

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.11429872>

Accepted: 31.05.2024

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Stresle Başa Çıkma Üzerine Genel Bir Derleme

A General Review On Post-Traumatic Stress Disorder And Coping With Stress

Öykü ŞAHİN

Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü
oykusahin277@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7170-153X>

Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
meryem.karaaziz@neu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), gerçek bir ölüm tehdidi, ağır yaralanma veya bireyin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir durumla karşılaşmasıyla veya bu duruma tanık olmasıyla ortaya çıkabilen, özgül semptomlarla kendini gösteren psikolojik bir bozukluktur. TSSB'nin nedenleri oldukça komplike olup travmatik yaşantılar kadar çevresel veya kişisel faktörler de rol oynamaktadır. Bunlar arasında travmanın cinsiyet, yaş, genetik yatkınlık, kişilik özellikleri ve sosyal destek gibi özellikleri, travmanın cinsi, şiddeti ve süresi gibi faktörler, travma sonrası aldığı destek ve kişisel başa çıkma becerileri yer alır. Bu bozukluğun semptomları arasında tekrarlayan kabuslar, aşırı uyarılma, duygusal donukluk ve stres vericilerden kaçınma bulunmaktadır. Bu semptomlar, kişinin işlevselliğini, ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte olup TSSB teşhisi, semptomların belirtilerinin en az altı ay boyunca devam ettiğinde konulmaktadır. TSSB'nin tedavisi, psikoterapi ve farmakoterapi gibi farklı yöntemlerin kombinasyonları içerebilmektedir. Farmakoterapi, semptomların yönetimine yardımcı olabilir, ancak tek başına tedavi olarak kullanılmamalıdır. Bilişsel davranış terapisi (BDT), kişinin travma sonrası semptomlarını yönetme becerilerini geliştirmeye odaklanırken, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) terapisi, travmatik hatıraların etkisini azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Tedavi planı, bireyin ihtiyaçlarına, semptom şiddetine ve tercihlerine göre belirlenmektedir, kişiye özgüdür. TSSB'nin etkileri, bireyin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, erken tanı ve uygun tedavi önemlidir. Ayrıca, toplumda TSSB hakkında farkındalığın artırılması ve destekleyici kaynaklara erişimin kolaylaştırılması da önemlidir. Bu geliştirmeler sağlandığı takdirde, TSSB olan bireylerin daha iyi bir yaşam kalitesine

sahip olmalarına, gereken desteği almalarına ve iyileşme süreçlerine katkıda bulunulabilir. Bu çalışmada, literatürün derlemesi yapılarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve bu bozukluğun yaratmış olduğu stres üzerine genel bir gözden geçirme amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Travma, Travmatik Deneyim, Stres, Travma Sonrası Semptomlar.

Abstract

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a psychological disorder manifested by specific symptoms that can occur when an individual encounters or witnesses a real threat of death, severe injury, or a situation that threatens the physical integrity of an individual. The causes of PTSD are quite complicated and environmental or personal factors play a role as well as traumatic experiences. These include characteristics of trauma such as gender, age, genetic predisposition, personality traits and social support, factors such as the type, severity and duration of trauma, support received after trauma and personal coping skills. Symptoms of this disorder include recurrent nightmares, overstimulation, emotional dullness, and avoidance of stressors. These symptoms negatively affect a person's functionality, relationships and quality of life, and PTSD is diagnosed when the symptoms of the symptoms have persisted for at least six months. The treatment of PTSD may include combinations of different methods, such as psychotherapy and pharmacotherapy. Pharmacotherapy can help manage symptoms, but it should not be used as a stand-alone treatment. Cognitive behavioral therapy (CBT) focuses on improving a person's ability to manage their post-traumatic symptoms, while eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy can help reduce the impact of traumatic memories. The treatment plan is determined according to the individual's needs, symptom severity and preferences, it is specific to the individual. The effects of PTSD can seriously affect an individual's quality of life. Therefore, early diagnosis and appropriate treatment are important. It is also important to raise awareness about PTSD in society and facilitate access to supportive resources. If these improvements are provided, it can contribute to individuals with PTSD having a better quality of life, receiving the necessary support and improving their recovery processes. In this study, a review of the literature and a general review of Post-Traumatic Stress Disorder and the stress caused by this disorder were aimed.

