



TENTS

The European Network for Traumatic Stress



Afetin kötü sonuçlarına yönelik müdahaleler

Avrupa topluluğu tarafından finanse edilen, Avrupa Travmatik Stres Ağı (*The European Network for Traumatic Stress*), afete maruz kalmış olanlara psiko-sosyal destek sağlamayı ve travma sonrası stres alanında elde edilen uzmanlık deneyiminin Avrupa çapında paylaşımını hedefler. TENTS, ayrıca bu konuya özel yaklaşımlar geliştirerek ruh sağlığı alanında felaket sonrası verilen hizmetin etkinliği ve verimliliğini artırmayı amaçlar. Afetler sonrası psiko-sosyal yardım hizmetlerini kolaylaştırmaya yönelik olarak tüm Avrupa ülkelerinde kullanılmak üzere TENTS rehberi hazırlanmıştır.

Bu broşürde afete maruz kalanlara yönelik olarak, Avrupa Travmatik Stres Ağı'nın hazırlamış olduğu rehberde yer alan önerilerle uyumlu müdahale yöntemleri ve etkinliği kanıtlanmış diğer bazı yöntemler (ör; NCCMH, 2005) anlatılmaktadır. Broşürde yer alan müdahaleler şunlardır: topluma yönelik müdahaleler; travma odaklı psiko-sosyal müdahaleler ve TSSB görülen erişkinlerde farmakoterapi ile travmaya maruz kalmış çocuk ve ergenlere yönelik müdahaleler.

Bu broşür, Amsterdam-Hollanda'da Akademik Tıp Merkezi (AMC) Psikiyatri Bölümü'nden A.B. Witteveen (PhD) ve M.Olff (PhD) tarafından ve başta Dr. F. Orengo - Garcia, K. Bergh-Johannesson (MA), Dr. C. Freeman (PhD) ve J. Bisson (DM, FRCPsych) olmak üzere, Avrupa Travmatik Stres Ağı ortaklarının katkıları ile hazırlanmıştır.

Bağlı ortaklar:

Akademik Tıp Merkezi, Amsterdam, Hollanda - Dr. M. Olff / Dr. A. Witteveen
Cardiff Üniversitesi, Wales (UK) - Dr. J. Bisson / Dr. B. Tavakoly
Katolik Üniversitesi Uygulamalı Sosyal Bilimler, Berlin, Almanya - Prof. Dr. N. Gurriss
Haukeland Üniversitesi -RVTS West, Bergen, Norveç- Dr. D. Nordanger / Dr. V. Johansen
Uppsala Üniversitesi – NCDP, Uppsala, İsveç – Mrs. K. Bergh-Johannesson
Tampereen Üniversitesi, Helsinki, Finlandiya – Prof. Dr. R. Punamaki
SEPET + D, Madrid, İspanya– Dr. F. Orengo Garcia
Zagreb Üniversitesi, Zagreb – Prof. Dr. D. Ajdukovic
Türk Psikologlar Derneği i, İstanbul, Türkiye- Doç.Dr. U. Sezgin

İşbirliği yapılan ortaklar:

Warsaw Üniversitesi, Polonya - Prof. Dr. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Travmatik Stres Merkezi, İskoçya (UK) - Dr. C. Freeman
Zurich Üniversitesi, İsviçre, - Prof. Dr. U. Schnyder / Dr. L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, France - Dr. L. Jehel
Viyana Üniversitesi, Avusturya - Dr. B. Lueger-Schuster
Aarhus Üniversitesi, Danimarka - Prof. Dr. A. Elklit
WHO Avrupa, Danimarka - Dr. M. Muijen

Topluma Yönelik Psikososyal Müdahaleler

Topluma yönelik müdahaleler, afetlerden etkilenen bir toplumun sosyal, ailevi ve bireysel düzeyde psiko-sosyal işlevlerinin normalleştirilmesini kolaylaştırmaya yönelik tüm etkinlikleri kapsar. Bu müdahalelerle toplumda güven duygusunun yeniden tesisi, birey ve topluluğun güçlendirilmesi/olaylar üzerinde etkinlik hissini artırılması, toplumdaki bireyler arasındaki bağlılığın artırılması, aşırı kaygılı bireylerin sakinleştirilmesi, bireyler ve toplumda geleceğe yönelik umudun artırılması hedeflenir.

Afet sonrasında topluma yönelik girişimler arasında şunlar sayılabilir:

- Empatik bir tavırla pratik yardımda bulunmak, duygusal destek vermek ve aşırı kaygılı bireylerde güven duygusunu tesis etmek
- Bilgilendirmek (ör; aile üyelerinin bulunması, geçici barınma, gıda, sosyal yardım, sağlık hizmetleri, psikososyal hizmetler ve yasal konularla ilgili bilgiler)
- Materyal destek sağlamak (ör; barınma, yiyecek, para yardımı, altyapının yeniden inşasının sağlanması)
- İstihdama yardımcı olmak (yeniden iş hayatına dönmelerini ve kendi ayakları üzerinde durabilmelerini kolaylaştırmak)
- Afetten doğrudan etkilenenler ile birlikte anma töreni etkinlikleri ve anıtların inşaatının organizasyonu yapmak
- Destek grupları ve sosyal etkinlik grupları oluşturmak
- Afetten etkilenen topluluklara psikososyal hizmetler vermek.

