

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Komorbidite

Yrd. Doç. Dr. Burhanettin KAYA*

Özet

Travmaya bağlı bir çok bozukluğun oluşması, ve ruhsal bozukluklar arasındaki örtüşmeler, travma sonuçlarının hangi perspektifte ele alınması gerektiği noktasında bir sorun yaratmaktadır. Bu güne dek üretilen bilimsel bilginin eğilimi, travmaya bağlı ruhsal bozuklukların daha çok Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) kavramı altında anlaşılır olduğu yönündedir. Komorbid ruhsal bozuklukların TSSB'den bağımsız bir antite olduğu ya da TSSB'nin bir komplikasyonu olduğu yönündeki tartışmalar sonuçlanmamıştır. Bu yazıda TSSB ve komorbid durumlar ulaşılabilen kaynaklar çerçevesinde gözden geçirilmiştir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2000;4:37-43

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşama ya da böyle bir duruma tanıklık etme, aile bireylerinden birinin ya da bir yakınının beklenmedik ölümünü, şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını ya da böyle bir tehdit altında olduğunu öğrenmesi gibi bireyin doğrudan yaşadığı aşırı derecede örseleyici bir stres etkeni ile karşılaşmanın ardından gelişen özgül belirtileri tanımlamaktadır. 1980 yılında DSM-III'de tanı kategorileri içine alınan TSSB ile ilgili bilgilerimiz her geçen gün artmaktadır. Bu süreç TSSB'ye yönelik araştırmaların artmasından öte, dünya ölçeğinde felaket yaşantılarının çoğalması, karmaşık özellikler kazanması, geride bıraktığı izler, travmanın ikincil olarak trav-

maya uğrayanların ailelerini ve giderek tüm toplumu etkilemesi ve yeniden travmatize olma yaşantılarının artışı ile ilişkilidir. Yaşam, bilimin bir adım önünde gitmeyi sürdürmektedir. Felaket deneyimleri arttıkça ve tüm insanları etkileyen bir nitelik kazandıkça, felaketleri önlemeye ve sonuçlarına yönelik araştırmalar da artacaktır.

20. yüzyıl bir şiddet yüzyılı oldu. 21. yüzyıl ise şiddetin akıldışı biçimlere büründüğü ve insanın giderek yabancılaştığı bir tarihsel evrenin en özgün çağlarından biri olmaya aday. Bu bağlamda travma ve sonuçları, tüm insanları ve hekimleri çok yakından ilgilendiren bir kavram olma potansiyelini her zaman koruyacak gibi görünüyor.

Hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalar TSSB tanısı konan olguların büyük çoğunluğunda en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini saptamışlardır. TSSB sıklıkla duygudurum bozuklukları, psikoaktif madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı,

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Turgut Özal Tıp Merkezi, MALATYA

kişilik bozuklukları, diğer anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar ile birlikte görülebilmektedir. Ruhsal bozuklukların giderek artan oranlarda TSSB'ye eşlik etmesi bağlamında dört temel varsayım geliştirebiliriz.

1. Travma öncesi var olan ruhsal bozukluklar TSSB'ye olan duyarlılığı artırıyor.
2. Ruhsal bozukluklar TSSB'nin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkıyorlar.
3. Eşlik eden ruhsal bozukluklar bazı risk etkenlerinin etkileri sonucu ortaya çıkarlar.
4. Komorbidite ölçüm yanlışlıklarının bir sonucudur.

Bu varsayımlar çerçevesinde TSSB hem etiyolojik, hemde fenomenolojik olarak çözüm bekleyen sorunlar taşıyan, giderek yaygınlaşan travmatik deneyimlerin zemininde çözülmekten öte, derin tartışmaları üretmeye devam eden bir kavram olma özelliğini sürdürüyor.

KLİNİK ÇALIŞMALAR

Savaş Travması ve Komorbidite

TSSB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmesi ile ilgili çalışmaların önemli bir kısmı Vietnam savaş gazileri ile yapılan araştırmaları kapsamaktadır. İlk dönemlerde çalışmalar sıklıkla hasta grupları üzerinde yoğunlaşmıştır. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören ve ayaktan başvuran gruplarda yapılan çalışmalarda, TSSB ile birlikte sıklıkla başka psikiyatrik bozuklukların da görüldüğü saptanmıştır. TSSB tanısı konan grubun %84'ünün en az bir başka psikiyatrik bozukluğun tanı ölçütlerini karşıladıkları bildirilmiştir. En sık görülen bozukluklar madde-alkol kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve depresyondur. Madde bağımlılığı ayaktan başvuran hastalarda yatan hastalara göre daha az sıklıkta görülmektedir.

