

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA GÖRÜLEN "TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU" NUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SEYRİ

Dr. NAHİT MOTAVALLI

ÖZET

Bu yazıda çocukluk ve ergenlik çağında travma sonrası stres bozukluğunun belirtileri ve seyri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Travma sonrası stres bozukluğu, çocuk ve ergen

SUMMARY

This article discusses the clinical features and characteristics of post traumatic stress disorder in childhood and adolescence.

Key words: Post traumatic stress disorder, children and adolescents.

DSM III-R "travma sonrası stres bozukluğu"nu biliten external bir olaya bağlı ortaya çıkan tek anksiyete bozukluğu olarak tanımlamaktadır. Bu external olayın olağan dışı niteliği, olaydan sonra sık sık yeniden yaşanması, kaçınma davranışları, duygusal küntlük ve aşırı uyanıklığa bağlı belirtilerin varlığının tanı için şart olduğu belirtilmektedir (APA, 1987).

Çocuklarda duygusal ve bilişsel gelişimi olumsuz etkilemesi, intrapsişik yapıyı ve insan ilişkilerinin gelişmesini zedelemesi açısından özel önem taşıdığı bilinmektedir (Garmezi ve Rutter, 1986).

Tarihsel süre içinde Freud ve Janet'den Vander Kolk'a dek tüm araştırmacılar travmanın niteliğinden "uyarı bariyerini" aşan bir olay olarak söz etmişlerdir (Terr, 1991).

Çocukluk çağı travmatik yaşantılar ile ilgili A.Freud ve ark. Almanya konsantrasyon kamplarında serbest bırakılan çocuklar üzerindeki çalışmaları ve D.Levy'nin çocukluk çağında cerrahi müdahaleye maruz kalan çocuklar ile ikinci dünya savaşını yakından yaşayan çocukların gösterdikleri belirtilerin benzediğini bildiren çalışmalar tarihsel önem taşımaktadır (Terr, 1991). Son 10-15 yıla dek çocukların travma sonrası gösterdiği belirtilerin erişkinlere benzediğinden sık söz edilmekteyken, son yıllarda bu konu üzerine ilginin artması ile birlikte araştırmacılar bu bozukluğun çocuklarda erişkinlerden farklı seyrettiğini vurgulamaktadırlar (Terr, 1984). Vander Kolk (1988) çocukların merkezi sinir sistemi gelişiminin

tamamlanmamasının travmanın daha derin iz bırakmasına yol açtığını belirtmektedir (Pynoos, 1987).

Brett (1989) DSMIII-R da tanımlanan travma sonrası stres bozukluğu tanı kategorisinin erişkinler için geçerli olan tanı kriterlerinin kısmi değişiklik ile çocuklar için geçerli olabileceğinden söz etmiştir. Aşağıda bu klinik tablonun temel belirtilerinin çocukluk çağında görülme biçimi anlatılacaktır (Brett, 1989; Pynoos, 1990).

A-Olağan dışı bir travmaya maruz kalma:

Pynoos (1987) çocukluk çağı travma sonrası stres bozukluğuna yol açacak faktörleri aşağıda görüldüğü gibi belirtmiştir.

1. Kaçırılma, rehin alınma
2. Cinayete, terörizme maruz kalma
3. İntihara şahit olma
4. Cinsel ve fiziksel istismar
5. Ciddi kazalar sonucu yaralanma
6. Yaşamı ciddi biçimde tehdit eden fiziksel hastalık
7. Tren, uçak, araba, gemi kazası
8. Büyük felaketler

Bu faktörler içinde çocuğun kendisi ve ailesinin hayatını tehlikeye sokan olaylar ile fiziksel cinayete maruz kalmanın özel yeri olduğunu belirtmiştir (Pynoos, 1987).

Patojenik çevresel faktörler ve ebeveyne ait kronik bozuklukların kişilik gelişimini engellemesi ve olumsuz etkilemesine rağmen, "olağan dışı" olmadığından travma sonrası stres bozukluğuna yol açmadığı belirtilmiştir (Pynoos, 1987).

Travmaya maruz kalan çocuğun verdiği tepki bir yandan olayın boyutuna bağlıken, diğer taraftan tehlikeyi algılaması ve kişisel anlama bağlı olduğu bildirilmektedir (Pynoos, 1990).