Topluma yönelik girişimler için hedef gruplar, doğrudan travmaya maruz kalmış olanlar ve onların aileleri, afete tanık olanlar ile acil müdahalede görev almış olan kurumların personelleridir. Hedef grupların psikososyal hizmetlere erişimi sağlanmalıdır.

Erken dönemde verilen pratik yardım, sosyal destek ve psikososyal hizmetlerin koruyucu/önleyici etkileri sayesinde, uzun dönem psikolojik problemlerin gelişimi engellenebilir.

Psikososyal hizmet, duygusal destek ve pratik yardımı içerir. Kaygılı kişileri kısa süre içinde rahatlatmak ve pratik yardım sağlamak, travma mağdurlarına uzun süreli psikolojik destek vermek veya travma uzmanlarının verdikleri hizmetler de psikososyal hizmetler kapsamındadır. Bireyler bu durumlarda öncelikle ailelerinden, arkadaşlarından ve içinde buldukları topluluktan destek alırlar. Verilmesi düşünülen tüm hizmetlerin bu destek sistemini bütünlüğü olması gerekir. Bu nedenle, psikososyal hizmetler yürütülürken bireylerin, başta aileleri ve içinde buldukları topluluklar olmak üzere sosyal çevreleri dikkate alınmalıdır.

Psikososyal yardımların orta ve uzun vadeli olacağı baştan kabul edilmelidir. Afete maruz kalanların büyük bölümü genellikle kurtarma sırasında ve olaydan hemen sonraki erken dönemde yardıma ihtiyaç duyar. Bununla birlikte, olaydan sonraki ilk üç yıl, hatta daha uzun süreyle bölgede destek ekiplerinin bulunması veya ihtiyaç duyan kişileri gerekli yerlere yönlendirebilecek hizmetlerin sağlanması gerekebilir. Bu nedenle, olay sonrası erken dönemde planlamanın ve bütçelendirmenin bu durum göz önüne alınarak yapılması önem taşır.

Topluma yönelik psikososyal hizmet etkinliklerine örnekler:

- Halkın gazete, televizyon, radyo ve internet gibi iletişim kanalları aracılığıyla psikososyal yardımdan haberdar edilmesi
- Afet mağdurlarına duygusal destek sağlayan bir telefon yardım hattı ve psikososyal hizmetler içeren bir web sitesinin hazırlanması
- İnsanların afet hakkındaki düşüncelerini, yorumlarını dinlemek, parçaları bir araya getirerek bu deneyimi yeniden anlamlandırmaya çalışmak

- Travmaya verilen tepkiler ve bununla nasıl başa çıkılacağı konusunda, travmaya maruz kalmış kişilerin çoğunun yaşadığı ortak duyguları da içeren broşürler hazırlayarak travma mağdurlarını eğitmek, bu sayede kişilerin kendi yaralarını sarabilmelerini sağlamak ve yardıma gereksinimi olanlar için iletişim numaraları vermek.
- Olaydan kaynaklanan problemlerle nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi vermek (ör; yas, yoğun duygular, ailevi sıkıntılar, uyku bozukluğu ve işte yaşanan zorluklar).
- Bölgede sağlık, sosyal ve eğitim alanında çalışanları yaşanan travmanın uzun süreli psikopatolojik sonuçları ve toplumsal hizmet modeli konusunda bilgilendirmek.
- Psikososyal sorunlar yaşayanları saptamak ve daha ileri bir müdahaleye gereksinim duyup duymadıklarını değerlendirmek.
- Gerekliğinde, psikolojik ve farmakolojik değerlendirme ve tedavi için uzmanlardan destek almak.
- Özel bazı gereksinimleri olanların uzman kişiler tarafından ya da uzman kişiler tarafından süpervize edilen klinisyen/danışmanlar tarafından tedavisini sağlamak.
- Afetten doğrudan etkilenenler ve onların aileleriyle proaktif iletişim kurmak (ör; duygusal destek telefon yardım hattı veya travma danışmanı yoluyla)
- Sürekli ve uzun süreli psikososyal hizmet sağlayabilmek amacıyla bölgesel kaynakların geliştirilip güçlendirilmesi.

