

ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMA SONU STRES BOZUKLUĞU

Dr.Yarkin ÖZCAN *
Dr.Tayfun TURAN **
Dr.Şahnur ŞENER ***

Çocuklarda ve ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğuyla (TSSB) ilgili araştırmalara savaş-terör olayları ve büyük felaketlerle ilgili yayınlar dışında oldukça az rastlanmaktadır. Bilgilerin çoğu erişkinlerde yapılmış olan çalışmalara dayanmaktadır. Bu yazıda travma sonrası stres bozukluğuyla ilgili çocuklarda ve ergenlerde yapılmış araştırmalar incelenmiş olup bozukluğun belirtileri, ayırıcı tanısı, tedavisi gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, ergen, travma sonrası stres bozukluğu

Post traumatic stress disorder in children and adolescents

There are a few reports about post traumatic stress disorder (PTSD) in children and adolescents except for war-terror and big disasters. In this matter what we know comes from report on adults.

In this review the reports are collected and reviewed about PTSD in children and adolescents and examined for symptomatology, differential diagnosis, comorbidity and treatment methods.

Key words: Child, adolescent, posttraumatic stress disorder

* İnönü Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
MALATYA
** Erciyes Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
KAYSERİ
*** Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi
Bilim Dalı
ANKARA

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), olağan dışı bir stres olayını takip eden, olaydan sonra sürekli bir gerilim yaratan, kişide gerek rüyalarda, gerek günlük yaşamı içerisinde sürekli olarak bu stres olayını tekrar tekrar yaşamasına, çocuklarda ise oyunlarında, resimlerinde yansıtmasına neden olan, bununla birlikte kişiyi bu olayı anımsatan her durumdan kaçma davranışı içine sokan bir anksiyete bozukluğudur¹. Bir olayın stresör olabilmesi için Garmezy² 4 faktör tanımlamıştır;

- Olay görünür bir uyaran oluşturmali
- Olay organizmanın psikolojik dengesinde değişiklik yapmalı
- Bu dengesizlik biliş ve davranışa yansımali
- Bu değişiklikler kişisel uyumu değiştirmeli veya bozmalıdır.

Yazışma Adresi:
İnönü Üniversitesi Tıp
Fakültesi Psikiyatri
Anabilim Dalı
44000 MALATYA

Genel olarak bu konuda rol oynayan etkenler hastalık, ameliyat, tecavüze uğrama, ensest ilişkiler, kazaya uğrama gibi kişisel yaşantılar ya da deprem gibi doğal afetler; savaş, ekonomik bunalım, göçler gibi bir topluluğu ilgilendiren olaylar olabilir.

Hastalık, TSSB adı altında ilk kez DSM III' de tanımlanmıştır³. Ancak bu tanımın DSM gibi tanımlayıcı sistemlerde ele alınıp alınmayacağı konusunda tartışmalar sürmektedir. ICD 10 ve DSM IV'de yer alan tanımlamalarda her iki sistem tarafından da çocuklarda gözükebileceği üzerinde durulmasına karşılık, farklı yaş gruplarında olan çocuklarda hangi durumların stressör olabileceği konusunda oldukça az bilgi ve metodolojik çalışma vardır. Ayrıca TSSB anksiyete bozuklukları kapsamında ele alınan bir bozukluk olmasına karşın, çocuk ve ergenlerde depresif ve disosiyatif belirtilerin sık görülmesi bir karışıklık yaratmaktadır. Etiyolojide stres etkeninin vurgulanması TSSB'nu diğer anksiyete bozukluklarından farklı kılmakta ve bozukluğu kısa reaktif psikoz ya da uyum bozukluğu gibi stres etkeninin etyolojik önem taşıdığı hastalıklara yaklaştırmaktadır⁴. Çocuklar ve ergenler sık olarak süregelen streslere maruz kalmaktadır. Bu nedenle ICD-10'da katastrofik yaşantılara bağlı kişilik değişiklikleri adı altında sınıflandırma bulunmaktadır⁵.

YAYGINLIK

TSSB'nda travmanın türüne ve niteliğine bağlı olarak büyük farklılıklar olması ve ağır travmaya uğrayan bireylerin toplum içerisinde tam olarak saptanamaması yaygınlığın belirtilmesinde zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığın %1-14 oranında olduğu belirtilmiştir^{6,7}. Ergenlerde TSSB'nun yaygınlığını inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ergenlerde yapılan ve yaygınlığını ele alan bir araştırmada, örneklem grubunda % 6.3, travmadan etkilenen tüm gençlerde ise % 14.5 oranında bulunmuştur⁸. Ergenlerde yatarak sağaltım gören hastaların %2.2'sinin travma sonu stres bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır⁹. Travmatik olaylar sonucunda çocuk yaş grubunda diğer yaş gruplarından daha yüksek oranda TSSB'na rastlanacağı belirtilmektedir¹⁰.