ABD'de bir travma merkezine başvuranlarla yapılan çalışmada, hastaların %70'inde alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, %42'sinde ise madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı saptanmıştır. Yaşam boyu depresyon yaygınlığı bu hasta grubunda %68 bulunmuştur. Olguların 1/4'üne bir kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Yine yatarak tedavi gören Vietnam gazilerinde yapılan bir başka çalışmada, olguların %94'üne en az bir psikiyatrik bozuk-

luk tanısı konmuştur. %65 ile en sık görülen bozukluk major depresyondur. Bunu alkol kötüye kullanımı (%33) ve sosyal fobi ile yaygın anksiyete bozukluğu (%25) izlemektedir. Yazarlar bulguların yalnızca tedavi arayışında olan TSSB olguları ile ilgili olabileceğini, savaş gazisi olan tüm bireyleri temsil etmeyebileceğini belirtmektedirler.

61 Vietnam savaş gazisinde yapılmış bir diğer çalışmada alkol ve madde kullanımı tipik olarak TSSB belirtilerinin başlaması ile ilişkili bulunmuştur. Bu olgularda belirtilerin şiddetinin artışı ile ilişkili olarak madde kullanımında da artış gözlenmiştir. Alkol ve madde kullanımının sıklığındaki artış TSSB'nin doğal gidişinin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir.

Şiddet içeren uygulamalara yoğun ve yineleyici biçimde maruz kalan kamboçyalı mültecilerle yapılan bir çalışmada TSSB olgularının %59'una başka psikiyatrik bozukluk tanıları da konmuştur. Bu bozuklukların büyük kısmını depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk oluşturmaktadır. Daha az sıklıkta somatoform ağrı bozukluğu ve sosyal fobi gözlenmiştir. Son bir yıl içinde TSSB tanısı konanlarda psikiyatrik komorbidite oranı daha yüksek bulunmuştur. Akut depresyon hem yeni hem de eski TSSB olgularında gözlenirken, akut TSSB olgularında daha çok yaşam boyu depresyon görüldüğü dikkat çekmiştir. TSSB ve depresyonun her ikisi de travma ile ilişkili bozukluklar olarak görülmekle birlikte, atakların yapısı ve yinelemeleri farklılıklar göstermektedir.

İkinci Dünya Savaşı esirleri ile ilgili bir çalışmada yaşam boyu TSSB yaygınlığı %50 bulunmuştur. Travmadan yaklaşık 50 yıl sonra aynı popülasyonda yapılan değerlendirmede TSSB'nin %29 oranında halen devam ediyor olması, yaşam boyu TSSB ile birlikte %71 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %45 oranında major depresyon ve %39 oranında alkol ve madde kötüye kullanımının görülmesi, TSSB ve komorbid durumların zaman içindeki gidişini belirleyen etkenlere dikkati çekmektedir.

Engdahl ve arkadaşları 262 savaş esiri ile yaptıkları bir çalışmada yaşam boyu TSSB'yi artmış panik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı-bağımlılığı ve sosyal fobi görülme riski ile ilişkili bulmuşlardır. Aynı risk son bir yıl içinde görülen TSSB'de panik bozukluk, distimi, sosyal fobi, major depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu için de bildirilmiştir. Çalışmalarda depresyonun sıklıkla TSSB'ye ikincil olduğu,

bunun yanında alkol kötüye kullanımının ve fobik yakınmaların çoğunlukla bozukluğun ilk yılı içinde başladığı belirtilmektedir.

