

Yaşlılarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu

İrem Yaluğ*, Samuray Özdemir**, Tamer Aker***

* Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 41300 İzmit

** Arş. Gör. Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 34098 İstanbul

*** Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 41300 İzmit

Tel: +905326566361

E-mail: dryalug@yahoo.com

ÖZET

Bu makalede, travma sonrası stres bozukluğunun [TSSB] yaşlı toplumdaki önemi ve karakteristikleri, bozukluğun nörobiyolojisi konusunda yapılan çalışmalar ve TSSB’de tedavi yaklaşımları gözden geçirilmiştir. TSSB, kronik seyirli olma eğilimi gösteren ve yaşlı toplumda genellikle tanısı atlanan, yeti yitimine neden olan bir psikiyatrik bozukluktur. Bu alanda yapılmış olan çalışmalar, yaşlıların TSSB geliştirmeye olan yatkınlığının gençlerden daha fazla olmadığını ve bozukluğun semptomlarının her iki grupta da benzer olduğunu göstermiştir. Ancak, literatürde yaşlı toplumda TSSB’nin epidemiyolojisi, nörobiyolojisi, tanısı, sevk ve idaresi konusunda yapılmış olan kontrollü çalışmalar sınırlıdır ve bu nedenden dolayı yaşlı toplumda TSSB’nin değişik yönlerinin değerlendirildiği yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: TSSB, travma, stres, yaşlılık, nörobiyoloji, müdahaleler

ABSTRACT

Post-traumatic Stress Disorder In the Elderly

The significance and characteristics of posttraumatic stress disorder [PTSD] in the elderly population and the studies on the neurobiology of this disorder as well as the treatment interventions for PTSD are reviewed in this paper. PTSD is a disabling psychiatric condition that tends to have a chronic course and often overlooked in the elderly population. The studies in this area have demonstrated that the elderly people do not appear more predisposed to develop PTSD compared to the young people and the symptomatology of the disorder is similar between these age groups. However, controlled research in the context of epidemiology, neurobiology, diagnosis and the management of the PTSD among the elderly population is limited in the current literature; therefore new researches evaluating the various aspects of PTSD in the elderly population are required.

Keywords: PTSD, trauma, stress, elderly, neurobiology, interventions

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu [TSSB] yaşlıların, hayatın geç dönemlerindeki gelişimsel evrelerin başarı bir şekilde üstesinden gelebilme ve ileri yaşlarda karşılaştıkları hayat stresleriyle başa çıkabilme yetilerini bozan bir hastalıktır. Hayatın herhangi bir dönemindeki bir travma yaşantısından kaynaklanabilir. Semptomları devamlı veya aralıklı olabilen bu bozukluk ya zaman içinde kendini sınırlar ya da kronik bir seyir izler. Yaşlı bir bireyde, artan travma şiddeti ve önceden mevcut olan psikiyatrik hastalıklar TSSB gelişimine öncülük edebilirken, belirli kişilik özellikleri ve iyi bir psikososyal destek ortamı bireyi bu bozukluktan koruyucu etki gösterebilir. Yaşlı insanlar TSSB gelişimine genç insanlardan daha fazla yatkın değildirler ve bozukluğun “travmanın yeniden yaşanması, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık” şeklindeki belli başlı

semptomları yaş grupları arasında benzer nitelik göstermektedir (Weintraub ve Ruskin 1999).

Psikolojik travma, geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısında araştırmacıların en çok üzerinde durdukları konulardan birisi olduğu hâlde, travma yaşantısının geç yetişkinlik ve yaşlılık dönemindeki etkileri konusunda yapılmış olan klinik çalışmalar ve bu döneme âit epidemiyolojik veriler oldukça sınırlıdır (Busuttil 2004).

SINIFLAMA

DSM-IV’e (American Psychiatric Association 1995) göre bir kişiye TSSB tanısının koyulabilmesi için kişinin hem gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma veya kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit hayatı, böyle bir olayla karşılaşmış veya tanık olmuş olması, hem de bu kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik veya dehşete

düşmenin bulunması gereklidir. Bu kişilerde travma “olayın, elde olmaksızın tekrar tekrar hatırlanan sıkıntı veren anları, olayı sık sık ve sıkıntı veren bir şekilde rûyada görmek, olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranmak veya hissetmek, olayın bir yönünü çağrıştıran veya andıran iç veya dış olaylarla karşılaştığında yoğun bir psikolojik sıkıntı yaşayarak, olayın bir yönünü çağrıştıran veya andıran olaylarla karşılaştığında fizyolojik tepkiler göstermek” şeklinde sürekli olarak yeniden yaşanır. Böyle bir kişide, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan kaçınma davranışı ve genel tepki verme düzeyinde azalma söz konusu olup, bu durum “travmaya eşlik eden duygu, düşünce veya konuşmalardan kaçınma çabaları, travma ile ilgili anıları çağrıştıran faaliyetler, yerler veya kişilerden uzak durma çabaları, travmanın önemli bir bölümünü hatırlayamama, önemli faaliyetlere karşı ilginin veya bunlara katılımın belirgin olarak azalması, insanlardan uzaklaşma veya yabancılaşma, duygulanımda kısıtlılık ve gelecekle ilgili umutsuzluk” semptomlarının üçünün yâhut daha fazlasının bulunması ile belirlidir. Bunun yanı sıra “uykuya dalmada veya sürdürmede güçlük, irritabilite veya öfke patlamaları, düşünceleri belli bir konu üzerine odaklaştırmada güçlük, aşırı uyarılmışlık [hipervijlans] ve aşırı irkilme tepkisi gösterme” gibi semptomlardan en az ikisinin veya daha fazlasının bulunması ile belirli artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması gerekmektedir.