Travmanın türü erişkinlerde cinsiyetlere göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde en sık savaş ortamı, terör olayları, birinin yaralanması ya da ölümüne şahit olma iken, kadınlarda fiziksel saldırı ve tecavüzdür. Ergenlerde erişkinlere benzer travmalar daha küçük yaş grubundaki çocuklarda ise toplumsal kaynaklı stresler ile ilgili travmatik yaşantılara ilişkin araştırmalar daha

fazladır¹¹.

ETYOLOJİ

Biyolojik Yaklaşımlar: Travma sonrası stres bozukluğuna ait ilk biyoloji açıklamalar hayvan modellerine dayanılarak yapılmıştır. Travma sonunda ortaya çıkan davranışsal ve biyokimyasal değişiklikler kaçılmaz ve/veya kaçınılamaz şok koşullarında meydana gelir. Kaçılmaz nitelikteki şokla yüzleşmede norepinefrin dönüşümü ve plazma katekolamin düzeyi artmaktadır. Beyin norepinefrin düzeyi düşmekte, 3 metoksi 4 hidroksi fenil glikol miktarı artmaktadır. Bütün bu olayların beyinde yarattığı etkiler sonucunda dopamin ve serotonin düzeyi azalır, asetil kolin düzeyi yükselmektedir. Stresle karşılaşmanın ardından çıkan analjezi kaçılmaz nitelikteki şokla yüz yüze kaldıktan sonra oluşmaktadır. Bu analjezi kişiye kontrol sağladığı yanılsamasını yaşatır. Bu analjezik yanıt endojen opioidler tarafından ortaya çıkarılır. Ayrıca bazı araştırmacılar kontrol duygusu olarak tanımlanan bu niteliğin kurbandaki bireysel yakınlıktan çok travmanın kontrol edilemez veya kestirilemez özelliğini yansıttığını ileri sürmektedirler¹². Bunun dışındaki nörobiyolojik kanıtlara gelince norepinefrin/kortizol oranındaki artış travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerin diğer hasta gruplarından daha özgül olarak ayırt ettiği gösterilmiştir^{3,12,13}. Hipotalamus, hipofiz, adrenal korteks sistemi stres yanıtında önemli bir rol oynar. TSSB'nda CRF verilen ACTH yanıtının anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Lenfositlerde azalmış glikokortikoid reseptörleri CRF'e kör ACTH yanıtını görüşünü destekler niteliktedir¹⁴. Travmatik olayın şiddeti ile TSSB oluşma riski arasında önemli bir ilişki vardır³.

Öğrenme Kuramları

Çocuğun yaşadığı travmanın kendisi koşulsuz uyarandır ve erken dönemdeki travmayı anımsatan her koşullu uyarın çocukta anksiyete duygusu yaratabilir⁴. Davranışçı kuram TSSB'da iki fazlı bir öğrenme sürecinin üzerinde durulur. Birinci fazda, travma ile karşılaşan kişi olayın hemen öncesi durumlarla bağlantı kurmayı öğrenir. İkinci faz deneysel öğrenmedir. Tüm uyarılardan kaçınma vardır. Çünkü bu durum anksiyetenin azalmasını sağlar.

Çocuk ve ergenlerde travma sonu stres bozukluğu

Bilgi işleme modeli: Korku ve tehlikeye ilişkin uyarın bellekte depolanır. Bazı uyarılarla kolaylıkla aktive olur³.

BELİRTİ VE BULGULAR

Tüm travmatik yaşantılar sonucunda duygusal ve davranışsal değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler genelde stresin azaltılması ve dengenin yeniden sağlanmasında rol oynar. Travmaya normal tepkiler olarak kabul edilen sıkıntı, üzüntü ve keder gibi duygular ortaya çıkabilir. Ayrıca çocuklarda daha sık olmak üzere psikomotor belirtiler hastalığa eşlik edebilir. Ergenlerde ve çocuklarda duygusal labilite bulunabilir. Bu belirtiler genellikle 1-2 hafta içerisinde kaybolur^{1,3,11}. Bununla birlikte travmatik olayın niteliğine bağlı olarak değişik derecelerde yas yaşanabilir. Ardından olayı yadsıma davranışı olur. Bu dönemde amnezi, uyku bozukluğu, bedensel belirtiler, çocuklarda aşırı hareketlilik, huzursuzluk veya suskunluk görülebilir. Ardından irkilme yanıtında artma, yoğun anksiyete ve daha çok erişkinlerde oluşan delirme korkusu oluşur. Daha sonraki dönemde kişi travma ile ilgili anılarını düşünür. Çocuklar ise oyunlarında, resimlerinde olaya yer verir, böylece olayla ilgili anılar işlenir^{1,3,4}.