Keywords: Trauma, Traumatic Experience, Stress, Post-Traumatic Symptoms.

GİRİŞ

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Stres kelimesi, Latince "estrictia" kelimesinden türetilmiştir. Selye, stresi, "vücuda yüklenen herhangi bir özel olmayan talebe karşı vücudun tepkisi" olarak tanımlamaktadır. Selye, stres ve stresör terimlerini öne çıkararak, bir stresörün bireyde bir dizi tepki oluşturan çevresel bir uyarıcı olduğunu ve bireyin bu uyarılara verdiği tepkiyi de stres olarak adlandırdığını belirtir. Sonuç olarak Selye, stresi "bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki" olarak

tanımlamaktadır (Güçlü, 2001).

DSM V'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) ciddi yaralanmalar, bir ölüm ya da ölüm tehdidi, kişinin fiziki bütünlüğünü tehlikeye sokan bir duruma maruz bırakılması, cinsel şiddete maruz bırakılması ve ağır travmatik durumlar sonrası ortaya çıkabilen ve spesifik belirtilerle kendini gösteren Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), bir tür kaygı bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Çolak, vd., 2010). Bu bozukluk Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak iki alt başlıktan oluşmaktadır. ASB, tipik olarak travmatik bir olaydan hemen sonra ortaya çıkarken, TSSB 6 ay sonrasına kadar kendini göstermeyebilir. Duyguda küntleşme, anksiyete, dissosiyatif amnezi, tekrarlayan kabuslar, uyku bozuklukları ve olayı yeniden yaşama gibi akut stres bozukluğuna ilişkin semptomlar bir aydan fazla sürerse tanı travma sonrası stres bozukluğuna kayar (Cicarelli & White, 2016). Travmatik olaylar duruma (kaza ve kişilerarası istismar), biçimine (fiziksel, cinsel, duygusal, ihmal), bireyin maruz kaldığı yaşa, olayların sayısına, sıklığına ve ciddiyetine, bakıcının aileden veya yabancı biri olmasına göre değişebilir (Jowett, vd., 2019).

Bu derleme, travma sonrası stres bozukluğunu, semptomlarını ve tanısız geçişlerini kapsamlı bir şekilde araştırma amacıyla hazırlanıp, stres ve stres faktörüyle TSSB'nin ilişkisini vurgulamaktadır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tarihçesi

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile ilgili ilk araştırmalar, özellikle Birinci Dünya Savaşı ve İkinci Dünya Savaşı dönemlerinde travmaya maruz kalan gruplarla başlamıştır. Araştırmalar, İkinci Dünya Savaşı ve ardından gelen Vietnam Savaşı'nın yol açtığı yıkıma yanıt olarak ivme kazanıp bu savaşların askeri personelin ruh sağlığı üzerinde yarattığı derin etkinin fark edilmesiyle hız kazanmıştır (Lotfi & Başçılar, 2017). Belirtiler arasında izinsiz girişler (flashbeckler, kabuslar), travmanın hatırlatıcılarından kaçınma (düşünceler, kişiler), olumsuz biliş ve ruh hal değişiklikleri (olumsuz inançlar, kopuk hissetme) ve aşırı uyarılma (sinirli davranış, hipervijilans) bulunur. Bu semptomlar, travmanın hemen ardından başlamayabilir, ancak en az bir ay süreyle devam etmelidir (Kaiser, vd., 2018).

Vietnam Savaşı'nın tırmanmaya başladığı bu dönemde Resmi APA (Amerikan Psikiyatri Birliği) nozolojisi ve sınıflandırmasında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu dönemde DSM-II yayımlanmış ve aynı yıl Tet Saldırısı gerçekleşmiştir. Savaşın popülerleşmesiyle birlikte, dönen gaziler genellikle küçümsemeyle karşılanmaktaydı. Ancak, bu dönemde yaşanan psikiyatrik sorunlar için kabul edilmiş bir tanı bulunmuyordu ve mevcut tedavi seçenekleri de sınırlıydı. Bu durum, savaşın yarattığı psikiyatrik sonuçlarla başa çıkma ihtiyacının fark edilmesine neden olmuştur. Aktivistler, insanları savaşa göndermeden önce yeterli tanı ve tedavi seçeneklerini sağlamada yaratılan eşitsizliği vurgulamaya başlamıştır. Bu süreç, savaşın getirdiği zorluklarla baş etmek için daha etkili bir psikiyatrik destek sistemine duyulan ihtiyacı ön plana çıkarmıştır (Andreasen, 2010).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu olarak tanınan bu olgu ancak 19. yüzyılın sonlarında bu tanımı alabilmiştir. 19.yy öncesi TSSB , "Asker kalbi", "Kardiyak Güçsüzlük", "Travmatik şok", "Savaş Psikonevrozu" ve "Efor sendromu" gibi çeşitli terimlerle anılmıştır. Amerikan Psikologlar Birliği tarafından ilk kez 1980 yılında, Mental Bozukluklar için Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Kitabı- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM III) Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) günümüzdeki tanımını oluşturmuş ve hem psikolojik hem de fizyolojik semptomları kapsayan davranışları TSSB adı altında sınıflandırmıştır (Yavuz & Karatepe, 2015).