TSSB’nin tipik olarak üç semptom kümesi bulunmaktadır. Birincisi, travma ânının tekrar yaşanmasıdır. Kişi, yaşadığı travmaya âit hayâller görebilir veya o ânı tekrar tekrar yaşıyormuş gibi hissedebilir. Ayrıca travmayı hatırlatacak herhangi bir simge ile karşı karşıya kalmak da kişiyi o âna geri döndürerek yoğun sıkıntı ve psikolojik tepkiye neden olabilir. İkinci semptom kümesi, travma ile ilişkili olabilecek uyarılardan kaçınma davranışlarını içerir. Kişi kendisine olayı hatırlatan durumlardan, düşünce ve kişilerden, konuşmalardan ve mekânlardan uzak durur. Aynı zamanda travmanın belirli bölümleri ile ilgili amnezi görülebilir. Hislerden kaçınma davranışı, aktivitelere ilgi ve isteğin, duygusal dışavurumun azalması görülebilir. Üçüncü semptom kümesi ise sürekli ve inatçı bir anksiyete veya aşırı uyarılmışlık hâlidir. Uykuya dalmada güçlük çekme, dikkat ve konsantrasyonda azalma, uyarılarla sıçrama ve irkilme gibi abartılı tepkiler ile irritabilite veya öfke patlamaları söz konusudur (Beyer 2004).

DSM-IV travma ile ilişkili sendromları, ICD-10’a (International Statistical Classification of Diseases and

Related Health Problems, 10th Revision 2003) kıyasla daha somut bir biçimde tanımlamaktadır. Her iki sınıflandırma kitabı da, TSSB’nin üç ana semptom kümesinin özelliklerini taşıyan, âni ve ilk hecme şeklinde ortaya çıkan yoğun anksiyete ve dissosiyatif semptomlarla tanımlanan Akut Stres Bozukluğu ve Akut Stres Reaksiyonu tanımlarını kapsamaktadır.

Akut TSSB, travma yaşantısını takiben üç aydan daha az devam eden semptomlar olarak tanımlanmaktadır, kronik TSSB’nin ise semptomların üç aydan daha uzun süre devam etmesiyle karakterize olduğu belirtilmektedir. Geç başlangıçlı TSSB ise, semptomların travmadan en az 6 ay sonra ortaya çıkmasıyla tanımlanır. ICD-10 çoklu travmaları “katastrofik bir strese mâruz kalmayla oluşan, uzun süre etkisini ve gücünü koruyan kişilik değişiklikleri” olarak ayrı bir kategoride toplasa da, ne DSM-IV ne de ICD-10 izole veya çoklu travmanın etkilerini ayırıştırabilmiştir. Bu daha çok çoklu travmaya mâruz kalmış ve kronik TSSB geliştiren yetişkinler için söylenebilir. Böyle travma kurbanları, dünyaya karşı düşmanca veya güvensiz bir tavır içinde olma, sosyal izolasyon, boşluk ve umutsuzluk hisleri, kronik bir tehdidin sınırında olma hissi ve yabancılaşma gibi karakteristikleri olan uzun süreli kişilik değişiklikleri hayataktadırlar (Averill ve Beck 2000).

TSSB’NİN NÖROBİYOLOJİSİ

TSSB’deki nöral devreler, duyuusal uyarıların ana giriş kapısı olan talamus, kısa-dönem bellek ve olaya âit korku ile ilişkili olan hippocampus, koşullu korku yanıtı ile ilişkili olan amigdala, posterior singulat, görsel uzaysal süreçler ve tehdit algısının değerlendirilmesi ile ilişkili olan pariyetal ve motor korteks, anterior singulat, orbitofrontal ve daha ilkel subkortikal yanıtları inhibe ettiğine inanılan subkallolal giristan oluşan medial prefrontal korteks arasındaki karmaşık etkileşimleri kapsamaktadır (Nemeroff ve ark. 2005).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) çalışmalarında, savaş yaşantısıyla ilişkili TSSB’de sağ hippocampal volümde, çocukluk çağı cinsel istismarı ile ilişkili TSSB’de sol hippocampal volümde ve TSSB’li savaş gâzilerinde ise bilateral hippocampal volümde azalmalar olduğu tesbit edilmiştir. Araştırmacılar, savaş yaşantısıyla ilişkili TSSB’de gözlenen hippocampal hacim değişiklikleri ile kısa-dönem sözel bellek bozukluğu arasında bir paralellik olduğuna dikkati çekmişlerdir (Bremner ve ark. 1995, 1997, Stein ve ark. 1997). PET çalışmalarında, savaş yaşantısıyla ilişkili TSSB’si olan hastaların prefrontal ve temporal kortekslerinde ve madde kötüye kullanım bozukluğu ile