B- Yeniden yaşama fenomeni: "Reexperincing Fenomena"

Bu fenomen çocuğun ruhsal yaşantısındaki travma izlenimini yansıtmaktadır. Tekrarlayıcı ses, görüntü ve düşünceler zorlayıcı bir tarzda çocuğun dünyasına hakim olmaktadır. Küçük yaş çocuklarda travmaya ait ayrıntılar geri plandadır, yaş ilerledikçe ayrıntılar artmaktadır. Canlı anılar sıklıkla resim, oyun ile gündeme gelebilir. Çocuklarda savunma mekanizmaları yetersiz kaldığı zaman ise travmatik rüyalar ortaya çıkar. Genelde yaşadığı travmayı rüyada kısa ve ayrıntısız biçimde görür. Buna sıklıkla anksiyete ve korku eşlik eder. Sıklıkla uykunun 2. ve 4. fazında ortaya çıkar. Huzursuzluk, ajitasyon ve korkunun vokalizasyonu da tabloya eşlik edebilir.

Daha küçük yaşlarda bu bir kaç hafta içinde genelleşmiş kabuslara dönüşebilir. Travmatik rüyalar anksiyeteyi arttırdığından klinik tablonun seyrini uzatabilmektedir. Bu rüyalar travmatize çocukların ebeveynleri veya kardeşleri ile yatmalarına yol açmaktadır (Terr, 1991; Pynoos, 1990). Travmayı yeniden yaşama fenomeni çocuklarda kendini tekrarlayıcı oyunlarda da göstermektedir (Brett ve ark. 1988). Bazen bu travmatik oyunlar ebeveyni irrite edebilir. Bu oyunlarda bazen çocuk duygusal acıyı hafifletmek için inkarı kullanabilir. Zaman ilerledikçe travmaya ait sesler ve imajlar oyun içine girer (oyun ile birleşir) ve çocuk tarafından daha az ifade edilir. Geç başvuran olgularda klinisyenin sözel ifadeden ziyade oyun temasına odaklanması daha çok önem taşımaktadır. Travmatize çocuklarda yeniden yaşama davranışı (Re enactment) görülmektedir. Olayı hatırlatıcı bir yaşantıdan sonra travmanın temalarının istenmeyen tekrarlanması söz konusudur. Bu olay ergenlerde sonucu değiştirme ve telafi etmeye yöneliktir. Sıradan oyunlarda önemsiz algılanmaktayken silah ve otomobil gibi objelerle travmanın telafisi planlandığında taşıdığı hayati riskler sebebi ile önem taşımaktadır. Travmatik hatırlatıcılar çocuklarında erişkinler kadar rahatsız etmektedir. Ancak çocuklarda daha somut hatırlatıcılar ön plandadır. Örneğin kasırga felaketine maruz kalan çocuklar rüzgar olunca anksiyete yaşayabilirler. Bu hatırlatıcılar dıştan bakan bir gözlemci için anlam taşımazken, çocuk için özel anlam taşıyıp, günlük fonksiyonlarını aksatabilmektedir (Pynoos, 1987; Pynoos, 1990).

C-Psikolojik uyumsuzluk ve kaçınma davranışı:

Çocukların ego immatürüteri travmatik yaşantıları

daha zor tolere etmelerine yol açmaktadır. Travmatik yaşantıdan sonra çocukların duygu ifadesinde kısıtlılıklar gözlenebilir. Travmaya ait anıları gündeme getirecek endişesi ile bu kısıtlılık yaşanır. Okul öncesi ve okul çağı çocukları uyumsuzluk hissetmelerine rağmen bunu ifade edemezler. Duygusal tepkilerden kaçınma ve duygusal toleransın azalması travmaya ait sekellerin en önemlisidir (Brett ve ark. 1988; Pynoos, 1990). Travmaya maruz kalmış çocuklar olayla ilgili düşünceleri süprese etme eğilimindedirler. Hatırlatıcılardan kaçmayı tercih ettiklerinden travmanın gerçekleştiği mekandan geçmek istemezler. Travma sonrası günlük işlevlerinde kısıtlama ve azalma görülür, bu her zaman depresif duygu durumunun bir sonucu değil, bir daha travmaya maruz kalmamak için genel bir inhibisyonudur. Bu çocuklarda daha fazla ebeveynlere yapışma ve tutunma irtığı gözlenmektedir. Ancak ebeveynlerinin yanında oldukları zaman bile derinden yalnızlık duygusu hissediler ve onlar tarafından anlaşılamadıkları duygusuna kapılırlar. Bu çocuklarda hafıza bozuklukları görülebilir.