Savaş travmasına maruz kalan ve TSSB tanısı konan 53 erkek hasta ile yapılan bir çalışmada olguların %40'ında psikotik belirtiler gözlenmiştir. Sıklıkla işitsel varsanılar, tipik olarak savaş temasını içeren duygu durumla uyumlu, formel olmayan düşünce bozuklukları gözlenmiştir. Psikotik belirtilerin varlığı ile aynı zamanda major depresyonun da bulunması anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Buna karşın bu çalışmada alkol ve madde kullanımı ile bir ilişki gösterilememiştir. Sonuçta yazarlar, psikotik belirtilerin savaş travması sonucu oluşan TSSB'nin bir görünümü olabileceğini ve depresyon komorbiditesi ile yakın ilişki gösterdiğini aktarmaktadırlar.

Savaş travması ile ilişkili TSSB oluşan bir başka grupta yapılan araştırmada yüksek oranda sosyal anksiyete ve agorafobi benzeri belirtiler gözlenmiştir. Agorafobi skorlarının TSSB şiddetini kestirmede belirleyici olduğu belirtilmektedir.

İsrail savaş gazilerinde yapılmış bir çalışmada TSSB görülen grupta yaşam boyu depresyon, herhangi bir affektif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir. Komorbid bozukluk varlığı ile TSSB belirti şiddeti arasında da bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bu bozuklukların geçici olarak ortaya çıkan durumlar ve savaş travmasına bağlı TSSB gelişiminin bir komplikasyonu olarak ele alınabileceği öne sürülmüştür. Aynı zamanda komorbidite yardım arama davranışını arttıran bir öge olarak ta dikkat çekmektedir.

Hırvatistan'a göç etmiş Bosna'lı 573 kişiyi kapsayan bir çalışmada depresyon %39.2 oranında gözlenirken TSSB %26.3 oranında görülmüştür. Olguların %6'sında her iki bozukluk birlikte görülmüştür. 1/4'ünde yeti yitimi saptanmıştır. Bu grup ortalama 6 travmatik olaya maruz kalmıştır. Bunun yanında bu grubun %55.2'sinde hiçbir ruhsal bozukluk ortaya çıkmamıştır.

Ülkemizde güneydoğuda görev yapmış olan ve hastaneye başvuran askeri popülasyonda yapılan bir çalışmada olguların %25'inde major depresyon, %20'sinde ise klinik gözleme dayanarak şizofreni tanısı konmuştur. Daha nadir olarak agorafobi, sosyal fobi, panik bozukluk ve diğer anksiyete bozuklukları görülmüştür. MMPI'ya göre olguların %25'inde antisosyal kişilik bozukluğu, %25'inde ise kaçınan kişilik bozukluğu saptanmıştır.

Savaş travmasına bağlı TSSB geliştiren ancak psikiyatrik yardım aramayan gruplarda yaşam boyu psikiyatrik hastalık görülme oranı genel olarak düşük bulunmuştur. Bir çalışmada depresyon %5, alkol ve madde kötüye kullanımı %2.25 bulunmuştur.

Doğal Felaketler ve Komorbidite

Green ve arkadaşları tarafından yaşamı tehdit edici bir deneyim olan Buffalo Creek baraj kazası sonucu oluşan sele maruz kalan 193 kişiyi kapsayan uzunlamasına bir çalışmada, TSSB ve tanısal örtüşme araştırılmıştır. Bu araştırmada olgularla olaydan iki ve 14 yıl sonra olmak üzere iki kez görüşülmüştür. 14 yıl sonraki değerlendirmede olguların büyük çoğunluğunda TSSB'nin halen devam ettiği gözlenmiştir. İlk değerlendirmede %59 olan TSSB yaygınlığı 14 yıl sonra %39 bulunmuştur. Aynı süregenliğin eşlik eden psikiyatrik bozukluklar içinde geçerli olduğu gözlenmiştir. İlk değerlendirmede major depresyon yaygınlığı %35.8 iken ikinci değerlendirmede %31.6'dır. Yaygın anksiyete bozukluğu için bu oranlar %17 ve %15, basit fobi için %17.6 ve %13, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı için ise %10 bulunmuştur. TSSB görülen olguların %3'ünde depresyon görülürken, bu oran yaygın anksiyete bozukluğu için %25 ve basit fobi için %22'dir. Bu çalışmada yalnızca bir olguda antisosyal kişilik bozukluğu saptanmıştır. Son bir yıl içinde olguların %42'sinde depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu, TSSB ile birlikte görülmüştür.