Herman Oppenheim, bozukluğun altında yatan patofizyolojinin organik olduğunu öne sürmüş olup, 'Travmatik Nevroz' terimini ilk kullanan araştırmacı olarak kabul edilmektedir (Mega, 2020). Travmatik nevroz, Freud'un tanımladığı şekliyle, hayatı tehdit eden ciddi kazalar ve felaketler sonrasında ortaya çıkan bir durumu ifade eder. Freud, Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra travmatik nevroz vakalarında bir artış gözlemlemiştir. Ancak bunu sinir sistemindeki lezyonlara bağlamayıp, savaş nevrozunda gözlenen travma fiksasyonu ile histeri arasındaki benzerliğin altını çizmektedir. Freud, travmatik nevrozun olaya hazırlık eksikliğinden kaynaklandığını ve korku olmadığında ortaya çıkmadığını ileri sürmektedir (Özten & Sayar, 2015). Freud, TSSB'ye odaklanarak, bu durumun fanteziye ve hafızanın psişik gerçeklik olarak adlandırdığı kavrama nasıl etki ettiğini vurgulamıştır. Bu perspektif değişikliği, travmanın etkilerini sadece olayın gerçek fiziksel boyutlarıyla değil, aynı zamanda bireyin zihinsel süreçleri ve hafızasıyla da ilişkilendirmeyi amaçlamıştır (Wilson, 1994).

Literatür incelendiğinde, travma sonrası stres bozukluğu kavramı ve semptomları üzerine yapılan çalışmaların uzun bir geçmişe sahip olduğu fakat travmanın dolaylı etkilerine dair çalışmaların daha yakın zamanlarda başladığı gözlemlenmektedir (Arvay, 2001).

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun DSM'ye Göre Gelişimi

DSM-I (1952)'de "ağır stres tepkisi" terimi, askeri veya sivil deneyimlere maruz kalan bireyleri psikolojik olarak kategorize etme amacıyla kullanılan ancak zaman içinde yanlış tanımlanmış bir teşhis olarak bilinmektedir. Bu teşhis başlangıçta gazileri, eski mahkûmları, savaş tanıkları, tecavüz kurbanları ve Nazi Holokostu'ndan sağ kurtulanları sınıflandırmak için tasarlanmıştı. Ancak, zamanla bu terim bireylerin yaşadığı çeşitli travmatik deneyimleri kapsayacak şekilde genişlemiştir (Friedman, vd., 2010). DSM I'de bu tanı sınıfı, psikojenik veya organik kaynaklara dayandırılmayan hastalıkların bir alt grubu olarak kabul edilip, duruma bağlı ortaya çıkan, geçici bir "kişilik bozukluğu" olarak değerlendirilmiştir (Çolak, vd., 2010).

DSM II'de (1968) ise, travmatik deneyimlere karşı gelişen tepkiler, erişkin yaşamında uyum bozukluğu olarak belirlenmiş ve "Transient Situational Disturbance" (Geçici Durumsal Bozukluk) terimi ile tanımlanmıştır (Hacıoğlu, vd., 2002). DSM II, travma konusunda yeni bir bakış açısı sunmamış ve travmayı geçici uyum bozukluklarına neden olan bir tanım olarak dikkate almamıştır.

