

COVID-19 Pandemisinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Aile Hekimliği Yaklaşımı

Post Traumatic Stress Disorder in the COVID-19 Pandemic: A Family Medicine Approach

Hüseyin Serinçay[®], Gökçe Mat[®], Ersin Ülger[®], Alis Özçakar[®], Züleyha Alper[®], Yeşim Uncu[®]

Attıf/Cite as: Serinçay H, Mat G, Ülger E, Özçakar A, Alper Z, Uncu Y. COVID-19 pandemisinde travma sonrası stres bozukluğu: Aile hekimliği yaklaşımı. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(2):37-46.

ÖZ

Araştırmalar, genel nüfusun 2/3'sinden fazlasının yaşamları boyunca en az bir kez travmaya maruz kalabileceğini göstermektedir.^[1] Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik olaylara maruz kalmanın en yaygın psikopatolojik sonucudur.^[2] COVID-19 gibi aşı veya etkili tıbbi tedaviler olmaksızın tanınmayan bir infeksiyon salgını, bireysel ve toplum düzeyinde akut ve kronik etkileri açısından travmatik bir deneyim olarak tanımlanabilir. Bu salgın aile hekimliğinin sağlık sistemindeki merkezi rolünü bir kez daha ortaya koymuştur. Bir yandan aile hekimlerinin toplumun bilgilendirilmesinde aktif rol alması, hastaların triajı ve gerekli durumlarda hastaneye yönlendirilmesi hastaneler ve sağlık sistemi üzerine aşırı yük binmesi ve kaynakların tüketilmesinin önüne geçerken diğer yandan krizde en çok gereksinim duyulan güven duygusunun oluşturulmasında önemli bir görev üstlenmektedirler. Bu makale, travma, TSSB, COVID-19 pandemisinde TSSB ve aile hekimliğinde TSSB yaklaşımı ile ilgili bilgileri özetlemektedir.

Anhtar kelimeler: Travma, TSSB, COVID-19, aile hekimliği

ABSTRACT

Studies show that more than two-thirds of the general population may experience trauma at least once in their lifetime.^[1] Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is the most common psychopathological consequence of exposure to traumatic events.^[2] Without a vaccine or effective medical treatments, an unrecognized epidemic of infection such as COVID-19 can be defined as a traumatic experience in terms of acute and chronic effects at the individual and community level. This pandemic has once again demonstrated the central role of family medicine in the health system. On one hand, family physicians taking an active role in informing the society, triage of patients and referral to hospitals, when necessary, prevents excessive burden on hospitals and the health system and consuming resources, on the other hand, they play an important role in creating the most needed sense of trust in the crisis. This article summarizes the information about trauma, PTSD, PTSD in COVID-19 pandemic and PTSD approach in Family Medicine.

Keywords: Trauma, PTSD, COVID-19, family medicine

GİRİŞ

Travma

Travma kavramı kişinin ruhsal ve bedensel varlığını tehdit eden, sarsan, yaşamın normal akışını, işlevini engelleyen, çaresizlik, korku ve dehşet duygularına neden olan her türlü olay için kullanılmaktadır.^[3]

Tarihsel süreçte 19. yüzyıl boyunca incelendiğinde, psikoanalitik literatür haricinde “travma” sözcüğü, hiçbir psikolojik çağrışım taşımayan, genellikle açık bir yara veya cildin yüzeyindeki şiddetli bir kopma anlamına gelen bir tanımdı. Örneğin, bir asker savaş sırasında duygularını kontrol edemez ve rahatsızlanırsa “melan-

koli” veya “erken bunama” gibi rahatsızlıklara yenik düştüğü, iklim değişikliğinden veya diğer hastalıkların yan etkilerine bağlı olduğu düşünülürdü. Sağlam psikolojisi olan bir askerin savaştan öylesine duygusal olarak rahatsızlanacağı fikri kabul edilemezdi, savaşın uzun vadeli psikolojik sonuçları da reddedilirdi. Ancak, 1905'teki Rus-Japon Savaşı'nı gözlemlemek için gönderilen Kraliyet Ordusu Medikal birlikleri travmanın psikolojik etkilerinin ilk izlerini belirlemişlerdir. Böylece travma kavramının psikolojik yönü de tartışılmaya başlamıştır.^[4]

Travma sözcüğünün psikolojik açıdan değerlendirilmesi klinisyenler açısından büyük bir önem taşımaktadır ve tanım da zaman içinde değişime uğramıştır. DSM-1

Received/Geliş: 10.03.2021
Accepted/Kabul: 08.06.2021
Publication date: 30.06.2021

Corresponding Author:

Y. Uncu
ORCID: 0000-0002-5225-4403
Bursa Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı,
Bursa, Türkiye
✉ yuncu@uludag.edu.tr

H. Serinçay
ORCID: 0000-0003-1737-1839
G. Mat
ORCID: 0000-0001-9458-1149
E. Ülger
ORCID: 0000-0002-8345-0810
A. Özçakar
ORCID: 0000-0001-5588-2037
Z. Alper
ORCID: 0000-0002-8349-9868
Bursa Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı,
Bursa, Türkiye



(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-1)'den DSM-5'e kadar geçen sürede "travma" tanımındaki eksikliklerin giderilmesi konusunda uzun bir yol kat edilmiştir. Kişi merkezci yaklaşım sayesinde her bireyin kendi durumu içinde değerlendirilmesi sağlanmıştır. Yayınlanan DSM'lerdeki travma tanımının zamanla değişimi Tablo 1'de gösterilmiştir.^[5]

Tablo 1. Travma tanımının zamanla değişimi.^[5]

Travma Tanımı	
DSM-1	Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese neden olan bir olaya maruz kalma
DSM-2	Ezici/kahredici çevresel bir olaya maruz kalma
DSM-3	Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bir olay
DSM-3-R	Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bir olay (işkence, tecavüz, savaş, deprem gibi doğal felaketler, fiziksel bütünlüğü tehdit eden her türlü kaza, bombalama gibi olaylar)
DSM-4	Bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış olma veya tanıklık etme
DSM-5	Gerçek ya da korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma

Travmatik Olay

Travmatik olay kavramı bireylerin yaşamını tehdit eden veya bozan olaylar için kullanılmaktadır. Doğal afetler, kişiye yapılan saldırılar, tecavüzler, kazalar, savaşlar veya deprem enkazlarında cansız bedenler görmek, ailesinden veya sevdiği yakın çevresinden birinin ölümü gibi kişiyi zor durumda ve çaresiz bırakan durumlar travmatik olaylara örnek olarak verilebilir.^[6]

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5'te travmalar üç ana başlığa ayrılmıştır.^[7]

1. İnsanlar tarafından kasıtlı yapılanlar (savaş, terör, tecavüz vb.)
2. İnsanlar tarafından kaza sonucu meydana gelenler (yangın, trafik kazası vb.)
3. Doğal afetler/olaylar (depem, sel vb.)