Avusturya'da orman yangınlarının söndürülmesinde görev alan itfaiye erlerinde, yaşanan felaketten 42 ay sonra TSSB ile diğer anksiyete bozuklukları ve affektif bozuklukların komorbiditesini araştıran bir çalışmada, TSSB olgularının %51'inde major depresyon saptanmıştır. Bunun dışında yaygın anksiyete bozukluğu %39, panik bozukluğu %33, OKB %13 ve manik nöbet %8 oranında eşlik etmiştir.

Diğer Travmalar ve Komorbidite

Breslau ve arkadaşları yaşamları boyunca bir ya da daha fazla travmaya maruz kalmış 320 kadında yaptığı çalışmada TSSB yaygınlığını %13.8 bulmuşlardır. Çalışmalarında TSSB'ye anksiyete, özgül anksiyete bozuklukları, depresyon ve madde kullanım bozukluklarının sıklıkla eşlik ettiğini saptamışlardır. En sık eşlik eden bozukluk major depresyondur (%43.2). TSSB ilk kez ortaya çıkan depresyon atağı ve alkol kötüye kullanımı-bağım-

lılığı riskini arttırmaktadır. Travma öncesi var olan psikiyatrik bozuklukların da TSSB'ye duyarlılığı artırıcı işlev gördüğünü belirtmişlerdir. TSSB'de yaşam boyu komorbidite oranını %73 bulurken, TSSB'nin varlığının depresyon ve madde kullanımını ateşlediği ifade edilmektedir.

Ergenlerden oluşan ve toplumsal şiddete maruz kalma ya da tanık olma, aile şiddetine tanık olma, fiziksel ya da cinsel kötüye kullanıma gibi en az bir travmatik yaşantısı olan 74 kişilik bir hasta grubuyla yapılan çalışmada olguların %32'sinde TSSB saptanmıştır. Travma türü ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki gözlenmezken, erkek olgularda daha fazla komorbidite tanımlanmıştır. Öncelikle yeme bozukluğu olmak üzere anksiyete ve somatizasyon sık görülmüştür. İntihar girişimi olanlarda depresif ve disosiyatif belirtilerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hastaneye yatırılan olguların travmanın pek çok türüne maruz kalmış oldukları dikkat çekmiştir. TSSB en sık görülen bozukluktur ve yüksek oranda komorbidite gözlenmiştir.

Suç içeren eylemlere maruz kalan TSSB olgularında yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozuklukları daha sık (%41) bulunmuştur. Bunu %32 ile major depresyon, %27 ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve %18 ile fobik bozukluklar izlemiştir. Bu çalışmada belirtilen oranların yaşam boyu ya da son bir yıl için mi olduğu belirtilmemiştir. Suç içeren eylemler cinsel suçları da içermektedir.

İranda işkence görmüş ve Almanya'da yaşamakta olan bir grupta yapılan çalışmada depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar TSSB ile birlikte görülmüştür.

Ülkemizde işkence gören ve işkence görmeyen politik eylemcileri karşılaştıran bir çalışmada TSSB'den sonra en sık görülen tanının depresyon olduğu gözlenmiştir. Fakat iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Var olan depresyon daha çok travma öncesi dönemle ilişkili bulunmuştur.

EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMALAR

TSSB'ye klinik ilginin artmasına rağmen genel popülasyon ile ilgili sınırlı epidemiyolojik veri vardır. Eldeki verilere göre TSSB kadınlarda daha kolaylıkla ortaya çıkmaktadır ve klinik çalışmaların aksine erkeklere göre daha yüksek oranda komorbidite göstermektedir.

ABD'de St.Louis ECA (Epidemiologic Catchment

Area) çalışmasında psikiyatrik komorbidite oranı %80 bulunmuştur. Kuzey Carolina ECA çalışmasında ise %62 bulunmuştur. Benzer biçimde Breslau ve arkadaşları, gençlerde TSSB görülenlerin %83'ünde en az bir psikiyatrik bozukluk görüldüğünü bildirmiştir. Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında ise psikiyatrik bozukluklar %27.9-51.9 oranlarında TSSB'ye eşlik etmiştir. Erkeklerde en sık görülen bozukluk alkol kötüye kullanımı/bağımlılığıdır. Onu depresyon, davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı/bağımlılığı izlemektedir. Kadınlarda ise en sık görülen komorbid bozukluk depresyondur. Onu basit fobi, sosyal fobi, ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı izlemektedir. Kessler ve arkadaşları TSSB'nin birincil bozukluk olduğunu, diğer bozuklukların TSSB oluşumundan sonra başladığını saptamışlardır.