Çoğu çocuk ve ergende travma ile karşılaştıktan saatler yada günler sonra bozukluk başlayabilir. Çocuk ve ergenlerde hastalığın tanımlanması da oldukça güçtür. Çoğu zaman ilk günlerde anababa ya da öğretmen çocuktaki değişikliklerin farkına varmayabilir. Özellikle küçük yaşta çocuklar olay hakkında hiç konuşmaz veya sorulduğunda yanıtız kalabilirler. Bu bozuklukta travmatik olayın yineleyici biçimde rüyalarda yaşanması olağandır. Ancak çocuklar genelde rüyalarını anlatamamakta ya da dile getirememekte, yaşantılarını yineleyici biçimde oyunlarıyla gösterebilmektedirler⁴. Örneğin 1966'da yaşanan Aberfan felaketine (Aberfan Felaketi: Aberfanda 116 çocuk, 28 erişkinin ölümüne neden olan toprak kayması)¹⁵ maruz kalan 56 çocukta yapılan çalışmada uyku bozukluğu, sinirlilik, okula gitmek istememe, dışarıda oynamak istememe gibi semptomların yanında, bu felaketten kurtulan çocukların bir kısmında oyuncaklarını kuma gömerek oynama gözlenmiştir. California'da bir okula yapılan silahlı saldırıya maruz kalan 159 çocukta yapılan

bir dizi çalışmada; çocukların % 40'ında orta dereceden ağır dereceye dek uzanan travma sonrası stres bozukluğu saptanması önemli bir bulgudur¹⁶. Yule ve ark. 1990'da Jupiter adlı geminin batmasıyla sonuçlanan olayda 400 çocuk ve ergen üzerinde araştırma yapmıştır. Bu olayda ergenler ile küçük çocukların belirtilerinde farklılıklar göze çarpmıştır. Yaşları 13-18 arasında değişen grupta ilk beş günde anne-baba ile yatma isteği oluşmuştur. Bu yaş grubunda travma sonrası stres bozukluğu olgularının yaşam kalitesi bozulmuş bu da güven kaybına yol açmıştır. Bu yaş grubu temel alındığında felaketle ilgili uyarılardan kaçınma davranışı gözlenmiştir. Bunun dışında diğerleri ölüp kendisi yaşadığı için suçluluk hissi, yardım edememiş olma düşüncesi daha yoğun olarak ortaya çıkmıştır^{4,17}. Ergenlerde yapılan tüm çalışmalarda istatistiksel olarak yüksek oranda depresyon ve özkıyım düşüncelerine rastlanmıştır^{3,4,7,17-19}.

Aynı felakete maruz kalmış 4-6 yaş grubu çocuklarda ise regresif davranışlar, davranım bozukluğu ve aşırı hareketlilik görülmüştür¹⁷. Yapılan tüm çalışmalarda gece işemelerinde artış olduğu gözlenmiştir. Bu yaş grubunda daha önce de belirtildiği gibi gemi batırma ve gemilerle ilgili diğer oyunlar aileler tarafından gözlenmiş olan bulgulardır^{17,20}. Bir diğer bulgu ise emosyonel durgunluktur. Bu belirti çoğu kez ailenin ve öğretmenin gözünden kaçmaktadır. Duygusal oynaklık da oldukça sık rastlanmaktadır⁴. Özellikle küçük çocuklarda sosyal çekilme, güvensizlik duygusu bulunur. Okul öncesi yaşta çocuklar yaşamı tehdit eden felaketin ancak bir kısmını algılayabilmektedirler. Çok küçük yaşta çocukların da travmatik olaylardan etkilendiği az sayıda çalışmalarda gösterilmiştir. 28 aylıktan büyük çocukların ne olduğunu sorgulayabildikleri, görsel belleğin kaybolduğu fakat yaptıkları resimlerde ve oynadıkları oyunlarda travmanın izlerine rastlandığı bildirilmiştir^{4,20,21}. Küçük ve konuşmayan çocukların olayı belleklerinde sakladığı ancak anlatamadığı ya da tepki gösteremediği ileri sürülmüştür²¹.