Travmaların Görülme Sıklığı

Dünya çapında yetişkinlerin %70'inden fazlası yaşamalarının döneminde travmatik bir olay yaşarken, %31'i dört veya dörtten fazla sayıda travmatik olay yaşar.^[2] Travmatik olaylara maruz kalmanın dağılımında dünya çapında önemli bir değişkenlik vardır. Araştırmalar, büyük bir nüfusun sürekli olarak savaşlar, organize şiddet, terörizm ve doğal afetler gibi büyük ölçekli travmatik olaylara maruz kaldığı belirli coğrafi alanlar olduğunu göstermektedir.^[1]

Epidemiyolojik araştırmalar erkeklerin ortalama %60'ının ve kadınların %51'inin yaşamları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kaldığını göstermektedir. Yine erkeklerin üç veya daha fazla travmaya maruz kalma oranları kadınlara göre daha yüksektir (erkekler %16,8; kadınlar %12,5). İnsanların yaşadığı travmaların oranlarına bakıldığında ilk üç sırada;

1. Birinin ağır bir şekilde yaralandığını veya öldüğünü görmek (erkekler %35,6; kadınlar %14,5)
2. Yangın, sel vb. doğal afetlere maruz kalma (erkekler %18,9; kadınlar %15,2)
3. Yaşamı tehdit eden bir kazaya karışmak (erkekler %25,1; kadınlar %13,8)

Görüldüğü gibi erkekler her üç travma türüne de kadınlardan daha fazla maruz kalmaktadır. Fiziksel saldırı, savaş deneyimleri, silahla tehdit edilme, esir tutulma veya kaçırılma erkeklerde daha fazla iken; kadınlarda tecavüz, cinsel taciz, çocuklukta ebeveyn ihmali ve çocuklukta fiziksel istismar gibi travmatik olaylar daha fazla görülmektedir.^[8]

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Tanım ve Tarihçe

TSSB, yeniden deneyim ve kaçınma semptomlarının yanı sıra biliş ve uyarılmadaki olumsuz değişimlerle karakterize kronik bir bozukluktur. İlk olarak ABD'nin Afganistan ve Irak'taki askeri operasyonları sonrasında askerlerde görülen değişiklikler fark edilmiş sonrasında bugüne kadar yapılan çok sayıda çalışmayla TSSB kavramı oluşturulmuştur.^[9,10]

TSSB klinik bir tanı olarak ilk kez 1980 yılında DSM-3'te tanımlanmıştır.^[9] DSM 4'te anksiyete bozuklukları altında bulunurken, DSM-5'te travma ve stres ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu, psikolojik travma sonrasında ortaya çıkan, somatik, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal belirtiler bütünü olarak tanımlanmaktadır.^[11]

Klinik ve Semptomlar

TSSB, kişilerde mesleki ve sosyal alanlar başta olmak üzere birçok işlevsel bozukluğa neden olmaktadır. Ansızın gelen düşünceler, kâbuslar, travmatik olayın yine yine yaşanmasıyla, travmayı anımsatıcı olaylardan kaçınma, hipervijilans (duyuşsal hassasiyet) ve uyku bozuklukları ile karakterizedir.^[12] Semptomlar genellikle erken travmatik olaydan sonraki üç ay içinde başlar, bazen yıllar sonra da başlayabilir ki bu durumda "Gecikmeli Başlangıç Gösteren TSSB"den bahsedilir. Semptomlar bir aydan fazla sürmeli ve TSSB düşündürülecek kadar şiddetli olmalıdır.^[13]

TSSB'nin klinik özellikleri dört ana başlık altında toplanmıştır:

İlk grupta artmış uyarılmışlık durumuyla ilgili olan bulgular yer almaktadır. Strese karşı ilk yanıt olan uyarılmışlık hâli, travma sonrası stres bozukluğunda "artmış uyarılmışlık" şeklinde kendini göstermektedir. Travma sonrası stres bozukluğunda görülen en yaygın belirtilerdir.^[12] Sürekli kaygı hali, uykusuzluk ve konsantrasyon bozukluğu da bu başlık altında yer almaktadır.^[14] Uyku ile ilgili bozukluklar TSSB'de sık olarak görülmektedir ve intihar düşüncesi, girişimi ve buna bağlı ölüm riskinde artış ile ilişkilidir.^[15]

Artmış uyarılmışlık durumunda yapılan incelemelerde

adrenerjik stimülasyonun arttığı gösterilmiştir. Hastalarda görülen taşikardi ve tonus artışı adrenerjik stimülasyonun artmasıyla da açıklanabilmektedir.^[16]

İkinci belirti kümesi, travmatik olayın yine yine yaşanmasıyla ilgilidir. Bunlar düşünceler, algılar ya da hayaller şeklinde olabilmektedir. Bu hâllerde kişi olayla ilişkili sesleri ya da kokuları yeniden algılayabilmektedir.^[14] Bazen de kişi dissosiyatif geri dönüşler yaşayarak travma anını yeniden yaşayabilmektedir. TSSB olan bireylerde, dissosiyatif belirtilerin görülme sıklığı %8-13 oranlarında bildirilmektedir. Bu durum bazen saniyeler, bazen de dakikalar hatta saatler sürebilir. Bu dönemde kişi travma anına ilişkin anılara gömülü hâldedir, ancak kişide bilinç bozukluğu olmaması önemlidir ve kişi son-

Tablo 2. DSM-5'e göre TSSB tanı kriterleri.^[7]