DSM-II, travma ile ilişkili hastalık (travma terimini kullanmadan) tanımını şu şekilde yapmaktadır; Herhangi bir temel psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde, yoğun ve baskılı bir çevresel olaya maruz kalmanın ardından ortaya çıkan belirtiler. Bu belirtiler, stresli olay ortadan kalktıktan sonra kaybolur; ancak eğer stres devam ediyorsa, tanı değiştirilmelidir. DSM II, travmatik olayın ayrı bir kategori olmaması nedeniyle özel bir tanıya işaret etmemiştir (Çolak, vd., 2010).

DSM III'te, TSSB bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır ve travmatik olay yaşama, olayı sürekli olarak yeniden yaşama, travmayla ilişkili uyarıcılardan kaçınma ve artan uyarılmışlık gibi kriterleri içermektedir (Johnson & Brown, 2012). Bu sınıflandırma, TSSB'nin ayrı bir tanı olarak tanınmasında önemli bir adım olmuş ve DSM kriterlerinin daha sonraki revizyonlarının temelini oluşturmuştur (Garcia, 2018). DSM III aynı zamanda ilk kez Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve bu bağlamda "travma" kavramını tanımlamıştır. Travma, örneğin savaş sırasında yaşanan bir olayın, neredeyse herkes üzerinde belirgin düzeyde sıkıntı yaratacak "açıkça" tanımlanan bir olay olarak kabul edilmiştir (Çolak, vd., 2010).

DSM-IV-TR (APA, 2000), Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nu anksiyete bozukluğu kategorisinde sınıflandırmaktadır. Bozukluğun tanısı için gerekli şartlar, bireyin yaşamını tehdit eden veya kendi fiziksel bütünlüğünü, ya da başkalarının bütünlüğünü tehlikeye atan bir travmayı içermelidir; bu tehdit genellikle gerçek saldırılar, hasarlar veya ölümle ilişkilendirilmektedir (Ray, 2000).

Yıllardır süregelen önemli ve yenilikçi görgül çalışmaların sağladığı veriler, DSM'nin evrimini sürdürerek 1987 ve 2000 yılındaki baskılardan başlayarak DSM-5'in (APA 2013) son halini almıştır. DSM-5, DSM'nin en güncel baskısı olup Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısıyla ilgili önemli değişiklikler içermektedir (Alpay & Çelik, 2022). DSM-5'te, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) kaygı bozukluğu kategorisinden çıkarılmış ve bağımsız bir psikolojik bozukluk grubu olarak "Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır (Işıklı & Keser, 2020). TSSB'nin DSM'e göre tanımını tablolar ışığında incelemek gerekirse;

Tablo 1: Travma Kavramının DSM'ler Boyunca İncelenmesi (Çolak, vd., 2010).

Tablo 1: Travma Tanımındaki Değişimler ve Yorumu

	Travmanın Tanımı	Yorumlanması
DSM-I	"Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese sebep olan bir olay"	<ul style="list-style-type: none"> Tanım kesin değil. Kişisel travma tanımı belirsizdir. Büyük bir olaya(savaş, deprem) maruz kalma vurgusu yapılmaktadır.
DSM-II	"Ezici/kahredici çevresel bir olay"	<ul style="list-style-type: none"> Olayın tanımı DSM-I den daha belirsizdir. Olay ile ortaya çıkan klinik uyum bozukluğu ile sınırlı kalmaktadır.
DSM-III	"Herkes üzerinde belirgin bir şekilde rahatsızlık yaratacak belirgin bir olay."	<ul style="list-style-type: none"> Genel bir tanım arayışı vardır.

DSM-III-R	“Tipik insan deneyiminin ötesinde, genel sıkıntıya neden olan bir olay “	Tanımı açıklığa kavuşturmak için olaya maruz kalma biçimleri belirtiliyor. Günlük yaşamda nadiren karşılaşılan olayı tanımlayarak olayı sınırlama çabası göze çarpmaktadır.
DSM-IV & DSM-IV-R	“Bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı”	Bireyin öznel tepkisini vurgulayarak, travmada bireysel tepkilerin önemine vurgu yapılıyor • Dolaylı travmatizasyonun kabulü
DSM-5	“Gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruziyet”	• Travma yaşama yolları farklı kriterlerle belirtilmiş • İlk defa tanımda cinsel şiddet ibaresi. Maruziyet biçimini daha netleştirmek için doğrudan deneyimleme vurgusu yapılmış. • Maruziyette tartışmalı dolaylı yollar sınırlandırılmış-elektronik medya ile maruziyetin dışlanması • Mesleki maruziyetin özel olarak belirtilmesi