Risk altındaki gruplar

Bir afet sonrasında diğerlerine oranla daha fazla risk altındakiler, ailenin veya toplumun sürekli desteğine veya profesyonel desteğine muhtaçtırlar. Riskli gruplar şunlardır::

- Afet ve sonrasında diğerlerinden daha fazla ölçüde desteğe ve ilgiye ihtiyacı olan çocuklar ve ergenler
- Yaşlılar, hamile kadınlar ve tek ebeveynli aileler genellikle diğerlerine göre daha fazla desteğe ihtiyaç duyarlar ancak bu durum afet sırasında ve sonrasında gözden kaçabilir
- Kronik hastalığı olanlar ve özel diyet uygulamak zorunda olanlar, diğerlerine göre daha fazla tıbbi ilgi veya yardıma ihtiyaç duyabilirler
- Yerel dili konuşmayanlar, resmi işlemleri veya yasal prosedürleri takip etmekte güçlük çekenler (ör; göçmenler, azınlıklara mensup olanlar)

Afet çalışanları için psikososyal destek

Afet yerlerinde yürütülen çalışmalar, çalışanlar üzerinde yoğun baskıya yol açar; bu açıdan onların ihtiyaçlarının da dikkate alınması ve yapabileceklerinden fazlasının beklenmemesi gerekir. İş yükünün ağırlığı, çalışma koşullarının kötülüğü ve sıkıntıda olan çok sayıda hastayla uğraşma zorunluluğu nedeniyle, görevli kişilerin tükenmişlik sendromu yaşamalarını engellemeye ve onların da travmatize olmalarını önlemeye yönelik planlamaların yapılması gereklidir. Bunlar arasında, bireylerin aşırı uzun sürelerle çalışmaması için rotasyonlar uygulamak, teknik bilgi ve düzenli supervizyon almalarını sağlamak, grup üyeleri ve kurum dışı danışmanlar ile konsültasyon olanakları sağlamak, destekleyici takım ruhu ve bağı oluşturmak için teknikler geliştirmek gibi destekleyici sistemler oluşturmak sayılabilir.

Bkz. Referanslar.

TSSB'li yetişkinler için travma odaklı psikososyal müdahaller

Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT), Göz Hareketi Desensitizasyonu ve Yeniden İşlenmesi (EMDR) ve Kısa Eklektik Psikoterapi (KEP) gibi tedaviler, travmatik olay ve anlamına odaklanır. Bu ve benzeri müdahaleler, travma odaklı psikolojik tedaviler olarak adlandırılır (NCCMH, 2005). Travma odaklı psikolojik tedavi anlatılmadan önce, söz konusu yaklaşımların endikasyon ve kontrendikasyonları üzerinde durulacaktır. Çocuk ve ergenler için travma odaklı psikolojik tedaviler ve TSSB'nin farmakolojik tedavisinin endikasyonları ve kontrendikasyonları son iki bölümde anlatılmaktadır.

Travma odaklı psikososyal tedavi endikasyonları:

- Akut veya kronik TSSB hastaları
- Çoklu travma yaşanması durumunda veya komorbid bozuklukların ya da sosyal problemlerin varlığında travma odaklı psikolojik tedavi her zaman kontrendike değildir, bununla beraber bu durumlarda tedavi süresinin uzatılması düşünülmelidir.
- Görüşmeler düzenli ve sürekli biçimde gerçekleştirilmelidir (sıklıkla haftada bir).
- Tüm görüşmeler aynı terapist tarafından yapılmalıdır.
- Terapiler genellikle ve tercihan bireysel görüşmeler şeklinde yürütülmelidir, ancak BDT gruplarının da etkili olabildiğine dair kanıtlar mevcuttur.
- Psikolojik tedaviler için yapılandırılmış bir protokol kullanılmalıdır.
- Tedavi, uygun eğitim ve süpervizyon alan yetkin kişiler tarafından yapılmalıdır.

Erişkinlere yönelik travma odaklı psikososyal terapilerde dikkat edilesi gerekenler:

Aşağıda yer alan durumlarda erişkinler için travma odaklı psikososyal tedaviler genellikle kontrendikedir ya da kapsamlı bir tedavi planının parçası olarak çok dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır:

- Ağır depresif bozukluk
- Ağır madde kullanma alışkanlığı veya bağımlılığı
- TSSB yanında diğer ağır anksiyete bozukluğu çeşitleri (ör; agorafobi= açık alan korkusu, panik bozukluk)
- Ağır kişilik bozukluğu
- Psikotik bozukluk
- Ağır disosiyatif bozukluk
- İntihara eğilim

Erişkinlerde travma odaklı psikolojik tedavilerle birlikte ilaç tedavisi uygulaması:

- Genel olarak, komorbidite veya özel bazı semptomlar söz konusu olmadığı sürece travma odaklı psikolojik girişimlerle birlikte ilaç kullanımı gerekmez.
- Mümkünse benzodiazepin veya uyku ilaçları kullanımından kaçınılmalıdır.