Travmaya Maruz Kalma	
Travma A. Maruziyet	Ölüm tehlikesi, ciddi yaralanma, kaza veya cinsel şiddet 1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama 2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı görme veya tanıklık etme 3. Bir aile yakının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olay(lar) geldiğini öğrenme 4. Travmatik olay(lar)ın itici detaylarına tekrar tekrar veya aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma
B. Semptom grupları B'den E'ye (travmatik olaydan sonra başlayan veya kötüleşen semptomlar) B. İstem dışı	Aşağıdaki istem dışı olan semptomların 1 veya 1'den fazla olması: 1. Travmatik olayların yineleyici istemsiz ve sıkıntı veren anıları 2. İçeriği ya da duygusu travmatik olay(lar)la ilişkili yineleyen sıkıntı veren rüyalar 3. Kişinin travmatik olayları yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözümlenemeyen tepkileri 4. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir duygusal sıkıntı yaşama 5. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterme
C. Kaçınma	Aşağıdaki kaçınma semptomlarından 1 veya 1'den fazla olması: 1. Travmatik olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anılar düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları 2. Travmatik olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anılar düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları
D. Olumsuz biliş ve ruh hâli	Aşağıdaki semptomlardan en az 2'si: 1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama 2. Kendisi, diğer kişiler ya da dünya ile ilgili olarak sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar 3. Travmatik olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan süreklilik gösteren çarpık bilişler 4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum 5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma 6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları 7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama
E. Aşırı Uyarılma	Aşağıdakilerden en az 2'si: 1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da fiziksel saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları 2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar verici davranışlarda bulunma 3. Her an tetikte olma 4. Aşırı irkilme tepkisi gösterme 5. Odaklanma güçlükleri 6. Uyku bozukluğu
Ek Kriterler F. Süre G. Bozukluk	Bir aydan uzun süreli olması Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda, işlevsellikte düşmeye neden olur.
H. Başka bir bozuklukla ilişkilendirilmez	Bu bozukluk bir maddenin (Örneğin, ilaç, alkol) kullanımının ya da başka tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

rasında şimdiki ana geri döner.^[16,17]

Üçüncü grup kaçınma davranışıyla ilgilidir. Kişi, dış dünyadaki olaylar karşısında kendini kontrol etmedeki güçlüğün farkında olmakta ve kendi iç dünyasına çekilmektedir. Olayı anımsatan yerlerden uzak durma, olayı konuşmaktan kaçınma veya konuşulan ortamdan uzaklaşma, aktivite ve ilgi alanlarında azalma gibi durumlar kaçınma davranışının sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.^[14,16]

Dördüncü belirti kümesi, biliş ve duygu durumunda görülen değişikliklerdir. Bu bireylerde hafıza bozukluğu da görülebilmektedir. Dissosiyatif amnezi, savaş soykırımları ve cinsel ve fiziksel istismar gibi çeşitli travmatik olaylarda daha sık görülmektedir. Depersonalizasyon yaşayan kişiler kendilerini bir filmde gibi izlediklerini söylemektedirler. Kendilerini uzaktan izlediklerini dile getirmekte ve bazen gerçek dışı olma hissi yaşayabilmektedirler. Hastalar derealizasyon durumunu ise "uzak ve sisli bir dünya" olarak belirtmektedirler.^[17]

TSSB Tanısı

Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan kişi, ruhsal açıdan travmatik bir olayı yaşamış olmalı veya böyle bir olayla karşılaşmış olmalıdır. Travmatik olay sonrasında belirtilerin ortaya çıkması tek başına TSSB tanısı konulması için yeterli değildir. Ortaya çıkan bu belirtilerin bir aydan fazla sürmesi, belirgin bir rahatsızlık durumuna neden olması ve kişinin işlevselliğini bozması durumunda TSSB tanısı konulabilir.^[18]

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun A ve B tanı kriterlerinde değişiklikler olmuştur. DSM-4'teki A2 tanı kriterleri yerine 6 yaşından küçük çocuklar için özel tanı kriterleri eklenmiştir.^[19]

DSM-5'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri Tablo 2'de verilmiştir.

Risk Faktörleri

Hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı etkenlere "yatkınlaştırıcı faktörler" veya risk faktörleri denir. Risk faktörleri hatalığın kimlerde daha kolay ortaya çıkabileceğini açıklamaya yardımcı olur.^[20,21]

Risk faktörlerini belirlemek TSSB'yi önlemeyi ve travma sonrası yüksek riskli gruplara erken müdahaleleri amaçlayan halk sağlığı çabalarını yönlendirmede çok önem-

lidir. Travmatik olayın yapısı, kişiye bağlı özellikler ve çevresel özellikler, TSSB için üç başlık altında toplanabilen önemli risk faktörleridir.^[6]

Travmatik Olayın Yapısı

Travmatik olayın şiddeti, yaşamı tehdit etme olasılığının yüksek olması, yaralanmaların fazlalığı, çeşitli yollarla travmatik görüntülere maruz kalmak, insan eliyle yapılan travmatik olaylar, travma esnasında verilen tepkilerin şiddeti, travmaya karşı verilen öznel yanıtın şiddeti, içinde bulunulan toplumun daha önceden de travmatik olaylar yaşamış olması, akut veya süregelen ikincil stresler TSSB için risk etkenlerindedir.^[6]

Ruhsal travmaya yol açabilecek etkenlerden biri de hiç kuşkusuz doğal afetlerdir.^[22] Şiddetli bir selle sonuçlanan olağanüstü sağanak yağmur, yalnızca olay sırasında değil, sonrasında da etkilenen bireylerde ciddi sıkıntıya neden olabilir. Sel sonrası TSSB ile ilişkili faktörler arasında maddi ve manevi kayıplar en önemli konumdadır.^[23]

İnsanlar tarafından yapılan travmatik olaylar sonrasında gelişen travma sonrası stres bozukluğunun şiddeti ve süresi diğerlerine göre daha fazladır. Terörist saldırılarından sonraki bir yıl içerisinde gelişen TSSB yaygınlığının, maruziyetin şiddetine bağlı olarak, %7,5 ile %50 arasında değiştiği belirtilmektedir.^[24]

Kişiye Bağlı Özellikler

Cinsiyet uzun zamandır Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.^[25] Kadın ve erkeklerin travmatik olaylara verdikleri tepkiler farklıdır. Yapılan çeşitli çalışmalarda, genel olarak erkeklerin kadınlara oranla daha fazla travmatik olaya maruz kaldığı görülmüştür. Buna rağmen, TSSB kadınlarda daha fazla görülmektedir.^[6] Çocuk veya yaşlı olmak, bekar, dul ya da boşanmış olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, çocukluk çağında yaşanan travmalar, psikiyatrik hastalık öyküsü, bazı kişisel özellikler (içer kapanık olma ve dışsal kontrol odağının yüksek olması gibi), öfke, suçluluk hissi gibi psikolojik etkenler, sorunlarla olumsuz başa çıkma çabaları da kişisel özelliklere ait risk faktörlerindedir.^[6,26]