Özellikle yaşamı tehdit eden anı unutulabilirler. Cinayet anı, süre, sonuçlarını unutarak yaşam tehdidini azaltmaya çalışırlar. Ancak okul öncesi çocuklarının travmayı konuşmak istememeleri amnezi ile karıştırılmamalıdır. Bir tek travma yaşayan çocuklarda sürekli, tekrarlayıcı travmalar (örn. Fiziksel-Cinsel istismar) yaşayan çocuklara oranla daha az hafıza bozukluklarına rastlanmaktadır (Pynoos, 1987; Pynoos, 1990). Bu çocuklarda travma öncesi en son kazandıkları becerileri en erken kaybetme eğilimi gözlenmiştir. Travma sonrası sıklıkla enüresis, yabancı korkusu, karanlık korkusu, sözel ifade azalması, kekelemelik vs. görülebilir. Travma çocukların gelecekle ilgili beklentilerini etkiler, özellikle meslek seçimi, evlilik, çocuk sahibi olmak ile ilgili düşüncelerinin değişimine yol açmaktadır (Brett ve ark, 1988; Pynoos, 1987; Pynoos, 1990).

D-Uyanıklıkta artma:

Labaratuvar çalışmaları fizyolojik reaksiyonların klinik tablonun ağırlaşmasına yol açtığını bildirmektedir. Genel felaketler de (depresyon, sel vs.) sonra pek çok çocukta geçici uyku bozukluğu görülmektedir. Ancak travma sonrası stres bozukluğunda görülen uyku bozukluğu daha ciddi olarak haftalar, aylar ve yıllarca sürebilir. En çok uykunun 2. ve 4. fazı etkilenmektedir. Parasomnia, somnambulizm görülebilir. Travmaya ait önemli olan başka bir sekel iritabilite ve çabuk öfkelenmedir. Uyku bozuklukları ve zorlayıcı imajınasyonlar konsantrasyon bozukluğuna yol açmaktadır. Travmatize çocuklar adeta kendilerini

savunmak için her zaman aşırı uyanık ve anksiyöz görünürler. Yüksek sestten aşırı ürkerler, travmayı hatırlatıcı faktörler çarpıntı, bulantı ve baş dönmesi gibi otonom reaksiyona yol açabilir. bu travmadan uzun süre sonra bile görülebilir (Terr, 1984; Pynoos, 1990).

Travma sonrasında farklı dönemlerde ortaya çıkan belirtiler

1. Travma sonrası bir kaç hafta içinde ortaya çıkan tepkiler:

Olay anında sıklıkla çocukta fizik ve psişik kontrol vardır. Bazı çocuklar ise travma anında mide bulantısı, baş dönmesi, cilt de yanmalar gibi bedensel belirtilerden söz ederler. Travmadan sonraki ilk günler sıklıkla çocuklar olayın nedenini, kendilerinin olaya maruz kalma-sebebini, olaydan kaçınıp kaçınmamanın mümkün olup olmadığını sık düşünürler. Bu eğilimden Pynoos (1989) "bilişsel düzeyde yeniden değerlendirme" fenomeni olarak söz etmektedir. İlk günler başlayan bu belirti çok uzun süre devam edebilir (Terr, 1991). Bazen çocuklar travmatik yaşantının ile bağlantılı ayrıntıları (örn. kişinin görünümü) yanlış hatırlayabilirler. Görsel halisinasyonlar olabilir. Bu belirtide uzun süre devam edebilir.

Hatırlatıcı faktörler travmatik yaşantıyı akla getirebilir. Özellikle uyku öncesi ve istirahat halinde bu sık görülür. İlk birkaç haftada uyku problemleri görülebilir. Bu da okulda dikkat ve konsantrasyonu etkileyebilir. Travmatik yaşantıyı takiben korkular başlar, bunlar hem travmatik yaşantının tekrarı korkusunu, hem de karanlık, ebeveynlerden ayrılma, yalnız kalma korkusudur. Travma tekrarlamazsa uyku problemi kısa sürede geriler, ancak korkular daha uzun sürelidir. Bu dönemde travmatik rüyalar görülür. Çocuk nonverbal dönemdeyse uykuda yürüme ve ses çıkarmalarla ön plandadır. Bir kaç gün, travmadan sonra, travmanın içeriği çocuğun oyunları resimleri ile birleşmeye başlar. Bu dönemin oyunları monotondur ve tehlikeli olabilir (Garmezy ve Rutter, 1986; Terr, 1991).