komorbid TSSB'si olan hastaların pariyetal kortekslerinde metabolizma hızlarında azalmalar olduğu gösterilmiştir. TSSB'li savaş gâzilerinde amigdala, insula, orbitofrontal korteks ve anterior singülatın kanlanmasının arttığı, orta temporal, sol inferior frontal ve medial prefrontal kortekste ise kanlanmanın azaldığının gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır. TSSB'li hastalar kendi asıl travma yaşantılarını hatırlatan simgelerle yüzleştirildiklerinde, bu hastaların medial prefrontal kortekslerinde ortaya çıkan kan akımındaki azalmalar dikkat çekicidir. Travmayla ilişkili emosyonel uyarıların varlığında anterior singülat korteks yanıtlarının azaldığı ve bu azalmanın travmatik yaşantının hatırlatıcılarıyla karşılaşıldığında ortaya çıkan zorlanma ve uyarılmışlık semptomlarına aracılık ettiği ileri sürülmüştür. Neticede, TSSB'de şimdiye kadar yapılan görüntüleme çalışmaları hipokampus, medial prefrontal korteks, pariyetal korteks ve anterior singülat gibi belli beyin bölgelerine işaret etmekte ve bildirilen bu anatomik bölgelerdeki anormallikler, TSSB'de ortaya çıkan belli başlı semptomlarla yakından ilintili gibi görünmektedir. Hipokampus öğrenme ve bellekte rol oynar ve belki de bu, amnezi ve geri-dönüşlerle (flashbacks) ilişkili olabilir; öte yandan çevre koşulları ile ilişkili korku işaretlerinin genelleştirilmesi hipokampusun bağlamsal koşullanmada oynadığı rol ile açıklanabilir. Medial prefrontal korteks, örneğin, travmayla artık ilişkisi olmayan işaretler karşısındaki dehşete düşme davranışını engelleyememe davranışına aracılık etmektedir (Semple ve ark. 1996, Davis 1998, Bremner ve ark. 1999, Liberzon ve ark. 1999, Shin ve ark. 1997, 2001, 2004, Phan ve ark. 2006).

TSSB hastalarının 24 saatlik idrarlarında hem adrenalin hem de noradrenalin yoğunlukları yüksek bulunmuştur. TSSB'de travmayla ilişkili uyarılara mâruz kalmanın plâzma adrenalin, noradrenalin ve bunların metabolitlerinin konsantrasyonlarını arttırdığı, TSSB'li hastalara uygulanan yohimbin gibi alfa-2 adrenerjik antagonistlerin de geri-dönüşleri ve diğer TSSB semptomlarını tetiklediği gösterilmiştir (De Bellis ve ark. 1999, Liberzon ve ark. 1999, Newport ve Nemeroff 2000, Glover ve Poland 2002, Marshall ve Garakani 2002). TSSB'nin nörobiyolojisinde adrenerjik sistem ve hipotalamus-hipofiz-adrenal eksene âit işlev bozuklukları konusunda yapılan tüm bu çalışmalara rağmen, yaşlanmayla bu sistemlerde görülen değişikliklerin, ileri yaşta TSSB'nin gelişimi ve ortaya çıkışı üzerindeki etkileri konusunda kesin bilgiler henüz mevcut değildir.

Stresin hipokampus üzerindeki etkileri 1990'lardan beri bilinmekte olduğu hâlde, stresin nörojenesis

üzerindeki etkileri konusu daha yakın dönemde ilgi çekmeye başlamıştır. Wooley ve arkadaşları (1990) insandaki kortizole denk miktarda kortikosterona uzun süre mâruz kalan erişkin sıçanların hipokampusundaki spesifik nöron gruplarında dendritik dallanmanın azaldığını göstermişlerdir. Gould ve arkadaşları ise (1998) dominant hayvanlarla kıyaslandığında sosyal açıdan ikinci plâna atılan primatlarda nörojenesisin daha az düzeyde gerçekleştiğine dikkati çekmişlerdir. Stresle ilişkili bozuklukların tedavisinde kronik olarak uygulanan antidepresanların hipokampal nörojenesisini arttırdığının gösterildiği bazı çalışmalar, hipokampal nörojenesisin antidepresanların etki mekanizmalarından biri olabileceğine dikkati çekmişlerdir (Duman ve ark. 2001, Santarelli ve ark. 2003).

YAŞLIDA TSSB

Tıp dünyasındaki hızlı gelişmeler ve hayat koşullarındaki iyileşmeler neticesinde ortalama insan ömrü giderek uzamakta, dünya nüfusu giderek artmaktadır. Yaşlılık dönemi genel olarak 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler'in (United Nations Programme on Ageing) öngördüğü rakamlara göre, 2010 yılında yaşlı nüfus dünya nüfusunun %7.3'ünü oluşturacak, 2025 yılında ise dünya yüzünde yaşayan 65 yaşın üstündeki insan sayısı 1.2 milyara ulaşacaktır. Yaşlanmaya ilişkin hayat olaylarının başında eş kaybı, meslek ve/veya meslekî rol kaybı, yalnızlık, sosyal izolasyon, ekonomik ve fiziksel kayıplar ile huzurevine yerleşme gelir. Bu durumlar zaman zaman psikolojik travma belirtilerine yol açacak kadar etkili olabilirler. Yaşlı bireylerde görülebilen anlam vermede azalma, idrak ve bellek bozuklukları gibi bilişsel problemler nedeniyle, travma yaşantısı ve sonuçlarının bu bireylerde diğer popülasyonlara göre daha farklı ele alınması gerekmektedir.

