Complex Trauma and DESNOS Diagnosis, Part One: Assessment. *Dir Psychiatry* 2001; 21:373-393.
4. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011; 24:615-627. [CrossRef]
5. Herman JL. Travma ve İyileşme. Şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre. 2. Baskı. Tosun T, çev. İstanbul: Literatür Yayınları; 2011.
6. Busuttil W. Complex post-traumatic stress disorder: a useful diagnostic framework? *Psychiatry* 2009; 8:310-314. [CrossRef]
7. Courtois CA. Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychother Theor Res Pract Train* 2004; 41:412-425. [CrossRef]
8. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153(7 Suppl):83-93. [CrossRef]
9. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Van Der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for post traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1997; 10:539-556. [CrossRef]
10. Briere J, Spinazzola J. Phenomenology and psychological assessment of complex post traumatic states. *J Trauma Stress* 2005; 18:401-412. [CrossRef]
11. de Jong JT, Komproe IH, Spinazzola J, van der Kolk BA, Van Ommeren MH. DESNOS in three postconflict settings: assessing cross-cultural construct equivalence. *J Trauma Stress*. 2005; 18:13-21. [CrossRef]
12. Sar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *Eur J Psychotraumatol* 2011; 2:[Ahead of Print].
13. Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS, Suvak MK, Wells SY, Stirman SW, Wolf EJ. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *J Trauma Stress* 2012; 25:241-251. [CrossRef]
14. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM -5). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, Köroğlu E, çev. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
15. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, Humayan A, Kagee A, Llosa AE, Rousseau C, Somasundaram DJ, Souza R, Suzuki Y, Weissbecker I, Wessely SC, First MB, Reed GM. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013; 12:198-206. [CrossRef]
16. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, Petkova E. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2009; 22:399-408. [CrossRef]
17. Taycan O, Sar V, Çelik C. Complex Post-Traumatic Stress Disorder presenting as Somatization Disorder. The 13th European Society for Traumatic Stress Studies Conference, 6-9 June 2013, Bologna, Italy.
18. Ford JD. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:3-12. [CrossRef]
19. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5:377-391. [CrossRef]