TSSB için Bilişsel Davranışçı Tedavi

TSSB için Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT) travmaya maruz bırakmayı içerir ve TSSB'ye bağlı bilişsel ve davranışsal kaçınmayı hedefler. BDT, travma yaratan olaylara odaklanmanın yanı sıra kaygıyla başetme (ör. gevşeme), psiko-eğitim ve bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri gibi bileşenleri içeren yapılandırılmış bir tedavi yöntemidir. TSSB hastalarında uygulanan BDT yöntemlerinden biri, öncelikle kaygı yatışına kadar travma ile ilgili korkutucu uyarımlarla (görsel ve işsel) yüzleşmeye odaklı Uzun-Sürelili Maruz Bırakmadır (*Prolonged Exposure – PE*) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007) Bir diğer yöntem, travma ile ilgili olarak yerleşmiş olan problemlili bilişsel süreçlerin tespit edilip yerini daha adaptif bilişsel süreçlerin almasını sağlamayı hedefleyen Bilişsel Süreç Terapisidir (*Cognitive Processing Therapy –CPT*) (Resick & Schnicke, 1993)

Etkililik

Travma odaklı BDT'nin (TO-BDT), tedavi görmeyenlerle ve stresle baş etme, destekleyici/yönlendirici olmayan tedavilerle kıyaslandığında TSSB kriterlerinin tümü üzerinde klinik olarak etkili olduğu gösterilmiştir (NICE, 2005; Bisson ve ark., 2007). Akut veya kronik travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan afet mağdurlarında Travma Odaklı BDT, tedavide ilk seçenek olarak tavsiye edilmektedir.

Tedavi süresi:

- TSSB tek bir olaya bağlıysa 45-60 dakika uzunluğunda 8-12 görüşme yapılır
- Seanslarda travmatik olay tartışılıyorsa görüşme süreleri daha uzun olmalıdır (90 dakika)

Görüşmeler:

İlk görüşmelerde aşağıdaki bileşenler önemlidir:

- Danışanla terapötik işbirliği kurmak ve danışanı travma yaşayanlarda travma sonrası ortaya çıkabilecek tepkiler konusunda bilgilendirmek.
- Nefes eğitimi gibi gevşeme tekniklerini tanıtmak ve danışanı bunları uygulama konusunda eğitmek.
- Danışanı travmaya maruz bırakma tekniği ve gerekçeleri konusunda bilgilendirmek.

Maruz bırakma genellikle 2 şekilde uygulanır:

Kişinin travmayla ilgili anılarını gözünde yeniden canlandırarak anlatması veya bu anıları hikâye tarzında yazmasının sağlanması:

- Oluş sırasına göre travmatik olaylar hatırlanır
- Kişinin hayalinde olayları yeniden yaşayıp anlatması sırasında ya da yaşadıklarını yazıya dökerken yaşadığı duyguları sorgulanır, gerek olay gerekse duyguların ayrıntılı biçimde ifade edilmesine çalışılır
- Aşağıdaki koşullar sağlanana kadar kişiye travmatik olay anlatılmaya devam edilir:
 - Anlatmak, artık aşırı düzeyde gerginlik yaratmaz
 - Travma anılarını, artık zihinde her defasında yeniden yaşanan olaylar olarak değil de geçmişte kalan anılar olarak yaşar

In vivo maruz bırakma:

- Danışanın travmayla bağlantılandırması sonucunda kendisinde güçlü duygular uyandırdığı veya fiziksel bazı tepkilere yol açması nedeniyle kaçındığı durumlarla yüzleşmesini sağlamak (Ör. Bir trafik kazası yaşadktan sonra tekrar araba kullanmak). Genellikle kişi bu duruma tedrici biçimde maruz bırakılır.
- Bu tekniğin amacı, kişinin korkulan durumun kendisi için artık tehlike yaratmadığının ve bu konudaki kaygılarının sonsuza kadar sürmeyeceğinin farkına varmasını sağlamaktır (Foa & Kozak, 1986).

Bilişsel yeniden yapılanma aşağıdaki yöntemlerle sağlanır:

- Danışanda rahatsız edici duygulara ve işlevlerin bozulmasına neden olan aşırı olumsuz düşüncelerin saptanması ve değiştirilmesine yardımcı olmak

- Danışanın tehlikeyi gözünde aşırı ölçüde büyütmesine neden olan travma ve sonrasındaki olumsuz sonuçlarla ilgili yanlış yorumlara odaklanarak bunları değiştirmek.
- Danışanın yorumlarını destekleyen ve çürüten kanıtları birlikte gözden geçirmek.
- Danışanın kendi yorumlarından yola çıkarak oluşturduğu öngörülerini terapistin yardımıyla yeniden değerlendirmesini sağlayarak kişinin daha sağlıklı çıkarımlar yapabilmesini sağlamak.
- Danışanın olumsuz öngörülerini destekleyici davranış ve düşüncelerini azaltmaya teşvik etmek

Danışana şu tür ev-ödevleri verilir:

- Kas gevşetme ve nefes alma tekniklerini ve gözünde canlandırma ve in vivo maruz bırakma yöntemini kendi kendine uygulamak.