Yaşlılık dönemi, travmatik yaşantılarla başa çıkmak için kullanılabilecek desteklerin azaldığı bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlılarda sıklıkla oluşan yabancılaşma hissi, gençlerden kopmaya neden olabilir. Bu durum yaşlının benlik saygısını koruyabilmek amacıyla geçmişine sığınarak anılarını gözden geçirmeye başladığı bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Ancak, geçmişinde travmatik olay veya olaylara mâruz kalmış olan bireylerde bu durumun, söz konusu travmatik yaşantıların canlanmasına, bunun da önceden yaşanmış olan TSSB semptomlarının, ayrıca anksiyete bozukluğu ve depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (Özmen 2003).

Travmatik yaşantılarla ilgili olarak bugüne kadar yapılan çalışmalar daha çok çocuklar ve gençler üze-

rine odaklanmıştır. Yaşlılar üzerine yapılan az sayıda ki çalışmanın ise, sağlıklı sonuçlara ulaşmamızı sınırlandıran ve dört grup altında gözden geçirebileceğimiz bazı eksik tarafları vardır. Bu eksikliklerin farkında olmak, hem bilimsel açıdan daha gerçekçi sonuçlar elde etmek, hem de bu konu hakkında daha geniş bir görüş açısına ulaşabilmek için gereklidir. Yaşlı hasta gruplarında yapılmış olan TSSB çalışmalarının pek çoğunun, bireyin hayatındaki sadece bir tek travmayı göz önüne alması (savaşa katılmış olmak gibi), bu tür araştırmaların en önemli eksikliğidir. Bireylerin hayat boyu maruz kaldıkları değişik travmaları görmezlikten gelmek, asıl üstünde durulan travmatik yaşantının bireye etkilerinin tam ve doğru bir şekilde değerlendirilememesine sebep olmaktadır. Bu çalışmalarla ilgili ikinci bir problem, çalışmalara alınan örneklemenin tesadüfi (random) olarak seçilmemesi ve bunun sonucunda bilimsel açıdan sağlıklı olmayan genellemelere gidilmesidir. Bu çalışmaların bir diğer eksik tarafı, değerlendirmeye alınan bireylerin sadece psikiyatrik problemleri üzerine odaklanmaları nedeniyle travmatik yaşantı sırasında meydana gelen fiziksel problemlerin yeterince üstünde durulmamasıdır. Hâlbuki çeşitli stresörlerin bireyin fiziksel problemlerinin etiyolojisinde önemli rolleri olabileceği gibi, fiziksel problemler de tek başlarına psikolojik travmaya yol açabilirler. Dördüncü sorun ise, bu alandaki çalışmaların 65 yaş ve üstü gibi geniş bir yaş grubunda yapılmış olmasıdır. Bunun nedeni, çalışma için yeterli sayıda katılımcı bulmanın, ileri yaşlarda [örneğin 75-84 yaş arası, 85 yaş ve üstü] daha zor olmasıdır. Yaşlı bireylerin hepsinin tek bir grup içinde değerlendirilmesi, araştırmacıları ister istemez travmanın tüm yaşlıları aynı şekilde etkilediği varsayımına götürmektedir. Ancak, bazı araştırmacılar, 65 yaş üstü değişik nesillerin, travmanın etkilerini birbirlerinden belirgin bir şekilde farklı yaşadıklarını öne sürmüşlerdir (Averill ve Beck 2000, Krause ve ark. 2004, Charles ve ark. 2005).

60'lı yaşlardan sonra TSSB prevalansı yaklaşık %0.9 olup, yaşlılarda TSSB'nin klinik özellikleri daha genç yaş grubunda görülenle neredeyse aynıdır. Ancak kendi içinde gruplara ayrılabilir: *De novo* TSSB, ileri yaşta yaşanan ciddi bir travma sonrası gelişir; geç başlangıçlı TSSB'de hastalar travmatik yaşantıdan uzun yıllar sonra semptomatik hâle gelirler; kronik TSSB'de eski travmaya âit semptomlar sebat etmektedir; kompleks TSSB'de ise erken gelişme çağında tekrarlayan travma maruziyeti, bu bireylerde yaşlılık dönemi travmaları sonrası ortaya çıkan kişilik değişiklikleriyle ilişkilendirilebilir (Charles ve ark. 2005).

De novo TSSB

Araştırmalar, hayatının ileri dönemlerinde travmaya maruz kalmış olan bireylerde semptomatolojinin genç yaştakilere göre daha farklı olduğunu göstermektedir. Hagstrom'un (1995) tren kazası geçirmiş olan bireylerle yaptığı bir çalışmada 65 yaş üstü kazazedelerin kaçınma davranışı, uyku bozukluğu, kaza ile ilgili intrüviz düşünceler ve ağlama gibi TSSB semptomlarını genç kazazedelere göre daha şiddetli yaşadıklarına dikkati çekmektedir. Goenjian ve arkadaşları ise (1994) bir deprem sonrasında yaşlı bireylerde gençlere göre aşırı uyarılmışlık semptomlarının daha şiddetli, buna karşılık intrüviz düşüncelerin daha az hafif olduğunu bildirmişlerdir.