Kulka ve arkadaşları (1990) Tanısal Görüşme Ölçeği kullanarak yaptıkları kapsamlı epidemiyolojik çalışmada TSSB'nin yaşam boyu yaygınlık oranını %31 bulmuşlardır. TSSB olgularında madde kötüye kullanımı %73, depresyon %26, antisosyal kişilik bozukluğu %31, distimi %21, OKB %10 oranında bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçlarını karşılaştırmak bazı önemli güçlükler içermektedir. Öncelikle farklı tanı araçlarının kullanılmış olması, benzeri tanı araçlarının kullanıldığı çalışmalarda da farklı bozukluk tanımlarının araştırılmış olması, ele alınan bozuklukların yaşam boyu ve son bir yıl için olan yaygınlık oranlarının ayrı olarak ele alınmamış olması ve kombine bir biçimde değerlendirilmesi buna neden olmaktadır.

RUHSAL BOZUKLUKLAR EKSENİNDE KOMORBİDİTE

TSSB çoğunlukla affektif bozukluklarla birlikte görülmektedir. Bunun dışında diğer anksiyete bozuklukları, somatizasyon, madde kötüye kullanımı ve disosiyatif bozukluklar görülebilmektedir. Komorbidite TSSB'nin klinik gidişini etkileyen bir durumdur. Üç ya da daha fazla tanının bozukluğa eşlik etmesi tanısal bir karışıklık yaratmaktadır. Özellikle travmatik yaşantının net olarak belirlenemediği durumlarda bu karışıklık daha belirgin olmaktadır.

Depresyon ve TSSB birlikte en kolay ortaya çıkan ve en sık görülen bozukluktur. Bunu alkol-madde kullanım bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları izlemektedir. Travma öncesi dönemde depresyonun varlığının TSSB'ye duyarlılığı arttırdığı benimsenen

bir görüştür. Bazı çalışmalarda TSSB tanısı konan ve çocukluk döneminde travma öyküsü olan bireylerde psikotik belirtilerde artış olduğu bildirilmiş, psikotik belirtili major depresyon ile TSSB arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Psikotik belirtili depresyonu olan bireylere diğerlerine göre 4 kat daha sık TSSB tanısı konmuştur. Bu çalışmada major depresyona eşlik eden psikotik belirtilerin TSSB ortaya çıkmasında belirleyici olduğu, psikotik depresyonun TSSB gelişme riskini arttırdığı kanısına varılmıştır. Psikotik belirtiler daha çok TSSB belirti şiddetinin bir sonucu, bir yansıması olarak görülmektedir.

TSSB'ye bağlı intihar girişimleri olmakla birlikte depresyonun varlığı intihar riskini daha da arttırmaktadır.

TSSB ile madde kullanım bozukluklarının birlikteliği maddenin TSSB'nin sıkıntı yaratan belirtilerinin etkisini azaltma özelliğine bağlanmaktadır. Bu durumda hem kullanılan maddenin oluşturduğu etkilerin, hem de yoksunluk belirtilerinin TSSB belirtilerine benzemesi tanısal karışıklıkta rol oynamaktadır. Madde kullanımı ile TSSB arasında nedensel bir bağ kurmaya çalışan çalışmalar olduğu gibi, TSSB'nin madde kötüye kullanımı riskini arttırmadığını ileri süren çalışmalardan da söz edebiliriz. Geniş bir yelpazede travmatik yaşantı öyküsü olan 122 kokain bağımlısında yapılan bir çalışmada, olguların %20.5'ine TSSB tanısı konmuştur. TSSB görülen olgularda yüksek oranda 1. ve 2. eksen bozukluğu bildirilmiştir.

Kişilik bozuklukları ve TSSB komorbiditesi değişken bulgular içeriyor. Yüksek sıklık oranları bildiren çalışmalar olduğu gibi kişilik bozukluğu sıklığını düşük bulan çalışmalar da vardır. Bir çalışmada borderline kişilik bozukluğunda da en sık görülen psikiyatrik bozukluğun TSSB'nin kronik formu olduğu belirtilmiştir.