Son seanslarda danışandaki ilerlemenin değerlendirilmesi:

- Tedavide kullanılan teknikler gözden geçirilir
- Uygulanan yöntemlerin yararlı olup olmadığı değerlendirilir
- Terapinin bitişi konusu gündeme getirilir

Göz Hareketi Desensitizasyonu ve Yeniden İşlenmesi (EMDR)

EMDR, kişinin travmatik olay sonrasında günlük yaşamını etkileyecek düzeyde yaşadığı sıkıntıyı hafifletmek amacıyla uygulanan psikoterapötik bir yaklaşımdır. EMDR'nin asıl hedefi, işlevsel olmadığı halde korunan deneyimlerin çözülmesini sağlamaktır. EMDR, travmatik deneyimlerin yarattığı sıkıntılarla baş edebilme kapasitesini artırmayı, rahatsız edici düşünce ve duyguları azaltmayı hedefler. Bunun yanında, kişinin travmatik anılarla ilişkili olarak kendisiyle ilgili algılarını değiştirmesine de yardımcı olur.

Etkililik

EMDR, TSSB tedavisinin kanıta dayalı tedavi yöntemi olup, (Bisson ve ark., 2007) kronik TSSB'de ilk tercih edilecek psikolojik tedavi yöntemlerinden biri olarak önerilir (NICE, 2005) ve travma odaklı BDT kadar etkili olduğu gösterilmiştir (Spates ve ark., 2009).

Tedavi süresi:

Tek bir travmatik olaya bağlı TSSB için ortalama EMDR tedavisi süresi göreceli olarak kısadır. EMDR'nin belirli bir danışan için etkili olup olmayacağı, tedavinin bir veya iki seansında anlaşılır. Tek bir travma söz konusuysa, sınırlı sayıda seans (ortalama 6 seans) çoğunlukla yeterli olur. Bununla beraber, tedavinin süresi travma ve buna bağlı sorunun karmaşıklığına bağlıdır.

Seanslar:

EMDR süreci sekiz fazdan oluşur: Bu fazların büyük bölümü diğer terapi yöntemlerinde de geçerli olan özelliklere sahipken, duyarsızlaştırma, yerleştirme ve beden taraması adı verilen 3 faz ise EMDR'a özgüdür (Spates ve ark 2009).

- Faz 1: öykü alınır, tedavi planı hazırlanır ve spesifik EMDR yöntemi danışana anlatılır
- Faz 2: danışan TSSB belirtileriyle yaşamış olduğu travmatik deneyim arasındaki ilişkiyi anlar. Danışanın kontrol ve etkinlik duygusunu artırmak için farklı stabilizasyon teknikleri öğretilir.
- Faz 3'te hedef anı saptanır.

Danışandan sırayla şunları yapması istenir:

- Travmayla ilgili belirli bir anıya odaklanması
- Bu belirli anıyı temsil eden bir görüntü ve olumsuz düşünceyi tespit etmesi ve alternatif olumlu bir düşünce oluşturması
- Travmatik anıyla ilişkili duyguları tanımlaması
- Travmayla ilişkili fiziksel duyular ve bunların vücutta karşılık geldiği bölgeleri/organları belirlemesi
- Bu duyuların yoğunluğunu belirlemek amacıyla kişiye özel bir ölçüt geliştirmesi
- Faz 4: Aşamalı/tedrici maruz bırakma tekniğiyle birleştirilerek, travmatik anı üzerinde yapılandırılmış serbest çağrışım yöntemiyle çalışılır:
- Danışandan görme alanı içinde 20-40 saniyelik aralıklarla ritmik biçimde terapistin parmaklarının ileri geri hareketlerini izlemesi ve bu sırada, kaygı verici görüntüleri, olumsuz düşünceleri, duyguları ve bunlarla ilişkili duyuları düşünüp hissetmesi istenir. (göz hareketleri yerine çift yönlü dokunsal uyarı veya sesler de kullanılabilir.)
- Danışandan bir ara vermesi ve derin nefes alması istenir, gözünün önüne gelen görüntülerde, duygular, düşünceler ve duyularında herhangi bir değişim olup olmadığı konusunda terapistte geribildirimde bulunması istenir.
- Aynı işlemler, travmatik anılar artık kişide herhangi bir sıkıntı yaratmayana kadar tekrarlanır.
- Faz 5: Üzerinde çalışılan travmatik anı sürekli bilateral stimülasyon ile alternatif olumlu düşüncelere bağlanır. Burada amaç, orjinal anıyla olumlu sinirsel bağlantılar arasındaki ilişkiyi güçlendirmektir.

- Faz 6: Beden taraması. Danışandan, orjinal travmatik anıyla ilişkili olabilecek arta kalan bir gerilim olup olmadığını tespit edebilmek için vücudunu taraması istenir. Herhangi bir gerilim varsa, bilateral uyarı verilerek tamamen ortadan kalkana kadar vücudundaki gerilime odaklanması istenir.