Geç başlangıçlı TSSB

Travma kuramcıları, bireylerin travmatize edici hayat olaylarıyla başa çıkma yöntemlerinin zaman içinde travmanın etkileri ile yer değiştirdiği görüşünü benimsemektedirler. Âile içi ve toplumsal rolü yoğun düzeyde devam eden bireylerin TSSB semptomlarını erteleyebildikleri belirtilmektedir. Geç başlangıçlı TSSB genellikle emeklilik gibi büyük hayat değişimlerinden sonra birden ortaya çıkar (Averill ve Beck 2000, Busuttil 2004).

Kronik TSSB

Bireylerin daha önce uygun bir şekilde başa çıkabildikleri hâttâ tedaviye cevap veren TSSB semptomları, gecikmiş TSSB'da görülen benzer sebeplerden dolayı, örneğin emeklilik gibi bir olayın etkisiyle yeniden alevlenebilmektedir. Ayrıca yaşlı popülasyonda sosyal izolasyon, yoksulluk, fiziksel hastalıklar, gerileme, monotonlaşma ve büyük hayat değişiklikleri yerleşmiş kronik TSSB'yi şiddetlendirebilmektedir (Busuttil 2004).

Çalışmalar, hayatlarının erken gelişim dönemlerinde travmaya maruz kalmış olan kişilerin, hayatları boyunca kronik TSSB ile ilişkili semptomlar gösterdiklerine işaret etmektedir. Yehuda ve arkadaşlarının (1995) savaş gâzileri içinden geçmişte TSSB tanısı alan ve almayanlar ile birlikte aynı etnik-kültürel kökenden gelen yaşlı bireylerle yaptıkları bir çalışmada, geçmişte TSSB tanısı almış olan grubun diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla oranda intrüviz düşünceler, kaçınma davranışı, aşırı uyarılmışlık hâli ve dissosiyatif yaşantılar gösterdiklerini saptamışlardır. McFarlane (1990), II. Dünya Savaşı gâzilerinde yeniden hayata belirtilerinin zaman içinde azalma eğilimi gösterdiği hâlde, kaçınma davranışı ve diğer insanlardan uzaklaşma tutumlarının yaşlanmayla beraber giderek arttığını bildirmiştir. Kaup ve arkadaşları (1994), II. Dünya Savaşı gâzilerinin çoğunda uykusuzluk (%80), kâbuslar

(%75), irritabilite (%65), toplumdan uzaklaşma ve sosyal izolasyon (%50) ve geri-dönüşler (%45) gibi TSSB semptomları olduğunu saptamışlardır. Wilson, Harel ve Kahana'nın Pearl Harbor gâzileriyle yaptıkları bir başka çalışmada ise, olaydan 45 yıl sonra katılımcıların %65'nde intrüziv düşünceler, %42'sinde hayatta kalmış olmaktan dolayı suçluluk duyma, %33'ünde duygusal dışavurumda azalma, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının olduğu belirlenmiştir; çalışmaya katılan gâzilerin büyük kısmı semptomlarının zamanla azalma gösterdiğini, en önemli azalmanın ise intrüziv düşünceler ve suçluluk duygularında olduğunu bildirmişlerdir (Elder ve Clip 1988). Hyer ve arkadaşlarının (1996), daha genç yaşta savaş gâzilerinin travmaya ilişkin semptomlarının, yaşlı gâzilere kıyasla daha şiddetli olduğuna dâir gözlemleri, bu bilgiyi doğrular niteliktedir. Ancak, travmaya ilişkin anıların tetiklendiği bazı durumlarda, şiddeti azalmış olan semptomlar yeniden alevlenebilmektedir.

Kompleks TSSB

DSM-IV alan çalışmalarından elde edilen veriler, özellikle 14 yaş öncesi hayatın erken gelişim aşamalarında, başta cinsel istismar olmak üzere uzamış kişilerarası travmaya mâruz kalan kişilerin kompleks TSSB [KTSSB] tanı kriterlerini daha fazla karşıladıklarını göstermiştir. KTSSB'li hastalar duygulanım ve dürtülerini kontrol etme, bellek ve dikkat, kendilik idraki, kişiler arası ilişkiler, somatizasyon ve anlam sistemleri [systems of meaning] gibi alanlarda ciddi problemler yaşarlar ve DSM-IV'e göre bu kişiler ortalama dört veya daha fazla komorbid 1. eksen tanısı, 2. ekseninde ise bir veya daha fazla kişilik bozukluğu tanısı almaktadırlar (Roth ve ark. 1997, Van der Kolk ve ark. 2005). KTSSB ve sınır kişilik bozukluğu arasında "duygulanımsal, dissosiyatif ve somatik semptomlar, kontrol, ilişki kurma ve kendini idrak etme ile ilgi semptomlar, kendine ve başkalarına tekrarlayıcı zarar verme eğilimi gibi semptomlar" açısından benzerlikler olsa da, bunlar birbirinden ayrı 2 klinik antite olarak kabul edilirler. Yaşlılarda KTSSB'nin yaygınlığı konusunda yapılmış hiç bir çalışma yoktur ancak yaşlılarda KTSSB ve uzun süreli devam eden kişilik değişimleri konusunda fenomenolojik tanımlamalar literatüre girmiştir (Krause ve ark. 2004).