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

TSSB'nin gelişiminde, birey için travmanın niteliği, şiddeti, önceki travmatik deneyimler ve travma sonrası yaşanan koşullar önemli belirleyici faktörler olarak öne çıkmaktadır (Özgen & Aydın, 1999). Travmatik olaylar genellikle olağandışı olarak nitelendirilmiş olsa da insanların %80 ila 100'ünün hayatlarında en az bir travmatik deneyimle karşı karşıya kaldığı düşünülmektedir (Çiller, vd., 2022). TSSB gelişme olasılığı kadınlarda %10.4 ila %19 arasında iken, erkeklerde ise %5 ila %10 arasında değişmektedir. (Breslau, vd., 1997).

İnsan müdahalesiyle yaşanan travmatik durumların TSSB'nin gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir. Bir araştırmada, yaşam boyu TSSB görülme oranı genel popülasyonda %1.35 olarak tespit edilmişken, fiziksel saldırı mağdurlarında bu oranın %3.5, savaş gazilerinde ise %6.3 olduğu belirlenmiştir (Bolu, vd., 2014). Aynı zamanda çocuklarla yapılan çalışmalarda ise, çocukların %25'ten fazlası, yetişkinliğe adım atmadan önce önemli bir travmatik deneyimle karşılaşmaktadır (Karadağ, vd., 2020).

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi

TSSB'nin etiyojisine dair yorumlar, TSSB'nin birden çok faktör tarafından belirlendiğini öne sürmektedir (Özgen & Aydın, 1999). Son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalarda, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun etiyojisinin sadece kişinin deneyimlediği travmatik olayla sınırlı olmadığını, aynı zamanda kişinin geçmişte yaşadığı travmatik deneyimler, çocukluk döneminde maruz kaldığı travmatik olaylar ve duygusal zorluklar gibi psikolojik faktörlerin de etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Kessler, vd., 2017). Stresör, esasen temel tetikleyici bir faktör olmasına rağmen, benzer travmatik olaya maruz kalan her bireyde Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun ortaya çıkmadığı gözlemlenmektedir. Yetersiz sosyal destek, 15 yaşından önce psikolojik travma yaşama, özellikle anksiyete bozukluğu ve majör depresyon gibi hastalıkları deneyimleme, psikiyatrik hastalıklara yatkınlık, 10 yaşına gelmeden aileden ayrılmış olma gibi faktörler,

TSSB'nin gelişme eğiliminde olan unsurlar olarak değerlendirilmektedir (Özgen & Aydın, 1999). Çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik deneyimler, bireyin Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) riskini artırmaktadır. Özellikle cinsel, fiziksel veya duygusal istismar gibi çocukluk travmaları, bireyin yetişkinlik döneminde TSSB'nin gelişmesini sağlamaktadır (Cloitre, 2009). Nörobilimdeki ilerlemeler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'ndaki nörobiyolojik faktörlerin rolünü ön plana çıkarmıştır. Beynin stres yanıt sisteminde değişiklikler meydana geldiğinde, özellikle amigdala ve hipokampusta olan değişimler, TSSB semptomlarının ortaya çıkışı ve devamlılığı ile ilişkilendirilmektedir (Lanius, 2015). Aynı zamanda bilişsel faktörler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Kalıcı olumsuz inançlar, kişinin kendisi, başkaları veya dünya hakkında, travmatik olayın çarpıtılmış yorumları ile birleştiğinde, bozukluğun uzamasına neden olabilmektedir (Ehlers & Clark, 2000). Eğer travmatik bir olay insan kaynaklı ise, hastalığın gelişme riski, şiddeti ve süresi genellikle daha yüksek olmaktadır. Aynı zamanda, sıradan gibi görünen veya çoğu insan için felaket olarak algılanmayan olaylar, bazı bireyler kişisel anlam atfettiği için Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na neden olabilmektedir. TSSB'nin ortaya çıkma riskini belirlemede, stresörün şiddetini artıran ve bireyin bu bozukluğa karşı yatkınlığını gösteren etkenler belirleyici olmaktadır (Özgen & Aydın, 1999).