Kısa Eklektik Psikoterapi (KEP)

TSSB'de kısa eklektik psikoterapi (KEP), psikoterapi, psikodinamik, bilişsel-davranış terapisi ve direktif psikoterapilerin bir birleşimine dayalı; kısa süreli ve problem odaklı terapidir. Bu tedavi, danışanlarda, TSSB belirtilerini azaltmak, travmatik olayı hayatlarına entegre etmeleri ve kontrol altında tutmaları amaçlamaktadır. KEP protokolü 1980 ve 1990 larda Gerson tarafından TSSB'li polisleri tedavi etmek için geliştirilmiştir (Gersons, 1989, 1992, Gersons & Carlier, 1994).

Etkililik

Randomize Klinik Çalışmalarda (RKÇ), çeşitli travmatik deneyimli polislerde ve TSSB'li danışanlarda tedavinin etkili olduğu gösterilmiştir (Gersons ve ark. 2000, Lindauer ve ark., 2005). Biyolojik parametreler açısından anlamlı iyileşmeler de görülmüştür (kalp atış hızı cevabı, kortizol düzeyi, beyin aktivitesi (Lindauer ve ark. 2003, Olf ve ark., 2007).

Tedavi süresi:

- 45-60 dakikalık 16 görüşme

Görüşmeler:

Her görüşme, beş adımlı tedavinin bir basamağını oluşturur:

- Psiko-eğitim (1.-2. görüşmeler):
Danışan ve danışanın partneri (kadın veya erkek) TSSB belirtilerini anlar ve travmatik olayla nasıl ilişkili olduğunu öğrenir.
- Hayali imgelere maruz kalma ve hatıraların kullanımı (2.-6. görüşmeler)
Hayali imgelere maruziyet, özellikle acı gibi baskılanan yoğun duygulara odaklanır. KEP de maruz kalma travma odaklı KBT deki maruz kalmadan farklıdır. KEP'de hayali maruz kalmanın bu tipinin birincil amacı, travma ile ilişkili yoğun duyguların salınmasıdır. Danışanlar, ayrı oturumlarda travmanın farklı parçalarına maruz kalır. Anılar, travmatik olayın anılarını uyarmak için kullanılır.
- Mektup yazmak, entegrasyon ve anlam sağlama (7.-12. görüşmeler)
Mektup, travmatik olay veya onun sonuçları için suçlanan birisine veya bir kuruma yazılır. Mektup, özellikle saldırgan duyguları ifade etmeye yardım etmek için kullanılır. Daha sonra danışan kendi açısından ve onların dünyası açısından travmanın etkisinin ne olduğuna odaklanabilir.
- Veda töreni (13.-16. görüşmeler):
Tedavi, travmatik olayı geride bırakmak için danışanın varsa partneriyle birlikte veda töreni gerçekleştirerek sonlandırılacaktır (ör; bunun için mektup ve/veya anı yakılır), travmatik olay geride bırakılarak yaşama ve geleceğe dönülür, ne olduğu asla unutulmayacaktır, ama günlük yaşama devam etme yeteneğini de engellemeyecektir.

TSSB'nun farmakolojik tedavisi

TSSB için ilaç tedavisi erişkinlerde travma odaklı psikolojik tedaviye tercih edilerek, rutin ilk basamak tedavisi olarak kullanılmamalıdır, (NCCHM, 2005). Eğer erişkinlerdeki TSSB'nin farmakolojik olarak tedavi edilmesi gerekirse, antidepresanların (paroksetin, miltazepin, fenelzin ve amitriptilin) kullanımı diğer ilaçlara nazaran tavsiye edilir (NCCHM, 2005). Hipnotik ilaçlar (benzodiazepinler ve benzodiazepin olmayan) bazen TSSB'de görülen uyku bozukluklarında kullanılır.

TSSB'nin farmakolojik tedavisi için endikasyonlar:

Erişkinlerde TSSB'nin farmakolojik tedavisi aşağıdaki durumlarda düşünülebilir:

- TSSB'li danışanlar, travma odaklı psikolojik tedaviyi tercih etmediklerinde
- TSSB'li danışanların, ciddi süregelen ek travma tehlikesi sebebiyle, psikolojik bir tedaviye başlayamama durumlarında
- Travma odaklı psikolojik tedavi az veya hiç fayda sağlamamış ise
- Danışanın psikolojik tedaviden yararlanabilmesini engelleyen komorbid ağır depresif özellikleri varsa ya da danışan aşırı uyarılma tepkileri gösteriyorsa, psikolojik tedaviye ek olarak kullanılabilir
- Tedavi uygun tıbbi eğitimi almış yetkin kişiler tarafından uygulanmalıdır

Etkililik:

Farmakolojik girişimlerde seçici serotonin geri alım inhibitörler grubundan (SSRIs) en fazla paroksetin ile ilgili yapılan çalışmalarda etkinliğine yönelik kanıta ulaşılmıştır (NCCHM, 2005). Plasebo ile kıyaslandığında hem erkekler hem de kadınlarda TSSB'nin üç sınıfındaki belirtilerin azaltılmasında hafif derecede etkili ve iyi tolere edilen bir ilaç olduğu gösterilmiştir (Marshall ve ark.,2001, 2007; Stein ve ark., 2003). Daha küçük çaplı birçok çalışmanın sonuçları mirtazapin, amitriptilin ve fenelzin'in de klinik olarak anlamlı bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir (NCCMH, 2005).