Çevresel Özellikler

Tıbbi, psikolojik ve sosyal yardımlara ulaşmadaki sorunlar ve yetersizlikler, sosyal kaynakların ve desteğin azlığı toplumlarda travma sonrası stres bozukluğuna yol açan risk faktörlerindedir. Diğer yandan artan sosyal desteğin, olumsuz travma değerlendirmelerini

azaltarak TSSB semptomlarına karşı etkili bir tampon olduğu gösterilmiştir.^[27,28]

Mülteciler savaş, hastalık, açlık veya etnik temizlik nedeniyle ülkelerini terk etmek zorunda kalıyorlar.^[29] Ölüm tehdidi, işkence, açlık, ciddi yaralanma veya aile üyelerinin yaralanması, ölümü veya kaybolması gibi bir takım travmatik olaylara maruz kalmış olmaları olasıdır.^[30] Bu gibi durumlar göçmen veya mülteci olmayı TSSB için risk faktörü olarak göstermektedir. Güney Norveç'teki psikiyatri kliniklerinden 61 mülteci polikliniğinin dâhil edildiği bir çalışmada, başvuran hastalardan %82'sinde TSSB tanısı konulmuştur.^[31]

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Komorbid Durumlar

Travma sonrası stres bozukluğu %10-40 oranında tek başına seyredilmekte iken, olguların %60-90'ında başka bir hastalık eşlik etmektedir.^[19,21,32,33] Kişilerin travmadan etkilenmesi ve yakınmaların ortaya çıkması farklılık göstermektedir. Aynı tür ve aynı şiddette bir travmanın olumsuz etkilerinden bazı kişiler saatler günler gibi erken dönemde kurtulabilmekte, bazı kişiler ise aylar yıllar boyu semptom gösterebilmektedir.^[34] TSSB'na komorbidite eşlik etmesi travma sonrası stres bozukluğunun klinik seyrini ve tedavi başarısını etkileyebilir.^[19,21,32,33]

Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan kişilerde depresif bozuklarının görülme oranı yüksektir. TSSB olgularında birlikte en sık görülen komorbid hastalık, major depresyondur.^[32,35,36]

Yaygın bir şekilde duygu durum bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar TSSB'ye eşlik edebilmektedir.^[20] Sınırdaki kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu genel popülasyona oranla daha yüksek görülmektedir.^[37] Bu komorbid bozukluklardan madde kullanım bozukluğu ve davranış bozukluğunun görülmesi olasılığı erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır.^[19,21,32,33]

Pek çok hastalığa eşlik eden uyku bozukluğu, TSSB olan kişilerde sık görülen eşlik eden durumlardan birisidir ve aynı zamanda tablonun belirgin özelliklerinden birisidir. TSSB'nin klinik belirtilerinden olan artmış uyarılmışlık, uykuya başlama ve sürdürme aşamasında başarısızlığa neden olmakta ve en çok bildirilen uyku bozukluğu olarak uykunun süresindeki ve etkinliğindeki azalma gösterilmektedir.^[36]

Yi-Hsuan Hung ve ark.^[38] Çalışmalarında, TSSB ve astım arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Bir kohort araştırması olan çalışmalarında, 5518 TSSB hastasını ve kontrol grubunu yani hastalığı olmayan 22072 kişiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucu özellikle genç TSSB hastalarında astım gelişimi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde psikolojik ve farmakolojik çeşitli tedavi yaklaşımları mevcuttur.^[2] Son çıkan rehberlerde ilk seçenek, ikinci seçenek ayrımı yapılmadan "bireye özgü" tedavi yaklaşımı önerilmektedir. Farmakoterapide trisiklik antidepressanlar, yeterli veri olmaması nedeni ile önerilmemektedir. Etkili bir terapötik yanıt elde etmek için tedavileri değiştirmek veya kombine etmek gerekebilir.^[16,39,40]

Tedaviye başlamadan önce klinisyen hastanın önceliklerini ve tedavi hedeflerini netleştirmelidir. Tedavi seçenekleri daha sonra hastanın tercihlerine ve klinik kaynaklara göre ayarlanabilir. Mevcut seçenekler arasında, en güçlü destekleyici kanıtlara sahip müdahalelere öncelik verilmelidir. Hastanın en rahatsız edici semptomları öncelikli hedeflerdir. Hekim açısından hastaların yaşamlarının dengede olmasını sağlamak, yıkıcı davranışları azaltmak ve yaygın yalnızlık ve umutsuzluk duygularını gidermek öncelikli hedeflerdir.^[2]

Farmakoterapi:

TSSB'de farmakoterapi hedefleri:

- İntruzif (araya giren) belirtilerin sıklık ve şiddetinin azaltılması,
- Uyarınları travmanın yinelenmesi olarak yorumlanmanın azaltılması,
- Travmayı anımsatan uyarınlara ortaya çıkan hiper-vijilans (aşırı uyarılmışlık)'ın azaltılması,
- Kaçınmanın azaltılması,
- Depresif duygu durum ve anhedoninin düzeltilmesi,
- Psikotik ve dissosiyatif (ayrışma) belirtilerin azaltılması,
- Başkalarına ve kendine olan öfke ve ajitasyonun azaltılmasıdır.^[41]

İlaç tedavileri üç aşamadan oluşur. Bunlar; stabilizasyon, idame ve kesmedir. Stabilizasyonda ilk basamak hastayla uyum sağlanmasıdır. Tedaviye olumlu yanıt alınınca ve tedaviye uyum sağlandığında kesme düşünülebilir. İlaçlar düşük dozda başlanır gerekirse doz artırıma gidilir. İlaç keserken de doz azaltarak kesilir. Tedavi akut TSSB için en az 6-12 ay, kronik TSSB için

12-24 ay sürmelidir.^[16]

Tedavide en sık kullanılan ve çok sayıda kanıt bulunan ajanlar paroksetin, sertralin, venlafaksin ve nefazondur. Paroksetin ve sertralin'in TSSB'de kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır.

Paroksetin başlangıç dozu 20 mg/gün olarak başlanır, 20-60 mg/gün doz aralığında kullanılabilir. Sertralin ise 50 mg/gün başlangıç dozu ile kullanılarak tedaviye 50-100 mg/gün olarak devam edilir.^[2,40,42]

Psikoterapi

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na yönelik psikoterapi müdahalelerinde temel yaklaşım biçimi, travmatik olay ile ilgili kişinin içsel yaşantılarına maruziyet yaklaşımıdır.