2. Travmadan sonra bir kaç ay içinde ortaya çıkan belirtiler:

İlk günler ortaya çıkan bazı belirtiler kaybolabilir. Ancak korkuların ve tekrarlayıcı rüyaların devam ettiği bildirilmektedir. Uyku, iritabilite, okuldaki davranışsal problemler çözülmeye başlayabilir. Ancak hatırlatıcı faktörler halen hafızayı zorlayabilmektedir. Bu faktörler travmayı yeniden yaşamasına yol açabilir. Bu dönemde başkalarını sık sık suçlayabilir, ba-

zen de bir daha travmayı yaşamamak için kaçınmayı seçebilirler (Terr, 1991; Pynoos 1990).

3. Travmadan sonraki bir kaç yıl içinde görülen belirtiler:

Travmadan uzun süre geçtikten sonra hem çocuğun hem de ailenin profesyonel yardım alma konusunda dirençleri artar. Bu dönemde klinisyene başvurduklarında genelde ilk görüşmelerde travmadan söz etmek istemezler. Travmaya bağlı gelişen bazı korkular hafifleyebilir, ancak yine de korkuların hepsinden arınmış travmatize bir çocuğa rastlamak kolay değildir. Travmatik yaşantı ile uğraşmak çok uzun sürebilir. Terr (1985) Kaçırılan 25 çocuğu 4-5 yıl travmadan sonra değerlendirdiğinde, 23'ünde halen yaşam ve geleceği ait beklentilerinde problemleri olduğunu saptamıştır (Terr, 1984; Pynoos, 1990).

Farklı yaşlarda görülen belirtiler:

24-36 ayın altında çocuklar yaşadıklarını ifade edemezler. Thatcher (1987) Bu yaştan sonra sol beyindeki gelişmelere bağlı olarak travmanın sözel olarak hatırlanıp, ifade edilebileceğini ifade etmiştir. 3 yaşın altında çocukta daha çok iritabilite, korku ve gece korkuları görülmektedir. Okul öncesi çocuklarda bilişsel konfüzyon, anksiyete, sözel ifade de azalma, ebeveyne aşırı yapışma ihtiyacı görülebilir (Terr, 1991; Pynoos, 1990). İlkokul çocuklarında agresivite, bazen inhibe davranışlar, psikosomatik şikayetler ve obsesif tarzda sürekli olayı anlatma ihtiyacı izlenebilir (Pynoos, 1990). Ergenlerde uykusuzluk, dikkatsizlik, iritabilite (Terr, 1984) prematür bağımsızlık isteği ya da abartılı bağımlılık, madde kullanımı, suçluluk duygusu (Pynoos, 1990) gözlenmektedir. Vander Kolk ergenlerin telafi etme eğilimi olduğundan bu sürecin bu yaş grubunda özel önemi olduğunu belirtmiştir (Pynoos, 1990).

Travma'nın çocuğun gelişimi üzerine etkisi:

Travma sonrası stres bozukluğu bilişsel işlevleri, güven duygusunu, insan ilişkilerini, selfesteem'i, impuls kontrolü üzerinde olumsuz etkileri bildirilmiştir. Zorlayıcı düşünce ve imajlar dikkat ve konsantrasyonun travmatik yaşantılara odaklanmasına yol açmaktadır. Somut hatırlayıcıların varlığı çocuğun sembolik ifadeyi kullanmasını azaltır. Oyunlarına travma teması hakim olduğundan, onlardan tad alması azalır. İritabilite ve öfke kontrolünde güçlük arkadaş ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Pek çok çalışma çok küçük çocuklarda bile kişilik değişikliğinden söz etmektedir. Bu değişimin bir ucunda aşırı inhibisyon,

aşırı korkma, **emosyonel çekilme** söz konusuysen, diğer ucunda **tehlikelere eğilim**, ekshibisyonizm söz konusu olabilir. **Travma** sonrasında hemen benlik imajı değişebilir. Yaşanılan travmaya fixasyon yaşa uygun psikoseksüel fantaziler kurmayı engeller. Travmanın en ciddi risklerinden biri çocuğun geleceği ve dünya ile ilgili görüşünü değiştirmesidir (Pynoos, 1990).