Stres ile Başa Çıkabilme

Stres terimi, kökenini Latince "estrictia"dan alır ve 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder gibi anlamlarla tanımlanmıştır. Cüceloğlu stresi "Bireyin fiziksel ve sosyal çevresindeki uyumsuz koşullar sebebiyle, bedensel ve psikolojik sınırlarını aşarak sarf ettiği çaba olarak tanımlamıştır (Güçlü, 2001). Stres, bireyin karşılaştığı olaylar veya çevresel uyarıcılara verdiği tepki sonucu ortaya çıkan gerilimi ifade eder ve bu genellikle dışsal faktörlere dayanır. Bireyin bu dışsal faktörlere yönelik gösterdiği tepki, kişisel bir değerlendirme ve deneyimle şekillenen öznel bir nitelik taşır. Bu tepki, genellikle zihinsel sürecin ürünüdür ve bireyin zihinsel durumunu yansıtarak ortaya çıkar, içseldir (Sığı, 2007). Stres, bireyin içinde bulunduğu çevresel koşulların veya yaşamında meydana gelen değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Rastlantısal veya kendiliğinden oluşan bir durum değildir; tam tersine, bireyin yaşadığı çevresel değişikliklerin, hayatındaki gelişmelerin veya olayların etkisi altında meydana gelmektedir (Güçlü, 2001).

Stresi tetikleyen etkenler genellikle iki ana kategoriye ayrılır: öngörülebilir ve beklenmedik olanlar. Öngörülebilir stres etkenleri, hayatımızı etkileyen olayları içerirken, beklenmedik stres etkenleri daha yoğun olarak ortaya çıkmakta ve üç alt kategoride toplanmaktadır (Cufta, 2016).

Öngörülebilir Stres Etkenleri	Beklenmedik Stres Etkenleri
Bir bebeğin doğumu.	Deprem, sel felaketi, yangın, savaşlar.
Evli bir çiftin, birbirlerinin huylarına ve karakterlerine alışma süreci.	Evlilik, boşanma, ölüm, hapis cezası.
	Anlaşmazlıklar, sınavlar, zaman baskısı.

İnsan yaşamında stresin olmaması olanaksızdır. Önemli olan, stresle başa çıkma stratejilerini

öğrenmektir. Stresle başa çıkma kavramı da stresin tanımları kadar çeşitlidir. Çünkü her bireyin stresle başa çıkma tarzı farklıdır. Stres kaynakları da kişiden kişiye değişir, bu da tepkilerin farklılık göstermesine neden olur. Dolayısıyla, başa çıkma stratejileri çeşitli şekillerde tanımlanabilir (Tekin, vd., 2019).

Bir kişi stres veren bir durumla karşılaştığında, stres etkeni ile nasıl baş edebilir? Bunun iki türü vardır.

1. Sorun odaklı başa çıkma: Stresi oluşturan durumu değiştirmeye çalışmaktır. Sorunu tanımlama, farklı çözüm yolları bulma, bu çözümleri değerlendirme ve en uygun olanı seçme sürecini içerir.
2. Duygusal odaklı başa çıkma: Eğer stresli durumu değiştirmek mümkün değilse, birey stresle ilgili davranışlarını ve duygularını değiştirmeye çalışır. Bireyler bir problemi kontrol edemeyecek duruma geldiklerinde, duygusal odaklı başa çıkma yöntemini kullanmaktadırlar (Cufta, 2016).

Sonuç olarak, "stresle baş etme tarzı", benzer durumlarda zaman içinde tekrarlanan veya belirli durumlarda kullanılan, baş etme tekniklerine temel teşkil eden ve yön veren ana unsurlardır. Baş etme yöntemleri, belirli stresli durumlarda kullanılan eylemsel veya zihinsel stratejilerdir ve stresli olayın koşullarına göre değişkenlik gösterebilmektedirler (Sığırı, 2007).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Stres Üzerine Yapılan Çalışmalar

Fransız nörolog Jean-Martin Charcot, travmanın psikolojik etkilerini inceleyen ilk kişi olup bu araştırmalarını histeri hastalarıyla gerçekleştirmiştir. Histerinin, geçmiş kötü olayların etkisiyle ortaya çıktığını belirten Breuer ve Freud, travmatik anıların ve travmanın duygusal etkilerinin ifade edildiği zaman histerik belirtilerin azaldığını gözlemlemişlerdir. Savaş gazilerini değerlendiren Psikiyatrist Abraham Kardiner, Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra "The Traumatic Neuroses of War" adlı kitabı yayımlayarak travmatik sendromun klinik özelliklerini belirlemiştir (Kokurcan & Özsan, 2012).