Literatürde, bilişsel-davranışçı terapiler (BDT) ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (eye movement desensitization and reprocessing-EMDR) terapilerinin etkinliklerinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Ancak, hastaların tedaviye başlama isteksizliği, tedaviyi tamamlamamaları psikoterapide yetersiz yanıt ve relaplara yol açmaktadır. Yenilikçi terapilerden "Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT)" gibi yeni bilişsel-davranışçı terapi yöntemleri TSSB tedavisinin ilerlemesinde etkili olabilirler.

Farmakoterapi ve psikoterapinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, tedaviyi bırakma oranlarında fark vardır. Farmakoterapi alanlarda tedaviyi bırakma oranları psikoterapi gruplarına göre belirgin olarak yüksektir (%32'ye %14). Farmakoterapinin depresif ve intruzif belirtilere etkinliğinin kaçınma belirtilerine göre daha fazla olduğu; psikoterapinin (özellikle bilişsel davranışçı terapi ve EMDR) üç parametrede de etkili olduğu bildirilmiştir.^[43]

Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda psikoterapi "Duygusal İşleme Teorisi (Emotional Processing Theory)" hipotezi üzerinden geliştirilmiştir. Bu teoriye göre korkunun azaltılması; korkuyla ilişkili bilgi, enformasyon ve davranışları içeren korku yapısının modifikasyonu ile olasıdır.^[43]

BDT en sık kullanılan etkili bir psikoterapi yöntemidir. Genel olarak tedaviler travmatik olaya maruz kalan kişiyi, çeşitli tekniklerle yine bu olayla karşı karşıya getirerek yüzleştirip işlevsel baş etme yöntemleri belir-

lemek, kaçınma davranışlarını yok edip hastanın kontrolü ele almasına yöneliktir. Kontrol yeteneği ne kadar hızlı kazandırılırsa, travmatik olaydan sonra travma sonrası stres bozukluğu gelişme riski de o derece azaltılabilir.^[44,45]

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR de ise göz hareketleri ve bir dış uyaran ile hastaya rahatsızlık veren anılar, düşüncelerle eşleştirilerek her defasında travmatik olayın stresör yapısı daha iyi bir bilişsel duruma ortaya çıkana kadar uygulanır. Farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada EMDR uygulanan hastalarda sonrasında travma hatırlanırken daha az anksiyete geliştiği bulunmuştur. Yöntemi geliştiren Shapiro, travmatik anılara maruziyetin beynin uyarıcı ve inhibe edici sistemleri arasındaki dengede nöral değişiklikler yapıp bir bozukluğa neden olduğu, bozulan dengenin iki yönlü göz hareketleri ile yeniden kurulduğunu söylemiştir. Maruziyet terapileri ile karşılaştırıldığında benzer etkinlikle olumlu sonuç verdikleri bildirilmiştir.^[43]

Üçüncü Dalga Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar ve Kabul-Kararlılık Terapisi

Üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler içinde en yaygın olarak tanınan ve hakkında en fazla klinik çalışma bulunan "Kabul ve Kararlılık Terapisi"dir. ACT modelini oluşturan temel müdahale biçimleri kabul ve açıklığın artırılması, yaşantılarını kontrol stratejilerinin terk edilmesi, gözlemleyen benliğin geliştirilmesi ve değerlere travma öncesi gibi yine odaklanılması yöntemleri olarak belirtilebilir. Bu aşamaların temel amacı psikolojik esnekliğin geliştirilip, acıların varlığının kabul edilmesini ve kişinin değerleri doğrultusunda yaşamasını sağlamaktır.^[43]

Grup Tedavileri

Grup tedavilerinin en önemli avantajları aynı anda birden çok kişinin tedavi olabilmesi ve TSSB hastalarında sıklıkla rastlanan reddetme ve izolasyon gibi tutumlarında anlamlı bir azalma sağlaması olarak gösterilebilir.^[44] Grup terapileri kişilerin benlik değeri ve diğer kişiler ile olan ilişkileriyle ilgili sorunları düzeltmekle birlikte, TSSB semptomlarının azaltılmasında da rol oynadığı için birçok klinisyen hastalarına bireysel tedavi ile birlikte grup tedavisini de tavsiye etmektedir.^[39]

Rekreasyon Terapisi

Amerikan Rekreasyon Terapileri Derneği, rekreasyon

terapisini, kişinin yaşamsal aktivitelerinde bağımsızlık seviyesini düzeltmek, iyileştirmek ve rehabilite etmeyi amaçlayan bir tedavi hizmeti olarak tanımlar. TSSB tanılı bireylerde, genellikle spor veya açık hava terapileri olarak adlandırılan fiziksel aktivite içeren yöntemlerdir. Yürüyüş, balık tutma, kuş gözlemciliği, bahçecilik ve çok çeşitli sporlar gibi aktiviteler gibi.^[46]

Yoga

Son on yılda, TSSB için potansiyel bir tedavi olarak yogaya olan ilgiye artış mevcuttur. Yoga, TSSB'nin seyirini iyileştirdiği bilinen sosyal etkileşimi, fiziksel aktiviteyi ve meditasyonu içerdiğinden bu ilgi mantıklıdır. TSSB olan kadınlarda yoganın alkol ve uyuşturucu kullanımındaki etkisini araştıran bir pilot çalışmada, 12 seans yoga tedavisi, bir kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Yoganın alkol ve uyuşturucu kullanımı riskini azaltmada, TSSB semptomlarını hafifletmede ve kanıt dayalı psikoterapiye ilgiyi artırmada rol oynayabileceği sonucuna varılmıştır. TSSB tanılı bireylere, özellikle de hipervijilans semptomlarına sahip olanlara, yoga önerilebilir bir yaklaşımdır.^[46]

COVID-19 Pandemisi ve TSSB

Corona Virüs Hastalığı 2019 (COVID-19) ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde tanımlanmış ve Ocak 2020'nin başlarında Çin'de bir salgına dönüşmüştür. Bunu, Dünya Sağlık Örgütü'nün 11 Mart 2020'de bir pandemi ilan etmesine neden olan hızlı bir dünya çapında yayılma izledi.^[47] Salgının artan tehdidi, kesintiye uğramış seyahat planları, sosyal izolasyon, medya bilgi yüklemesi ve gereksinim maddelerinin panikle satın alınması nedeniyle küresel bir endişeye neden oldu.^[48]