Tüm çalışmaların kişilik ekseninde patoloji saptanmamış olması bir çıkarım yapmayı engelliyor. Bunun yanında travmanın tipi şiddeti ve diğer niteliksel öğeleri kişilik ekseninde yaygınlık farklarının kaynağı olabilir. Bu noktada şu varsayımlar geliştirilebilir.

1. Kişilik patolojisi ile TSSB bağımsız antitelendir,
2. Kişilik patolojisi TSSB gelişimine yatkınlık oluşturabilir,
3. Kişilik patolojisi bireylerin riskli ortamlara girerek travmayla karşılaşma potansiyellerini arttırmaktadır,

4. Kişilik patolojisi travmatik deneyimin bireyin kişilik örgütlenmesinde yarattığı değişiklikler sonucunda ortaya çıkar.

Beyin görüntüleme çalışmalarında her iki bozukluğun benzer bulgular göstermesi her ikisinde de serotonin düzensizliğinin etiyolojik rol oynadığı yönünde bulgular taşınması ve bilişsel davranışçı tedaviye yanıt vermeleri, TSSB ve OKB arasındaki ilişkiye ilgiyi arttırmıştır. Yüksek oranda olmasa da bazı çalışmalarda gözlenen komorbidite de bunda etkilidir. Son dönemlerdeki çalışmalar obsesif kompulsif bozukluğun, yakın zamanda tanımlanmış bir klinik görünüm olan kompleks TSSB'ye eşlik ettiğini, özellikle çocukluk döneminde travmatik yaşantısı olan kadınlarda daha çok OKB ile kompleks TSSB'nin birlikte görüldüğüne işaret etmektedir.

KOMORBİDİTE GÖSTEREN TSSD OLGULARINDA TERCİH EDİLEN İLAÇ TEDAVİSİ

Mani dışında komorbid psikiyatrik bozukluğu olan TSSB olgularında yeni kuşak antidepressanların ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) kullanılması önerilmektedir. Bipolar bozukluğun eşlik ettiği TSSB olgularında (mevcut tablo ister depresyon ister mani olsun) mizaç stabilizatörleri önerilmektedir.

Tablo 1'de komorbid bozukluk durumlarında, konuyla ilgili uzmanların kullanılmasına ilişkin fikir birliğine ulaştığı ilaçlar belirtilmiştir.

TARTIŞMA

TSSB yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda TSSB'ye eş zamanlı ya da süreç içinde ortaya çıkan bir diğer ruhsal bozukluğun sıklıkla eşlik ettiği gösterilmiştir. Eşlik eden ruhsal bozuklukların geniş bir yelpaze içinde olması ve çeşitliliği, komorbidite konusundaki tartışmaların sürmesine öncülük etmektedir. Örneğin, yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin varlığı TSSB gibi travmaya erken yanıt olarak ortaya çıkarırken, panik bozukluğu ve depresyon daha çok TSSB'nin seyri sırasında ve görel olarak daha geç dönemde ortaya çıkmaktadır. Bazı yazarlar TSSB ile başka bir ruhsal bozukluğun birlikte görülmesi durumunda TSSB'nin birincil bozukluk olma olasılığının düşük olduğunu öne sürmektedirler. Bazı çalışmalarda ise, TSSB'ye eşlik eden anksiyetenin ve depresif bozuklukların daha çok bir artefakt olduğu, bu bozuklukların belirtilerinin TSSB belirtilerine benzemesi ya da örtüşmesi sonucu yanlış pozitif durumların ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Bazı yazarlar TSSB oluşma riskinin başka psikiyatrik bozuklukların var-