Daha önceden TSSB tanısı konan yaşlı bireylerin, stresle başa çıkma yöntemlerinin yetersizliğine ve buna bağlı olarak TSSB semptomları geliştirmeye yatkın olduklarına dikkat çekilmiştir. Hayatlarının daha erken dönemlerinde travmaya mâruz kalmış olan bireylerin, ileri yaşlarda tekrar travmatize edici bir olay ya-

şadıklarında, ilk kez travmaya mâruz kalan akranlarına göre daha fazla etkilendikleri belirtilmiştir. Bu testler, daha önce travma yaşayanların sonraki travmalara daha dayanıklı olacağı fikrinin geçersizliğini vurgulamaktadır. Yaşlı bireylerde mevcut kültürel geçmişleri nedeniyle genç yaştakilere kıyasla semptomlarını inkâr etme eğilimleri daha fazladır. Diğer taraftan, TSSB semptomları gösteren yaşlı bireylerde, kronik ağrılar, kardiyak sorunlar ve uzun hospitalizasyon dönemlerinden sonra bu semptomların şiddetlendiğine ve daha karmaşık bir hâle geldiğine dâir veriler mevcuttur (Averill ve Beck 2000, Krause ve ark. 2004, Charles ve ark. 2005).

Yaşlılarda TSSB alanında yapılan çalışmalar, erken yetişkinlik döneminde travmaya mâruz kaldığı belirlenen ve TSSB belirtileri gösterenler ile geç yetişkinlikte mâruz kalınan travma sonrası TSSB belirtileri gösterenlerde yapılanlar olmak üzere iki grupta toplanabilir. II. Dünya Savaşı gâzilerinde, savaştan sonraki beş yıl içinde TSSB semptomları yaşayanların, iş ve âile hayatlarının yoğun olduğu orta yaş dönemine geldiklerinde bu semptomları "maskelediklerini" belirtmiştir. Ancak, yaşlılık dönemine girildiğinde meslekî ve toplumsal faâliyetin azalmasıyla birlikte, semptomların yeniden şiddetlendiği görülmüştür. Diğer taraftan, geç yetişkinlik döneminde travmaya mâruz kalmış olan bireylerin büyük çoğunluğu, olayın ardından TSSB semptomlarından yakınmaya başlamışlardır. Ancak, daha sonra bu semptomlarda azalma tanımlanmışlar ve takiben bu bireylerde klinik remisyon gözlenmiştir (Averill ve Beck 2000).

KOMORBİDİTE

TSSB tanısına ek olarak, travmaya mâruz kalmış olan yaşlı bireylerde en sık görülen komorbid psikiyatrik bozukluklar majör depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, psikosomatik yakınmalar, düşünce içeriğinde bozukluklar ve alkol bağımlılığı olarak bildirilmiştir. TSSB semptomları gösteren bireylerde tekrarlayıcı kâbuslar, uykusuzluk ve anksiyetenin "kendine tedavisi" için tercih edildiğinden, TSSB'de en yaygın komorbid durumun alkol kötüye kullanımı olduğu bilinmektedir. Bunu yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu ve majör depresyon takip etmektedir. TSSB tanısı alan yaşlı bireylerin büyük bir bölümünün üç yıl içinde majör depresyon semptomları geliştirdiklerini ve TSSB tanısı konmuş savaş gâzilerinde %50 oranında komorbid yaygın anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildiren araştırmalar vardır (Averill ve Beck 2000, Krause ve ark. 2004).

Yaşlı bireylerde TSSB semptomlarının maskelenmesi, özellikle de kaçınma davranışı ve duygusal dışavurumda azalma olması, klinikte tanının konması sürecini zorlaştırıcı bir durum oluşturabilmektedir. Örneğin, geçmişte travmaya mâruz kalmış yaşlı bir bireyde depresif duygudurum, ajitasyon, uykusuzluk, duygulanımda düzleşme ve suçluluk duyguları ortaya çıktığında bu bireye majör depresyon veya distimi tanısı konabilmektedir. Bu tür tanuların bireyin geçmişindeki bir travmayla ilişkilendirilebilmesi için, yaşlı hastalardan psikiyatrik öykü alınırken kişinin geçmişinde travmatik bir yaşantısının olup olmadığını dikkatli bir şekilde sorgulamak gerekir (Averill ve Beck 2000).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu alanda yapılmış olan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Özgüler ve arkadaşlarının (2004) 17 Ağustos 1999 Marmara depresimini yaşamış olan bireylerde yaptıkları bir çalışmada, tümü TSSB tanısı almış iki grupta [yaşlı grupta yaş ortalaması: 64.13; diğer grupta yaş ortalaması: 39.1] eş tanı araştırılmış, her iki grupta da en sık rastlanan eş tanının majör depresyon olduğu ve eş tanı TSSB'nin erişkin grupta yaşlı gruba göre anlamlı derecede daha fazla bulunduğu belirlenmiştir.

TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Yaşlılıkta TSSB tedavi edilebilir bir süreçtir. Tedavi ile semptomlar ve semptomların etkileri azaltılarak hastanın ve âilesinin hayat kalitesi daha iyi bir seviyeye çekilebilir. Yaşlılarla ilgili çalışmalar yeterli düzeye ulaşana dek yetişkinlere uygulanan tedavi ölçütlerinin kullanılması tavsiye edilmektedir. Günümüzde TSSB'deki tedavi yöntemlerinin başında antidepresanlar, grup terapileri ve bilişsel-davranışçı terapiler gelmektedir. Hastada belirtiler belirli bir düzeye gerileyinceye, yani stabilizasyon sağlanıncaya kadar genellikle ilk seçenek olarak psikofarmakolojik müdahaleler tercih edilmektedir. Kendine zarar verme veya dissosiyasyon ve hallüsinasyon şeklinde geri-dönüşler yaşayan hastaların tedavisinin hastanede yapılması daha uygun görülmektedir. TSSB tedavisinden önce, eğer mevcutsa, alkol ve madde bağımlılığı detoksifikasyon tedavisi gerekli görülmektedir. Psikoterapötik müdahaleler davranışsal, bilişsel, bilişsel-davranışçı terapi [BDT], göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme [Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR], grup terapileri ve psikodinamik yaklaşımlar olarak belirtilmektedir. TSSB'li bireylerin çoğu, daha önce hemen hiçbir zaman kendilerini travmatize eden yaşantıları tam olarak paylaşamamışlardır. Destekleyici bir ortam içinde bunu yapma so-

rumluluğu, sıklıkla önemli bir rahatlama sebebidir. TSSB'den yakınan "diğerleriyle" yapılan görüşmeler, bireyin "sâdece kendisinin bu durumda olduğu" şeklindeki yanlış duygu ve inançlarını azaltabilir. Bâzı olgular bireysel terapilerden, bâzıları ise çift terapileri ve âile terapilerinden fayda görürler. Rölaksasyon çalışmaları gibi spesifik teknikler de faydalı olabilirler. Depresyon ve alkol kötüye kullanımıyla ilişkili semptomlarda özgün ek tedavi yaklaşımları gerekmektedir. BDT, interaktif psiko-eğitim, bilişsel tekrar yapılandırma ve anksiyeteye başa çıkma çalışmalarından oluşmaktadır. EMDR, hastanın göz hareketleri, el vurma (hand-tapping) ve oral stimülasyon gibi dış uyaranlara odaklandığı esnâda emosyonel olarak ona rahatsızlık veren imaj, düşünce ve duyumlara da ardışık dozlarda odaklanması tâlimatı verilerek yapılan entegre bir terapi yöntemidir. Bu yöntem, travmatik hâtranın stres yapıcı doğası azalınca ve travmayla ilgili daha uygun bilişler oluşuncaya kadar tekrar edilmektedir. Ancak yapılan karşılaştırmalı çalışmalar, BDT'nin hem istatistik olarak hem de klinik olarak EMDR'den daha etkili olduğunu göstermiştir. Grup terapileri ise ayaktan gelen yapılandırılmış hasta grupları ve yatan hastalarla yapılan grup programlarını kapsar. Grup terapileri bir çok insanı aynı anda tedavi edebilme avantajına sâhiptir ve TSSB hastalarında sık görülen reddetme ve izolasyon tutumlarını azalttığı bildirilmiştir (Busuttil 2004, Krause ve ark. 2004, Robertson ve ark. 2004, Bradley ve ark. 2005, Owens ve ark. 2005).

SONUÇ

Travmatik yaşantılarla ilgili çalışmalar daha çok çocuklar ve gençler üzerine odaklı olduğundan, yaşlı popülasyonda TSSB ile ilgili olarak literatürde oldukça sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Yaşlılar üzerine yapılan az sayıdaki çalışmanın ise, daha önce bahsedilen, homojen sonuçlar elde edilmesini sınırlayan eksik tarafları vardır. Bireylerin erken gelişim aşamalarındaki travmatik yaşantıları ile, yakın dönemdeki travma olarak nitelendirilebilecek yaşantıları arasında karşılaştırmalı araştırmalar yapmak, söz konusu durumun geriye dönük çalışma gerektirmesi sebebiyle oldukça zordur. İleriye dönük araştırmaların ise, uygun katılımcı bulmak ve mevcut katılımcıların hem psikolojik hem de fiziksel açılardan karışık semptomatoloji göstermeleri nedeniyle homojen çalışma grupları elde etmek gibi konularda zorlukları bulunmaktadır. Yaşlı toplumda TSSB konusunda bugüne kadar yapılmış olan kısıtlı çalışmalarda elde edilen veriler ve bu çalışmaların ortaya koyduğu sorunlar, yeni ve sağlıklı so-