Travma sonrası stres bozukluğunun genetik etkilerine dair kanıtlar, hem aile hem de ikiz çalışmalarından gelmektedir. TSSB için yapılan 17 aday gen çalışması bulunmaktadır. Ebeveynleri TSSB olan çocukların, hem yetişkinlikte hem de çocukluk döneminde TSSB riskinin daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Benzer şekilde, TSSB ikiz çalışmaları, genetik etkilerin TSSB riskindeki değişkenliğin sadece üçte birinden sorumlu olduğunu göstermektedir (Koenen, vd., 2009).

Van der Kolk, Boyd, Krystal ve Greenburg, TSSB semptomlarını açıklayan ilk biyolojik modelleri öne sürmüşlerdir. Hayvan deneylerine dayanarak, TSSB'nin geliştiği durumlarda davranışsal ve biyokimyasal değişikliklerin "kaçınılmaz ve-veya kaçınılmaz şok koşullarında meydana geldiği

noktasına odaklanmışlardır. "Nörotransmitter aktivitesinin davranışsal değişiklikleri belirlediği" şeklinde özetledikleri hipotezlerini ileri sürmüşlerdir (Geyran, 1995).

Araştırmalar, travmatik stres sonucu ortaya çıkan bozukluklarda, aile risk faktörlerinin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Aile içinde depresyon varlığı, anksiyete bozukluğu ve maddenin kötüye kullanımı, TSSB gelişimi için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Tecavüz veya cinsel istismar mağduru, motor kazasından sağ kurtulan, ve Körfez Savaşına katılan bireylerle yapılan araştırmalar, duygusal kaçınma, inkar, pozitif düşünme veya düşüncelere takılı kalma gibi kaçınma eğilimlerin post-travmatik semptomlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Bolu, vd., 2014)

Tartışma, Sonuç ve Öneriler

1984-1996 yılları arasında gerçekleştirilen bir meta-analizde, TSSB tedavisine odaklanan 61 terapi müdahalesi incelenmiştir. Bulgulara göre, farmakoterapi ve psikolojik müdahalelerin plasebo grubuna göre daha etkili olduğu ancak semptom azaltımı açısından psikoterapinin daha etkili olduğu belirtilmiştir (Yavuz & Karatepe, 2015). Travmatik yaşam olaylarının belirsiz doğası göz önüne alındığında, davranış terapisi müdahale tekniklerinin etkinliği, travmatik olaylardan etkilenen kişilerin psikolojik sağlığını yeniden kazanmada daha da önem kazanmaktadır (Çiller, vd., 2022). Bireylerin stres algıları, eğilimleri ve stresle başa çıkma yöntemleri, araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre, bireylerin fizyolojik yapısı, psikolojik durumları, çevresel etkiler ve stres kaynaklarının niteliği gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir. Bu durum, göz ardı edilmemesi gereken önemli bir gerçektir (Sığırı, 2007).

TSSB, ciddi işlevsel bozukluklara yol açmaktadır (Kessler, vd., 2017). TSSB semptomları olan bireylerin işlevselliğini olumsuz etkileyen kaygı, duygusal donukluk, yeniden deneyimleme ve kaçınma davranışı gibi komorbid tanılarının tedavisi, bu bireylerin işlevselliğini artırabilmektedir (Çiller, vd., 2022). WMH verilerine göre bazı travmaların utanç verici veya kültürel olarak hassas olduğu için sistemli bir şekilde rapor edilmediği düşünülmektedir. Her iki tür problem de veri toplama geliştirmeleri ile azaltılabilir, ancak tamamen aşılması mümkün değildir (Kessler, vd., 2017). Bugüne kadar yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu kesitsel desenlere dayalı olarak yürütülmüştür (Işıklı & Keser, 2020).