Tablo 1. Komorbid bozukluk durumlarında TSSB'de kullanılması önerilen ilaçlar

Komorbid bozukluk	Önerilen ilaçlar (ilk tercih edilen ilaçlar)	Gözönünde tutulması gereken diğer ilaçlar
Unipolar depresif bozukluk	SSRI'lar Nefazodon Venlafaxin	
Bipolar bozukluk, depresif dönem	SSRI'lar Nefazodon Venlafaxin Mizaç stabilizatörleri	Trisiklik antidepresanlar
Bipolar bozukluk, manik veya hipomanik dönem	Mizaç stabilizatörleri	Atipik antipsikotikler Diğer antipsikotikler
OKB	SSRI'lar Nefazodon	Trisiklik antidepresanlar
Panik bozukluk	SSRI'lar Nefazodon Venlafaxin	Trisiklik antidepresanlar Benzodiazepinler
Sosyal fobi	SSRI'lar Nefazodon Venlafaxin	Trisiklik antidepresanlar Benzodiazepinler
Genelleşmiş anksiyete bozukluğu	SSRI'lar Nefazodon Venlafaxin	Trisiklik antidepresanlar Benzodiazepinler Buspiron

lığında arttığını öne sürerlerken, bazı yazarlar eşlik eden ruhsal bozuklukların daha çok TSSB'nin bir komplikasyonu olarak ele alınması gerektiğini belirtmektedirler. Bu konudaki tartışmaları alevlendiren en önemli nokta TSSB belirtileri ile depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluk belirtileri arasındaki örtüşme olmaktadır. Çalışmalarda TSSB ölçütlerini karşılamayan olguların değerlendirilmesi, tanısal örtüşmelerin yalnızca TSSB tanısı olan olgularda olduğuna dikkat çekmiştir. Birlikte görülen madde kullanım bozuklukları ise sıklıkla zorlayıcı belirtileri (intrüzyon) ve sıkıntı doğuran inatçı yakınmaları olan bireylerin kendi belirtilerini tedavi etme (self medikasyon) girişiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmakta ve TSSB'nin komplikasyonu olma özelliğini taşımaktadır.

Diğer yandan, başka bir travmaya maruz kalan bireylerde tanısal örtüşmelerin savaş travmasına göre daha az olduğu ifade edilmektedir. Etkenlerin çeşitliliği, teorik olarak travmaya maruz kalan farklı topluluklarda komorbiditenin doğasını etkileyebilir. Örneğin Vietnam gazileri erkeklerden oluşan bir popülasyondur. Bu popülasyonun önemli bir kısmı travmatize oldukları dönemlerde genç (19-20) yaşlardadır. Bu değişkenlerin sonuçlar üzerinde etkili olması olasıdır. Ayrıca madde ve alkol kullanım bozukluklarının yüksek oranlarda görülmesi Vietnam

deneyiminin yineleyici, uzamış ve yaşamı tehdit edici özellikleri ile açıklanabilir. Bunun yanında diğer travma türlerine maruz kalmış bireylerdeki tanısal örtüşmeler Vietnam gazileri ile benzerlikler de göstermektedir.

TSSB'ye eşlik eden ruhsal bozuklukların travma sonucu ortaya çıkan TSSB'den bağımsız bir antite mi olduğu, yoksa TSSB'ye ikincil olarak mı geliştiği tartışmasını açıklığa kavuşturmak, bu bozuklukların yalnızca travma ile ilişkili olduğunu göstermek, bunun yanında TSSB ile ilişkisiz olduğunu göstermeyi zorunlu kılıyor. TSSB'nin genellikle travmanın hemen sonrasında başlama eğiliminde olması, komorbid bozuklukların ise genellikle TSSB başladıktan sonra ortaya çıkmaları, komorbiditenin kaynaklarına ilişkin bazı sorulara yanıt arama gerekliliğini ortaya çıkarıyor.

- TSSB'nin varlığı mı komorbid bozuklukların görülme sıklığını arttırmaktadır?
- Travmaya maruz kalma TSSB dışında diğer psikiyatrik bozuklukların görülmesi için de yeterli midir?
- TSSB olgularında depresyonun görülme riski, diğer anksiyete bozukluklarında depresyonun görülme riskinden farklı mıdır?

- Başka bozukluklar da TSSB gelişme riskini arttırabilir mi?

TSSB cephesinden bakıldığında travmanın açık olarak gösterilemediği durumlarda ya da travmatik yaşantının DSM-IV'de yer alan biçimiyle tanımlanmadığı durumlarda tanısız karışıklık daha belirgin duruma gelmektedir. TSSB ve diğer ruhsal bozuklukların ortaya çıkma zamanlarındaki farklılıklar da bu tartışmayı çözmeye her zaman olanak vermemektedir. Farklı tanı araçlarının kullanılması, travma sonrası değerlendirme aşamalarındaki, olgu sayıları arasındaki, örneklemin yapısı, travmanın tipi, şiddeti ve yaşanış biçimi arasındaki farklılıklar da komorbiditeyi etkileyen durumlardır. Bu sorunların

olabildiğince aşıldığı yeni çalışmaların TSSB'nin tanısız geçerliliğini göstermede önemli kanıtlar sağlayacağı açıktır.