Tedavi süresi:

İlaçların olumlu etkileri genellikle birkaç haftada ortaya çıkar, fakat sıklıkla tedavinin 8-12. haftalarında artar. Genelde, SSRI ile tedavinin 6. ayına kadar belirtilerde daha fazla azalma beklenebilir (Marshall et al., 2007) ve iyileşme 52. haftaya kadar devam eder (Kim et al., 2008). Farmakolojik tedavinin en az 6 ay ya da olumlu bir etki elde edilmişse, genellikle 12 aya kadar devam etmesi tavsiye edilir. Hipnotik ilaçların (benzodiazepinler ve benzodiazepin-olmayanlar) sadece kısa dönem kullanımı önerilir.

Görüşmeler:

Öneriler (NCCMH, 2005)

- İntihar riski yüksek olan TSSB'li danışanlar daha sık görülmelidir
- TSSB'li danışanlar ilaçların olası yan etkilerinden, bırakıldığında oluşabilecek risklerden ve yoksunluk semptomlarından haberdar edilmelidir
- Antidepresanları tolere edebilme düzeyi düzenli olarak takip edilmelidir (ör: akatizi belirtileri, intihar düşüncesi)
- İlacı kesme süreci kademeli olarak doz düşürerek dört haftalık bir dönemde yapılmalıdır

Travmatize olmuş çocuk ve ergenlerde uygulanan girişimler

Travmatik olaylara ve afetlere maruz kalan çocuk ve ergenlere özellikle dikkat edilip destek sunulmalıdır. Bilgi, yardım ve tedavi, yaşa özgü gelişimsel özellikler açısından değerlendirilerek yapılandırılmalıdır. Travmadan veya afetten sonra aileler çocukların TSSB geliştirme olasılığı konusunda uyarılmalıdır. Çocuklarda görülen belirtiler 1 aydan uzun sürer ise doktorlarına danışmaları önerilir (NCCHM, 2005).

Çocuklarda görülen kronik TSSB belirtileri için önerilen tedaviler

- Ağır TSSB'li çocuklara travma odaklı BDT koşullarına ve gelişimlerine uygun olarak sunulmalıdır
- Travma sonrası belirtileri olan ya da ağır TSSB'li yaşça daha büyük çocuklara travmatik olaydan 1 ay sonra travma odaklı BDT sunulmalıdır
- EMDR, 7 yaşından büyük çocuklara sunulmalıdır

Etkililik

Çocuklarda TSSB'yi azaltmada, yapılandırılmış tedavi genel destekten daha etkilidir. Travma Odaklı Bilişsel Davranış Tedavisi (TO-BDT) ve EMDR nin yararlılığı üzerine kanıtlar mevcuttur (EMDR çocuk protokolünde öncelikle çocuklarda olumlu duygular uyandırabilecek güvenli bir yer oluşturmalarına büyük önem verilir.)

Tedavi süresi

- Aynı terapistle düzenli tedavi, 90 dakikalık 8-12 görüşme
- Tedavinin gelişimi hakkında hem ebeveyn hem de çocuklar bilgilendirilmelidir

Çocuklar için psikolojik yardım (travma odaklı) görüşmelerinde sağlananlar

- Çocuklara ve ailelere psiko-eğitim
- Belirti izleme (ör; tekrar eden anılara, kabuslara ve sıkıntılara yönelik günlük tutma)
- Rutinlerin yeniden oluşturulması
- Başa çıkma becerileri konusunda eğitim
- Aşamalı maruz bırakma – tepki oluşumu dinene kadar
- Güvende olma halinin oturtulması ve öz-denetim eğitimi

Çocuklarda travmayla ilişkili belirtilerin tipik gelişimi, iyileşmesi ve doğası

- Travmaya maruz kalan neredeyse tüm çocuklar yoğun korku, ebeveynlere aşırı bağımlılık ve kontrol edemediği, tekrarlanan imgeler gibi belirtiler gösterirler
- Belirtiler büyük çoğunluğunda (~%75) ilk aylarda azalma gösterir
- Eğer yardım almazlarsa, yaklaşık %13-25'i affetten sonraki 3-6 ay içerisinde TSSB geliştirir
- Depresif belirtiler sıklıkla daha sonra görülür; ör. 6-9 ay sonra
- Travma geniş kapsamlı psikososyal gelişimi etkiler, ör: patolojik keder, aşırı korku, fantazi, oyun ve hayal kurma gibi