Yüksek gelirli ülkelerdeki TSSB vakalarının yaklaşık yarısı ve düşük veya orta gelirli ülkelerdeki vakaların yaklaşık olarak yarısı belirli bir tür tedavi aramaktadır, ancak tedavi türü ve süresi nadiren tedavi yeterliliği için minimum standartları karşılamaktadır. Bu sonuçlar, TSSB'ye sahip olan kişilerin tedavi alım oranını artırmak için ve tedavi alan hastalar için tedavi kalitesini iyileştirmek için çaba gerektirdiğini öne sürmektedir (Kessler, vd., 2017). Travma sonrası stres bozukluğu ile mücadelede, devlet politikalarının küçük yaşlarda eğitim vermeye odaklanması ve eğitim programlarına bu konunun dahil edilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bu kişilerin destek alması için uzmanlardan yardım alınmalı ve toplum genelinde farkındalık oluşturulmalıdır. TSSB ile ilgili daha fazla araştırma yapılması ve bu alandaki bilgi ve farkındalığın artırılması, etkilenen bireylere daha etkili destek sağlanmasına yardımcı olabilir. Bu çabalar, toplumun genel sağlığını ve refahını

artırmak için önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKÇA

Alpay, H. L. ve Çelik, D. (2022). Karmaşık travma sonrası stres bozuluğu: Bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(4), 589-596.

Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208(1), 67–71.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. baskı). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arvay, M. J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23(4), 283-293.

Bolu, A., Erdem, M. ve Öznur, T. (2014). Travma sonrası stres bozukluğu. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 98-104.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54(11), 1044-1048.

Cicarelli, S. K. ve White, J. N. (2016). Psikolojik Bozukluklar, Şahin, D (Ed.), *Psikoloji bir keşif gezintisi* (s. 461-464). Nobel Akademik Yayıncılık.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 399–408.

Cufta, M. (2016). Stres ve dini inanç. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(5), 50-70.

Çiller, A., Köskün, A. ve Akça, A. Y. E (2022). Post traumatic stress disorder and behavioral therapy intervention techniques used in treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 14(4), 499-509.

Çolak, B., Kokurcan, A. ve Özsan H. (2010). Dsm'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25.

Ehlers, A.,ve Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.

Garcia, K. L. (2018). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Geyran, P., Ç. (1995). Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili nörobiyolojik kanıtlar. *Düşünen Adam*, 8(1), 9-18.

Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.

Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (2013). Local responses to trauma: Symptom, affect, and healing. *Transcultural Psychiatry*, 50(5), 607–621.

Işıklı, S. ve Keser, E. Travma sonrası stres bozukluğunda duygular ve duygu düzenleme Vatan S, editör. *Duygu Düzenleme*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. 55-63.

Johnson, R. S., & Brown, T. F. (2012). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 12-19.

Karadağ, M., Gökçen, C. ve Sarp, S. A. (2020). Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran travma sonrası stres bozukluğu olgularının sosyodemografik ve tanısal özellikleri. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 6(3), 424-429.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 3-13.

Koenen, K. C., Amstadter, A. B., & Nugent, N. R. (2009). Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder, *An update. Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 416–426.

Kokurcan, A., Özsan, H., H. (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24.

Lanius, R. A. (2015). Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27905.

Lotfi, S., ve Başçılar, M. (2017). Travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal hizmet. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 275-286.

Mega, F. (2020). Travma sonrası stres bozukluğu tanısının tarihsel süreci, çocuklarda klinik seyri ve bdt uygulamaları. *Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 24-29.

Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1, 34-41.

Özten, E. ve Sayar, G. (2015). Eşik altı travma sonrası stres bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 7(4), 348-355.

Pless Kaiser, A., Cook, J. M., Glick, D. M., & Moye, J. (2018). Posttraumatic stress disorder in older adults: A conceptual review. *Clinical Gerontologist*, 1-18.

Ray, S. L. (2008). Evolution of Posttraumatic Stress Disorder and Future Directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 217-225.

Sıgı, Ü. (2007). Geçici ve daimi personelin stres faktörlerinin, belirtilerinin, yatkınlıklarının ve stresle baş etme tarzlarının mukayeseli analizi. *Öneri Dergisi*, 177-188.

Tekin, E., Çilesiz, Y. Z., ve Gede, S. (2019). Farklı meslek gruplarında çalışanların algılanan stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine bir araştırma. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 79-89.

Yavuz, K ve Karatepe, H. (2015). Travma sonrası stres bozukluğunun psikoterapisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(1), 44-52.

Wilson, J. P. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 681-698.