Son zamanlarda araştırmalar daha çok TSSB'nin uzun dönemdeki etkileri ve TSSB olgularının sağlık hizmetlerini kullanımı üzerine odaklanmıştır. TSSB, sıklıkla fiziksel yakınmalar, sağlık düzeyi düşüklüğü, birinci basamak hekimlerine ve ruh sağlığı kliniklerine başvuruda artış, önemli düzeyde işlevsel bozulma ve yeterli açıklama getirilemeyen diğer bedensel yakınmaların gözlenmesi ve çeşitli ruhsal bozuklukların eşlik etmesi nedeniyle ilgiyi üzerinde toplayan bir bozukluk olmaya devam edecektir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Başoğlu M, Paker M, Paker Ö ve ark. (1994) Psychological effects of torture: a comparison of tortured with non-tortured political activists in Turkey. *Am J Psychiatry*, 151: 76-81.
2. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T et al. (2000) Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61(suppl 7): 22-32.
3. Breslau N, Davis GC, Peterson LE et al. (1997) Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 81-87.
4. Chilcoat HD, Breslau N (1998) Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing causal pathways. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 913-917.
5. Crowson JJ, Frueh BC, Beidel DC et al. (1998) Self-reported symptoms of social anxiety in a sample of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord*, 12(6): 605-612.
6. Çervatoğlu Geyran P (1996) Travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1): 58-62.
7. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R et al. (1998) Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *Am J Psychiatry*, 155(12): 1740-1745.
8. Fairbank JA, Ebert L, Costello EJ (2000) Epidemiology of Traumatic Events and Post-traumatic Stress Disorder. *Post-traumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management and treatment*. D Nutt, JRT Davidson, J Zohar, (Ed) London, Martin Dunitz Ltd, s. 17-27.
9. Foa E, Davidson RT, Frances A (1999) The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Post-traumatic Stress Disorder, *J Clin Psychiatry*, 60 (Supp 16): 20.
10. Green BL, Lindy JD, Grace MC et al. (1992) Chronic post-traumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis*, 180: 760-766.
11. Hubbard J, Tealuto GM, Northwood AK et al. (1995) Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder insurvivors of childhood trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(9): 1167-1173.
12. Kaya B, Sungur M (1997) Travma sonrası stres bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1): 40-42.
13. Kaya B (1999) Körfez depremi, travmatik stres ve yaşamımıza bıraktıkları. *Sağlık Toplum Siyaset*, 1: 45-50.
14. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. (1995) Posttraumatic stress in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52:1048-1060.
15. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank et al. (1990) Trauma and Vietnam War Generation. New York, Bruner/Mazel.
16. Mirow S (1999) Comorbidity of PTSD and OCD: Affect regulation and Chaos Theory. ESTSS 6th European Conference on Traumatic Stress: Psychotraumatology Clinical Practice and Human Rights, İstanbul-Turkey, June 5th-8th 1999, s. 73.
17. Mollica RF, McInnes K, Sarajlić N et al. (1999) Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *JAMA*, 282(5): 433-439.
18. Nojavits LM, Gastfriend DR, Barber JP et al. (1998) Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative cocaine treatment study. *Am J Psychiatry*, 155:214-219.
19. Spivak B, Segal M, Laufer N et al. (2000) Lifetime Psychiatric morbidity rate in Israeli non-help seeking patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord*, 57(1-3): 185-188.
20. Sungur M, Sürmeli BA, Özçubukçuoğlu A (1995) Common features of PTSD cases amongst a group of military staff referred from the southeast region of Turkey. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, 9(4): 279-284.
21. Şahin D (1994) İşkenceden Sonra Gelişen Posttravmatik Stres Bozukluğu ile Kişilik Özelliklerinin Etkileşimi. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
22. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al. (1998) Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155(12): 1733-1739.
23. Zimmerman M, Mattia JI (1999) Psychotic subtyping of major depressive disorder and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 60(5):311-314.