nuçlara ulaşabilmek için sistematik ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1995) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. Köroğlu E) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Averill PM, Beck JG (2000) Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual view. *J Anxiety Disorder*; 14: 133-156.
- Beyer JL (2004) Anxiety and panic disorders. Blazer DG, Steffens DC, Busse EW, editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. 3. Edition, Washington DC: The American Psychiatric Publishing, 283-295.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D (2005) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*; 162: 214-227.
- Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, et al (1995) MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*; 152: 973-981.
- Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, et al (1997) Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse — a preliminary report. *Biol Psychiatry*; 41: 23-32.
- Bremner JD, Staib LH, Kaloupek D, Southwick SM, Soufer R, Charney DS (1999) Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biol Psychiatry*; 45: 806-816.
- Busuttil W (2004) Presentations and management of post traumatic stress disorder and the elderly: need for investigation. *Int J Geriatr Psychiatry*; 19: 429-439.
- Charles E, Garand L, Ducrocq F, Clement JP (2005) Post-traumatic stress disorder in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*; 3: 291-300.
- Davis M (1998) Are different parts of the extended amygdala involved in fear versus anxiety? *Biol Psychiatry*; 44: 1239-1247.
- De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM et al (1999) A.E. Bennett Research Award. Developmental traumatology. Part I: Biological stress systems. *Biol Psychiatry*; 45: 1259-1270.
- Duman RS, Malberg J, Thome J (1999) Neural plasticity to stress and antidepressant treatment. *Biol Psychiatry*; 46: 1181-1191.
- Elder G, Clip E (1988) Combat experienced, comradeship, and psychological health. Wilson JP, Harel Z, Kahana B, editors. *Human adaptation to extreme stress: From Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum.
- Glover DA, Poland RE (2002) Urinary cortisol and catecholamines in mothers of child cancer survivors with and without PTSD. *Psychoneuroendocrinol*; 27: 805-819.
- Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, Fairbanks LA (1994) Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*; 151: 895-901.
- Gould E, Tanapat P, McEwen BS, Flugge G, Fuchs E (1998) Proliferation of granule cell precursors in the dentate gyrus of adult monkeys is diminished by stress. *Proc Natl Acad Sci U S A*; 95: 3168-3171.
- Hagstrom R (1995) The acute psychological impact on survivors following a train accident. *J Trauma Stress*; 8: 391-402.
- Hyer L, Summers MN, Boyd S, Litaker M, Boudewyns P (1996) Assessment of older combat veterans with the clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress*; 9: 587-593.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (2003) 10th Revision. <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
- Kaup BA, Ruskin PE, Nyman G (1994) Significant life events and PTSD in elderly world war II veterans. *Am J Geriatr Psychiatry*; 2: 239-243.
- Krause N, Shaw BA, Cairney J (2004) A descriptive epidemiology of lifetime trauma and physical health status of older adults. *Psychol Aging*; 4: 637-648.
- Liberzon I, Abelson JL, Flagel SB, Raz J, Young EA (1999) Neuroendocrine and psychophysiological responses in PTSD: a symptom provocation study. *Neuropsychopharmacol*; 21: 40-50.
- Liberzon I, Taylor SF, Amdur R, Jung TD, Chamberlain KR, Minoshima S et al (1999) Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. *Biol Psychiatry*; 45: 817-826.
- Marshall RD, Garakani A (2002) Psychobiology of the acute stress response and its relationship to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*; 25: 385-395.
- McFarlane AC (1990) Post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*; 157: 782-783.
- Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB (2006) Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res*; 40: 1-21.
- Newport DJ, Nemeroff CB (2000) Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Neurobiol*; 10: 211-218.
- Owens GP, Baker DG, Kasckow J, Ciesla JA, Mohamed S (2005) Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. *Int J Geriatr Psychiatry*; 20: 1118-1130.
- Özgüler NE, Maner F, Çobanoğlu S, Aker T, Karamustafaloğlu O (2004) Yaşlılarda travma sonrası stres bozukluğunda eş tanı özellikleri. *Düşünen Adam*; 17: 141-145.
- Özmen M (2003) Yaşlıda travma sonrası stres bozukluğu. Aker T, Önder ME, editöler. *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. İstanbul: 5Us yayınları, 203-208.
- Phan KL, Britton JC, Taylor SF, Fig LM, Liberzon I (2006) Corticolimbic blood flow during nontraumatic emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 63: 184-192.
- Robertson M, Humphreys L, Ray R (2004) Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *J Psychiatr Pract*; 10: 106-118.
- Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Van der Kolk B, Mandel FS (1997) Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*; 10: 539-555.
- Santarelli L, Saxe M, Gross C, Surget A, Battaglia F, Dulawa S et

-
- al (2003) Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science*; 301: 805-809.
- Semple WE, Goyer PF, McCormick R, Compton-Toth B, Morris E, Donovan B et al (1996) Attention and regional cerebral blood flow in posttraumatic stress disorder patients with substance abuse histories. *Psychiatry Res*; 67: 17-28.
- Shin LM, Kosslyn SM, McNally RJ, Alpert NM, Thompson WL, Rauch SL, et al (1997) Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder: A positron emission tomographic investigation. *Arch Gen Psychiatry*; 54: 233-241.
- Shin LM, Whalen PJ, Pitman RK, Bush G, Macklin ML, Lasko NB, et al (2001) An fMRI study of anterior cingulate function in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*; 50: 932-942.
- Shin LM, Orr SP, Carson MA, Rauch SL, Macklin ML, Lasko NB, et al (2004) Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Arch Gen Psychiatry*; 61: 168-176.
- Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B (1997) Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med*; 27: 951-959.
- United Nations Programme on Ageing. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.htm>
- Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005) Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*; 18: 389-399.
- Weintraub D, Ruskin PE (1999) Posttraumatic stress disorder in the elderly: a review. *Harv Rev Psychiatry*; 7: 144-152.
- Woolley CS, Gould E, McEwen BS (1990) Exposure to excess glucocorticoids alters dendritic morphology of adult hippocampal pyramidal neurons. *Brain Res*; 531: 225-231.
- Yehuda R, Kahana B, Schmeidler J, Southwick SM, Wilson S, Giller EL (1995) Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in holocaust survivors. *Am J Psychiatry*; 152: 1815-1818.