Bugünlerde uygun bir tedavi bulamayan birçok ülke, özellikle yaşlılar ve komorbiditesi olanlar gibi en savunmasızları korurken alınan karantina tedbirleriyle COVID-19'la mücadele etmektedir. Bununla birlikte, bu yöntem genel halkın psikososyal yaşamını bozarak yaklaşmakta olan bir korku duygusu yaratmakta, kaygı ve benzeri zihinsel sorunları kışkırtmaktadır.^[49]

Çeşitli araştırmalar, genel popülasyonda insan immün yetmezlik virüsü (HIV) gibi kronik hastalıklar ile depresyon gibi zihinsel bozukluklar arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, 2003 SARS ve 2014 Ebola gibi salgın hastalıklar sırasında ve sonrasında yapılan çalışmalar, genel halk arasında yaygın bir korku uyandıran aşırı tepki davranışı olduğunu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, özellikle sağ kalanlarda ve sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon ve trav-

ma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklara rastlanmıştır.^[49]

Büyük ölçekli felaketler, hem travmanın hemen sonrasında hem de daha uzun süreler boyunca artan TSSB, depresyon ve bildirilen madde bağımlılığı bozukluklarında önemli artışlarla ilişkilidir.^[50]

COVID-19 gibi aşı veya etkili tıbbi tedaviler olmaksızın tanınmayan bir infeksiyon salgını, bireysel ve toplum düzeyinde akut ve kronik etkileri açısından travmatik bir deneyim olarak tanımlanabilir. COVID-19 salgını popülasyon üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Bir yandan, kendimiz ve sevdiğimiz için bulaşma korkusu ve ölüm riski doğrudan bir tehdidi temsil ederken öte yandan, pandeminin dolaylı sonuçları istikrarsızlık duyguları, psikolojik sıkıntı, uyku bozukluğu, psikiyatrik ve duyu durum bozuklukları ve genel psikopatolojik semptomatoloji ile ilişkili görünmektedir.^[51]

Bazı çalışmalar, karantina önlemlerinin psikososyal sonuçlarının belirleyicilerini incelemiştir. Daha uzun süreli karantina, gelir kaybı ve günlük malların (gıda, ev eşyaları) arzındaki kısıtlamalar semptomların şiddetini arttırmıştır. Açık bilgi ve sosyal destek, psikolojik stresi hafifletici etkenler olarak tanımlandı. Bunlara ek olarak, sağlık çalışanları ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişiler karantina önlemleriyle bağlantılı olarak psikolojik stres için daha savunmasızdılar.^[47]

Çin'de yapılan bazı çalışmalarda, COVID-19 salgınının ortaya çıkmasından sonraki 1 ay içinde, TSSB prevalansının %12,8, 1 ay sonra ise %22,3 olduğu saptanmıştır. Psikolojik stresin zamanla artmasıyla TSSB prevalansında da ciddi bir artış söz konusudur.^[52]

COVID-19'un ruh sağlığı üzerinde önemli etkilerinin olması beklenmektedir. Bu tepkiye ve 26 Ocak 2020'deki önceki deneyimlere dayanarak, Çin Ulusal Sağlık Komisyonu büyük adımlar attı ve psikiyatristlerden oluşan psikolojik ekiplerle COVID-19 salgınının psikososyal sonuçlarını azaltmak için acil psikososyal afet müdahaleleri için yönergeler öngören bir bildirim yayınladı. 18 Mart 2020'de DSÖ Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı departmanının ruh sağlığı ve psikososyal refahı desteklemek için genel ve çeşitli hedeflenen popülasyonlar için düşünceleri ele alan bir taslak geliştirilmesinin ardından psikiyatristleri ve ruh sağlığı uzmanlarını COVID-19'un olası etkisini anlamak ve hastalarına, ailelerine ve halka yeni tehditle en etkili yollarla başa çıkmada yardımcı olmaları için görevlendirdi.^[49]

Bu salgın aile hekimliğinin sağlık sistemindeki merkezi

rolünü bir kez daha ortaya koymuştur. Bir yandan aile hekimlerinin toplumun bilgilendirilmesinde aktif rol alması, hastaların triajı ve gerekli durumlarda hastaneye yönlendirilmesi hastaneler ve sağlık sistemi üzerine aşırı yük binmesinin ve kaynakların tüketilmesinin önüne geçerken diğer yandan krizde en çok gereksinim duyulan güven duygusunun oluşturulmasında önemli bir görev üstlenmektedirler. Salgın ateş hattının en önünde yer alan aile hekimleri kendilerini, hastalarını korumak ve güvende tutmak zorundadırlar. Bir yandan değişen gereksinimler doğrultusunda bilimin gereğini uygulamak bir yandan da günlük pratikte hastaların emosyonel durumları ile ilgilenmek durumdadırlar. Bu aile hekimliğinin toplum yönelimli ve kapsamlı bakım sunma sorumluluğunun bir gereğidir.

Aile Hekimliğinde TSSB Yaklaşımı

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'nin yaşam boyu görülme sıklığı %1,3 ila %8,8 arasında değişmekte ve birinci basamakta %2 ila %39 arasında değişen oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Bu geniş belirleme aralığı, hastanın aile içi şiddet gibi konuları açıklamaktan utanması, hekimlerin soruna yönelik tarama eksikliği, yanlış teşhis veya bilgi eksikliği gibi sayısız nedene bağlanabilir. Yapılan araştırmalar, kişinin travmaya maruz kalması ile tedavi alma zamanı arasında ortalama 12 yıl gibi büyük bir kayıp olduğunu göstermektedir. Hastaların özellikle ruh sağlığı profesyonellerine etiketlenme korkusu ile başvurmadan kaçınmaları bunda önemli rol oynamaktadır. Hastanın sağlık sistemi ile ilk temas noktası olan aile hekimlerinin olası TSSB durumunda hastanın yardım alması konusunda kolaylaştırıcı bir rol üstlenerek durumun tedavi edilebilir olduğunu hastaya anlatmak, tedavi seçenekleri hak-

ında bilgi vermek ve psikoterapi ile ilgili engellerin kaldırılmasında hastayı desteklemek görevleri son derece önemlidir.^[53]

Cooper ve ark.^[54] 2014 yılında yayınladıkları güncel raporda aile hekimlerinin TSSB'yi yönetmede merkezi bir rolü bulunduğunu söyleyerek sorumluluk alanlarını şöyle özetlemiştir:

- İlk destek ve tedavinin takibi
- Erken saptama, ilk değerlendirme ve destekleyici yönetim
- İlk farmakoterapinin uygulanması
- Gerekirse uzman tedavisi için sevk
- Kişinin çevre desteğinin artırılmasını sağlama
- Kriz durumunda yardım etme
- Eşlik eden tıbbi durumların yönetimini sağlama
- Kronik durumlarda idame tedavisini sağlama

TSSB tedavi edilmediği zaman yaşam kalitesinde azalma, kronikleşme ve ender de olsa mortalite ile ilişkisi gösterilen bir bozukluktur. Aile hekimlerinin bu amaçla risk altında olan hastaları açısından dikkatli olmaları, gerektiğinde tarama yaparak TSSB olasılığını değerlendirmeleri önemlidir. Travma açısından yüksek riskli meslekler, aile içi çatışmanın olduğu durumlar ya da nonspesifik somatik bulgular ile sık başvuran hastalar bu açıdan değerlendirilmelidir.