TSSB ve diğer psikopatolojiler açısından risk faktorleri

- Travma onesi risk faktorleri: ailevi psikolojik problemler ve ilişkisel problemler
- Önceden şiddetli travmaya maruz kalmış olma
- Travma sırasındaki risk faktorleri: ciddi olumsuz affetmede bulunma, çaresizlik ve ailenin güvenliğine ilişkin aşırı kaygı hissetme
- Travma sonrası risk faktorleri: bozulan ebeveyn ilişkileri, yer değiştirme, yok sayma ve kaçınma odaklı başetme yöntemlerini kullanma

Gelişimsel bakış açısı

- Çocuklar, bütün yaşlarda, TSSB'ye ve psikososyal sorunlara karşı hassas olabilir.
- Travmaya atfedilen anlam, travmanın zihinsel olarak işlenebilmesi ve belirtilerin dışavurumu yaşa bağlı olarak değişir:
 - Bebeklik döneminde: yüksek uyarılmışlık ve uyarılmanın dinmesine yönelik zorluk
 - Erken ocukluk döneminde: duygu denetiminde sorunlar, yoğun korku, uyku sorunları
 - Okul ncesi dönemde: tekrarlanan oyunlar, saldırganlık dürtüsünü kontrol etmede zorlanma, gece korkuları.
 - Orta ocukluk döneminde: dikkatini toplamada sorunlar, somatik belirtiler, çeşitli korkular
 - Ergenlik döneminde: uzun bir geleceğe inancın azalması, tehlikeli durumlara ynelme, depresif belirtiler
- Bağlanma ve gvenlik arayışı davranışları tm yaşlarda grlr
- Ağır travmatize çocuklar gelişimsel kazanlarını kaybedebilirler, r; okulncesi yaşta kekeleme ve ergenlikte bağımlılık.

Kaynaklar:

- Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2000). Community based programme in meeting the psychosocial needs of children in resettlement process. In: L. van Willigen (Ed.) Health hazards of organized violence in children (II). Utrecht: Pharos, 169-177.
- Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R. Ormer and U. Schnyder (Eds.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Blanchard E.B., & Hickling E.J. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.
- Foa E.B. & Rothbaum B.O. (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guilford Press.
- Gersons B.P.R. (1989). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers following Shooting Incidents; the Two-Dimensional Model and Some Treatment Implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247-257.
- Gersons B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Van der Kolk, B.A. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
- [Kim Y](#), [Asukai N](#), [Konishi T](#), et al., (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, non-comparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(6):646-52
- Lindauer, R.J.L., Gersons, B.P.R., van Meijel E.P.M., Blom K., Carlier I.V.E., Vrijlandt I., & Olf M. (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Clients with Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.
- Lindauer R.J.L., Vlieger, E.J., Jalink, M., Olf, M., Carlier, I.V.E., Majoie, C.B.L.M., Heeten, den G.J., & Gersons, B.P.R. (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.
- [Marshall R.D.](#), [Beebe K.L.](#), [Oldham M.](#), [Zaninelli R.](#) (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(12): 1982-8.
- [Marshall RD](#), [Lewis-Fernandez R](#), [Blanco C](#), et al., (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety*, 2007;24(2):77-84.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). Post-traumatic Stress Disorder; the Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Gaskell and the British Psychological Society.
- Norris H. H., Stevens S.P. (2007) Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.
- [Olf M.](#), [de Vries G.J.](#), [Güzelcan Y.](#), [Assies J.](#), [Gersons B.P.](#) (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.
- Resick P.A., & Schnicke M.K. (1993). Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual. Newbury Park CA: Sage Publications.
- Rooze M., De Ruyter A., Ajdukovic D., Fundter N., Hövels J. (2006) The healing community: the importance of community-based interventions. In: J. Griffiths and T. Ingleton (Eds.) *Real risk*. Leicester: Tudor Rose, 103-106.
- Shapiro F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (3-36). New York: Wiley.
- Solomon R. M., & Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.
- Somasundaram D., Norris F.H., Asukai N., Murthy R.S. (2003). Natural and technological disasters. In: B. L. Green, M. J. Friedman, J. V. M. T. de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank, B. Donelan and E. Frey-Wouters (Eds.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.
- Spates C.R., Koch E., Cusack K., Pagoto S. & Waller S. (2009). In Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J., (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.

Stein D.J., Davidson J., Seedat S., Beebe K., (2003). Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother.* 4(10), 1829-38.

Stein D.J., Ipser J., Seedat S., (2006) Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* Issue 1.

Williams R., Mikus Kos A., Ajdukovic D., van der Veer G., Feldman M. (2008) Recommendations on evaluating community based psychosocial programmes. *Intervention*, 6 (1), 12-21.

© Copyright Academic Medical Center University of Amsterdam February 2009