Klinik tabloyu etkileyen faktörler:

Çocuk ve ergenlerde bu sendromun gidişi, travmanın şiddeti, süresi, kişisel izlenim, bireyin başetme yolları, bulunduğu gelişme fazı, ikincil streslerin olup olmaması ile ilgilidir. Çocuk ve ergenlerde erişkinlere oranla klinik belirtiler daha geç ortaya çıkabilmektedir. Terr (1984) kaçırılan 25 çocukta klinik tabloya ait önemli belirtilerin travmadan 5-15 ay sonra ortaya çıktığını bildirmiştir 4-5 yıllık follow up ile bu çocukların büyük kısmının şiddetli "travma sonrası stres bozukluğu" tanısı aldığı saptanmıştır. Pek çok olumsuz olaya maruz kalan çocuklarda belirtiler kompleksleşiyor ve uzun sürebiliyor. Bu bozukluğa sıklıkla genelleşmiş anksiyete bozukluğu veya majör depresif bozukluk eşlik etmektedir. Bunlar en sık harplerin yol açtığı travmatik durumlar, mahrumiyetler, göç, iltica durumlarında görülmektedir.

KAMBOÇYA'lı göçmen ergenlerin %50'sinde kronik travma sonrası stres bozukluğu, %18 genelleşmiş anksiyete, %12 majör depresif bozukluk, %37 intermittant depresyon rapor edilmiştir. Akut travma ile kronik travmanın etkilerini ayırt etmeye yönelik çalışmalar henüz bu alandaki pek çok soruyu yanıtlamak düzeyine ulaşmamıştır. Ancak genel klinik izlenimler, kronik travmaların emosyonel yaşantı üzerinde daha derin bir iz bıraktığı yönündedir. Ayrıca çocuk istismarında, sürekliliği olan olumsuz çevresel koşullar bireyin sürekli primitif savunmalarını kullanmasına, obje ilişkilerinde ciddi bozukluklara ve impuls kontrolünde zorluklara yol açtığı bilinmektedir. Bu kişilerde borderline kişilik bozukluğu, narsis-

tik kişilik bozukluğu, disosiyatif sendrom, fiziksel nörolojik hasarlar sık görülmektedir (Garmezy ve Rutter, 1986). Çocuğun bulunduğu gelişme fazı, önceki yaşantıları, olayları yorumlama tarzının da klinik gidişi etkilediği bilinmektedir. Bazen travmatik çaresizliği bastırmak için çocuklar travmanın gerçekleşmesini engelleyici fantaziler kurabilir. bazende telafi etme eğilimi içinde agresör ile özdeşim fantazisi kurarlar, bu da impuls kontrolünü zorlaştırır (Terr, 1991). Gidişi etkileyen en önemli faktörlerden biri ebeveyn ve çocuğun yaşantısındaki diğer anlamlı erişkinlerin ruhsal durumudur. Ebeveynde anlamlı psikopatoloji varsa çocuğun başetmek için geliştirdiği yöntemleri olumsuz etkileyebilmektedir. (Pynoos, 1990).

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed revised. 1987 Washington D.C. American Psychiatric Press
- Brett E.A., Spitzer RL., Williams J.B.W:
DSM III-R Criteria for Post traumatic stress disorder Am J Psychiatric 1988 145: 1232-1236
- Garmezy N, Rutter M.: Acute reactions to Stress. Child and Adolescent Psychiatry, second edition (ed: Rutter M., Hersov L.) 1986 152-179.
Blackwell scientific publication
- Pynoos, R.S, Frederick C. Naderk, etal: Life theart and post-traumatic stres in school-age children. Archgen Psychiatry 1987 44 1057-1063.
- Pynoos R.S.: Post Traumatic stres Disorder in children and Adolescents. Psychiatric Disorders in children and Adolescents (ed: Garfinkel B.D, Carlson G.A., Weller E.B.) 1990 W.B. Saunders Company 48-64.
- Terr L.C: Acute Responses to external events and post traumatic Stress Disorders. Child and Adolescent Psychiatry. (ed: Lewis M.) Williams&Wilkins 1991 755-767.
- Terr L.C.: Children at Acute Risk; Psychic Trauma. İn Grinspoon L. (ed): Psychiatry update: The American Psychiatric Association Annual Review 1984 Vol. 3. Washington D.C. American Psychiatric Press.