Birinci basamakta TSSB için yaygın bir tarama aracı, DSM-5 için beş maddelik Birinci Aşama Değerlendirme Ölçeği'dir (PC-PTSD-5). Birinci aşama tarama aracı pozitifse, hasta ikinci aşama aracı kullanılarak değerlendirilebilir.^[55]

Aile hekimliğinde TSSB hasta yönetimini 3 başlık altında inceleyebiliriz;

1. Farmakoterapi: Özellikle psikoterapi konusunda isteksiz ve uyumsuz hastalar ile psikoterapiye ulaşma konusunda engelleri olan hastalar için, komorbid depresyonu olan veya farmakoterapi gerektiren ek semptomları olan hastalar ve travma odaklı psikoterapiden fayda görmemiş olan hastalar açısından tercih edilen tedavi yaklaşımıdır. Tedaviye yanıt veren hastalar açısından 12 ay gibi bir tedavi süresince ve öncelikli olarak SSRI veya SNRI'ların tercih edildiği bir yaklaşım önerilir.

2. Psikoterapi: Travma odaklı psikoterapi yaklaşımları tercih edilir. Uzun Süreli Maruz Kalma (PE) tedavisi, travma ile ilişkili kaçınılmış durumlara ve anılara yine yine maruz kalmayı içeren etkili bir TSSB tedavisidir. Cigrang ve ark. birinci basamakta TSSB için travma odaklı psikoterapötik tedavilerin geliştirilmesi, doğrulanması ve yaygınlaştırılmasına yönelik çalışma kapsamında her biri 30'ar dk. olmak üzere

Tablo 3. PC-PTSD-5 ölçeği^[56]

Bazen insanların başına alışılmadık veya özellikle korkutucu, korkunç veya travmatik şeyler olur. Örneğin:

- Ciddi bir kaza veya yangın
- Fiziksel veya cinsel saldırı veya taciz
- Deprem veya sel
- Savaş
- Birinin öldürüldüğünü veya ciddi şekilde yaralandığını görmek
- Sevilen birinin cinayet veya intihar yoluyla ölmesi

	EVET	HAYIR
Hiç böyle bir olay yaşadınız mı? Bir önceki soruya yanıtınız "evet" ise alttaki sorulara geçebilirsiniz, "hayır" ise devam etmeyin. İstemediğiniz halde olay(lar) hakkında kabuslar görüp veya olay(lar) hakkında düşündünüz mü? Olay(lar)ı düşünmemek için çok uğraştığınız veya size olay(lar)ı anımsatan durumlardan kaçındığınız oldu mu? Sürekli tetikte olup, kolayca ürker misiniz? İnsanlardan, aktivitelere veya çevrenizden koptuğunuzu hissediyor musunuz? Olay(lar) ya da olayların neden olabileceği herhangi bir sorun için kendinizi veya başkalarını suçluyor musunuz?		

toplam 4 seanstan oluşan Birinci Basamak için Uzun Süreli Maruz Kalma Tedavi Protokolü geliştirdiler. [57]

Bir diğer tedavi yaklaşımı Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)'dir. Bu tedavi yaklaşımı 8 aşamadan oluşmaktadır. Bu tedavi ile travmatik anılar karşısında duyarsızlaşma ve semptomların azaltılması sağlanır. Aynı zamanda kişi yeni bir travmatik olay ile karşılaştığında, kişiye yeni bir bakış açısı kazandırılır ve semptom oluşması önlenmiş olur.

3. Sevk ve destek tedavisi: Tanı yeterince net değilse, komorbid durumlar varsa, hastanın güvenliği tehdit altındaysa, TSSB tablosu karmaşık ve ciddi ise ve tedaviye direnç söz konusu ile psikiyatriye yönlendirme gereklidir. Yine hastanın kendi destek alabileceği destek grupları ya da online destek platformları olabilir ve ihtiyaç olduğunda aile hekimi bunlarla ilgili bilgi verebilmelidir.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKLAR

1. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review *Psychol. Med.* 2008;38(4):467-80. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001353>
2. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 2017;376(25):2459-69. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
3. Türksöy N. Psikolojik travma ve sonuçları, Psikolojik travma ve tanım sorunlar. 2003.
4. Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord.* 2007;21(2):164-75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.09.009>
5. Çolak B, Kokurcan A, Özsan HH. DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Derg.* 2010;18(3):19-25. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000322
6. Aker AT. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. 2012.
7. Köroğlu E. DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 2014.
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-60. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
9. Şuer T. Posttravmatik Stres Bozukluğu. İ Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Med Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi. 2005;47:205-10.
10. Miao X-R, Chen Q-B, Wei K, Tao K-M, Lu Z-J. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res.* 2018;5(32):1-7. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>
11. Stein MB, Roy-Byrne PP SD. Approach to treating post-traumatic stress disorder in adults. *Uptodate.com* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 21]; Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-posttraumatic-stress-disorder-in-adults>
12. Rosen V, Ayers G. An Update on the Complexity and Importance of Accurately Diagnosing Post-Traumatic Stress Disorder and Comorbid Traumatic Brain Injury. *Neurosci. Insights.* 2020;15:5-10. <https://doi.org/10.1177/2633105520907895>
13. Post-Traumatic Stress Disorder. *Natl. Inst. Ment. Heal.* 2019. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
14. Çırakoğlu OC. Uzun Süren Bir Savaş: Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi, PIVOLKA, Savaş Özel Sayısı.* 2003;20:3-6.
15. Chen A, Rosenbaum S, Wells R, Gould K, Ward PB, Steel Z. Obesity, physical activity and sleep quality in patients admitted to a posttraumatic stress inpatient ward. *Australas Psychiatry.* 2020;28(3):270-3. <https://doi.org/10.1177/1039856220917075>
16. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klin Psikiyatr.* 1999;1:34-41.
17. Lanius R, Frewen PA, Brand B. Dissociative aspects of posttraumatic stress disorder: Epidemiology, clinical manifestations, assessment, and diagnosis. *Uptodate.com* 2019; Available from: https://www.uptodate.com/contents/dissociative-aspects-of-posttraumatic-stress-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-assessment-and-diagnosis?topicRef=111729&source=see_link
18. Köroğlu E. DSM - IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 2007.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
20. Davidson J, Foa E. Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. *Am Psychiatr Press.* 1993;1(1):262-262.
21. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(suppl 7):22-32.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(9):1025-31. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.652>
23. Fontalba-Navas A, Lucas-Borja ME, Gil-Aguilar V, Arrebola JP, Pena-Andreu JM, Perez J. Incidence and risk factors for post-traumatic stress disorder in a population affected by a severe flood. *Public Health.* 2017;144:96-102. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.12.015>
24. Eşsizöğlü A, Aydın H, Bülbül İ. Post Traumatic Stress Disorder after Terrorist Attacks: A Review. *Turkish J Clin Psychiatry.* 2009;12(2):99-104.
25. Gay NG, Wisco BE, Jones EC, Murphy AD. Posttraumatic Stress Disorder Symptom Network Structures: A Comparison Between Men and Women. *J Trauma Stress.* 2020;33(1):96-105. <https://doi.org/10.1002/jts.22470>
26. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
27. Woodward MJ, Eddinger J, Henschel AV, Dodson TS, Tran HN, Beck JG. Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *J Anxiety Disord.* 2015;35:60-7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.002>
28. Zang Y, Gallagher T, McLean CP, Tannahill HS, Yarvis JS, Foa EB. The impact of social support, unit cohesion, and trait resilience on PTSD in treatment-seeking military

- personnel with PTSD: The role of posttraumatic cognitions. *J Psychiatr Res.* 2017;86:18-25.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.11.005>
29. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Statistical yearbook. Geneva, Switzerland: United Nations. 2004; Available from: <https://www.unhcr.org/statistical-yearbooks.html>
 30. Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, et al. Emdr for syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2015;6.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>
 31. Teodorescu DS, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scand J Psychol.* 2012;53(4):316-32.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x>
 32. Glaesmer H, Kaiser M, Brähler E, Freyberger HJ, Kuwert P. Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly - A German community-based study. *Aging Ment Heal.* 2012;16(4):403-12.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615740>
 33. Sadock BJ, Alcott Sadock V. RP. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 2016.
 34. Akdeniz F. Aile hekimleri için psikiyatri. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017.
 35. Angelakis S, Nixon RDV. The comorbidity of PTSD and MDD: Implications for clinical practice and future research. *Behav Chang.* 2015;32(1):1-25.
<https://doi.org/10.1017/bec.2014.26>
 36. Devrim Akçay B, Özgen F, Erdem M, Balıkcı A, Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Uyku Sleep in Post-traumatic Stress Disorder. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry.* 2013;5(4):441-60.
 37. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can. J. Psychiatry.* 2014;59(9):460-7.
<https://doi.org/10.1177/070674371405900902>
 38. Hung YH, Cheng CM, Lin WC, et al. Post-traumatic stress disorder and asthma risk: A nationwide longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2019;276:25-30.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.014>
 39. Foa EB. Trauma and Women: Course, Predictors, and Treatment. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(suppl 9):25-8.
 40. Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım. İstanbul: Mutlu Doğan Ofset; 2000.
 41. Bisson JJ, Baker A, Dekker W, Hoskins MD. Evidence-based prescribing for post-traumatic stress disorder. *Br. J. Psychiatry.* 2020;216(3):125-6.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.40>
 42. Tanır Y, Kılıç BG. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr - Özel Konular.* 2016;2(3):59-63.
 43. Yavuz KF, Karatepe HT. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Psikoterapisi. *Türkiye Klin Psychiatry - Spec Top.* 2015;8(1):44-52.
 44. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1989;20(3):211-7.
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
 45. Sinici E, Erden HG, Yurttaş Y. Akut stres bozukluğunda bir müdahale tekniğinin uygulanabilirliği: Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yenidenişleme (EMDR). *Yeni Symp Psikiyatr Nöroloji ve Davranış Bilim Derg.* 2009;47(4):178-86.
 46. Wynn GH. Complementary and Alternative Medicine Approaches in the Treatment of PTSD. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015;17(8).
<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0600-2>
 47. Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosocial Impact of Quarantine Measures during Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review. *Psychiatr Prax.* 2020;47(4):179-89.
<https://doi.org/10.1055/a-1159-5562>
 48. Wang C, Pan R, Wan X, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun.* 2020;87:40-8.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
 49. Shuja KH, Aqeel M, Jaffar A, Ahmed A. Covid-19 pandemic and impending global mental health implications. *Psychiatr. Danub.* 2020;32(1):32-5.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2020.32>
 50. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *J Am Coll Radiol.* 2020;17(7):921-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>
 51. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 pandemic in the Italian population: Validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):1-16.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17114151>
 52. Liang L, Gao T, Ren H, et al. Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *J Health Psychol.* 2020;25(9):1164-75.
<https://doi.org/10.1177/1359105320937057>
 53. Megnin-Viggars O, Mavranzouli I, Greenberg N, Hajiouf S, Leach J. Post-traumatic stress disorder: What does NICE guidance mean for primary care? *Br. J. Gen. Pract.* 2019;69(684):328-9.
<https://doi.org/10.3399/bjgp19X704189>
 54. Cooper J, Metcalf O, Phelps A. PTSD - an update for general practitioners. *Afp* 2014;43(11).
 55. Ogbeide SA, Young A, Houston B, Knight C. Treating Post-traumatic Stress Disorder with a Prolonged Exposure Protocol Within Primary Care Behavioral Health: A Case Example. *J Clin Psychol Med Settings.* 2020;1-9.
<https://doi.org/10.1007/s10880-020-09747-z>
 56. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* 2016;31(10):1206-11.
<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5>
 57. Cigrang JA, Rauch SA, Mintz J, et al. Moving effective treatment for posttraumatic stress disorder to primary care: A randomized controlled trial with active duty military. *Fam Syst Heal.* 2017;35(4):450-62.
<https://doi.org/10.1037/fsh0000315>