Günümüzün en önemli felaketlerinden olan savaflara gelince; gerek Arap- İsrail savaşı, gerekse Bosna-Hersek savaşına ilişkin yapılan çalışmalarda uzun yıllar savaş travmasına maruz kalmalarına rağmen çocuklarda TSSB'na daha az

Özcan ve ark

Tablo 1.

	Araştırmacı	Yıl	Vaka Sayısı	Belirtiler
Aberfan felaketi	Lasey ve ark	1972	56	Uyku zorluğu, sinirlilik, dışarıda oynamama, okula gitmeme, enürezis noktürna, kabuslar görme, oyuncaklarını kuma gömerek oynama
Kaliforniya kasırgası	Pynoos ve ark	1986 1987 1988	159	Olaydan bir ay sonra % 40'ında ortadan ağıra uzanan PTSSB
Jupiter adlı geminin batması	Yule ve ark	1990	400	Bütün vakalarda PTSSB. Gemi batırma bulguları, adölesanlarda anksiyete ve depresyon skorlarında belirgin yükselme Total stres skoru % 29
Güney Karoline Hugo kasırgası	Linigan ve ark	1991	5687	
PANAM felaketi	Jones ve ark	1991	54	Horowitz olay etkisi skoru % 24.8
Londra'nın bombalanması	Pynoos	1990	---	Kentten boşaltılanlarda % 50 ruhsal bozukluk, anneleriyle kentte kalanlarda daha az bulgu
Arap-İsrail savaşı	Pynoos Garmezzy-Rutter	1990 1985	557 340	PTSSB bulgusu yok Yoğun anksiyete bulguları
Bosna-Hersek savaşı	Zivic ve ark	1993	481	Depresif bulgular, heyecan skalasında belirtiler mevcut ancak PTSSB skalası skorlarını doldurmuyor
Lübnan'da yaşanan terör	Garmezzy ve ark	1985	217	% 60 korku, % 30 depresif semptomlar, PTSSB skalası skorlarını doldurmuyor

rastlandığı bildirilmiştir²². Bu çocuklarda vatanseverlik duygularının yoğun olması ve arkadaş seçiminde cesarete önem verme konusu ön plandadır. Gerçekte de cesaretin önemli olduğu ve gereksinim duyulduğu bu bölgelerde yaşayan çocuklar kendi korku ve endişelerini sınırlamaktadırlar. Yeterince gösteremedikleri korku ve endişelerini bitip tükenmek bilmez soru sormaya ve meraka çevirmektedirler²²⁻²⁴. Fakat beklenmedik biçimde terörist saldırısına uğrayan bir okulda yapılan bir çalışmada sağ kalan çocukların %60'ında aynı olayın tekrarlanmasına yönelik aşırı korku %75 'inde uykusuzluk, gece kabusları, %20'sinde ise gece işemeleri görülmüştür. Daha düşük oranlarda ise korku ve regresif davranışlar bildirilmiştir^{4,22} (Tablo 1).

Cinsel şiddet, duygusal-cinsel istismar ve ensest çocuk ve ergenlerde TSSB oluşturan durumlardan bazılarıdır. Ancak bunların daha çok bireysel travmalar olması, kliniğe başvurularının geç olması ya da hiç olmaması nedeniyle kısıtlı sayıda araştırma yapılabilmektedir. Ancak özellikle cinsel saldırı sırasında güç kullanılmışsa, silahlı saldırı ise, yaralanma varsa ve bu bir yabancı tarafından yapılmışsa TSSB gelişme riski daha da artmaktadır^{23,25-27}. Bu gibi travmaların akut etkisinden çok uzun vadeli etkileri önemlidir ve birçok kalıcı psikiyatrik bozukluğa yol açabilmektedir^{11,27}.

Çoğu çalışmada, travma karşısında çocukların gösterdiği tepkilerin yetişkinlerden farklı olduğu görülmektedir. Çocuklarda olay sonrası amneziye seyrek olarak rastlanır. Ayrıca psikojenik donakalmanın görülmediği belirtilmekteyse de son yıllarda duygusal donakalmanın ya da hiç bir şey hissetmeme durumunun çocuklar için de söz konusu olabileceği üzerinde durulmaktadır⁴. Ancak okul öncesi ve okul çağı çocukların travmatik olayı anlatamaması önemli bir sorundur^{20,21}. Çocuk ve ergenlerdeki TSSB'nda çok farklı belirtilere rastlanması bir çok araştırmacı tarafından genellikle şu biçimde açıklanmaktadır:

- Çocukların bilişsel ve entelektüel açıdan gelişimlerini tamamlamamış olması
- Özellikle daha küçük yaş grubundaki çocukların duygusal değişikliklerini ve düşünce içeriklerini tam olarak yansıtamamaları^{4,16,17,21}.

Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu ölçümlerinde "Yaşam Olay Skoru" kullanılabilecek yararlı bir psikometrik araçtır⁴.

AYIRICI TANI VE EŞANILIK

Bu güne dek yapılan klinik çalışmalarda çocuk ve ergenlerde travma sonrasında anksiyete ve depresyon puanlarında istatistiksel yönden

Çocuk ve ergenlerde travma sonu stres bozukluğu

anlamli düzeyde yükselme gösterilmiştir. TSSB'nun hastalık gruplarından ayırd edilmesi özellikle bu yaş grubunda oldukça zordur. Özellikle emosyonel durgunluğu olan çocuklarda etiyojijiyi belirlemek güçtür^{4,20}. Carol ve ark.²⁸ yaptıkları araştırmada fiziksel ve ruhsal travmaya uğramış çocukların erken dönemde normal bireylere göre günlük aktivite oranında % 10 artış saptanmışlar, bu artışın dikkat eksikliği-hiper aktivite bozukluklu çocuklara çok benzediğini ileri sürmüşlerdir. Bu nedenle akut dönemde TSSB'nun bu bozukluktan ayırd edilmesi önemlidir. Çocuk ve ergenlerde komorbidite araştırmaları ayrıntılı şekilde yapılmamış olmakla birlikte bu yönde araştırmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

TSSB birlikte görülen psikiyatrik bozukluklara gelince, eş zamanlı ya da yaşam boyu diğer psikiyatrik bozuklukların yüksek oranlarda eşlik ettiği gösterilmiştir^{3,11,29,30}.

SAĞALTIM

Çocuk ve ergenlerde TSSB tedavisi ile ilgili az sayıda bilgi bulunması tedavide izlenecek yolun belirlenmesinde güçlük doğurmaktadır. Çocuk ve ergenlerde görülen tüm anksiyete bozukluklarında bilişsel ve davranışçı terapiler uzun süredir kullanılmaktadır^{4,31-33}. Son yıllarda çocuk psikofarmakolojisine ilginin artışı ilaç kullanımında belirgin bir artışa neden olmuştur³³. Ülkemizde yapılmış olan bir epidemiyolojik derlemeye göre TSSB maruz kalan çocukların % 36.2'sinde ilaç tedavisi uygulanmaktadır³¹. Çocuk ve ergenlerde görülen TSSB'nda en sık kullanılan ilaçlar antihistaminikler, benzodiazepinler ve antidepresanlardır³³. Özellikle TSSB'nun akut döneminde difenhidramin, hidroksizin en sık kullanılan antihistaminiklerdir^{4,33}. Bunlar en eski ve en güvenilir ilaçlardır. Benzodiazepinlerin ise daha çok akut dönemde ve kısa süreli kullanılması önerilmektedir⁴. Bu gruptan diazepam ve oksazepam çocuklarda daha güvenle kullanılmaktadır. Fakat çocuklarda doz ayarlamasında belirsizlik mevcuttur. Antidepresanlardan imipramin ile ilgili çalışmalar vardır ve 5 mg/kg'ın altındaki dozlarda optimal yanıtın 6-8 haftada alınabildiği belirtilmiştir. 3-4 aylık tedavi sürecinde çocuktaki belirtiler tamamıyla düzelme göstermektedir³³.

Psikoterapötik yaklaşımlarda ise en önemli destek, terapistin güven verici tutumudur. İyi bir başlangıç ancak hastanın yaşadığı olayla ilgili korkularının ve endişelerinin ortaya konulmasıyla yapılabilir^{4,34,35}. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada TSSB'da %53.2 oranında bireysel psikoterapi uygulandığı belirtilmiştir. Küçük yaş grubunda ise oyun tedavisi en uygun seçenek gibi görünmektedir³¹.

KLİNİK GİDİŞ VE SONLANIM

Çocuk ve ergenlerde görülen TSSB'nda ilk 8 ay oldukça önemlidir. Ancak olayın etkilerinin 26 aya dek sürebildiği gösterilmiştir⁴. Bu karmaşık problemlerin kendiliğinden çözülemeyeceği bildirilmiştir^{4, 33}. Hastalığın kronolojisi çocuklarda büyüklere göre farklılık göstermektedir. Çocuklarda da erişkinlerde olduğu gibi ilk 10 günde psikolojik testlerde belirgin değişimler mevcuttur. Puanlarda görülen yükselmeden sonra kısa zamanda bir düşme olmaktadır. Ancak çocuk ve ergenlerde yapılan araştırmalarda olaydan sonraki beşinci ayda bile puanlardaki yüksekliğin sürdüğü gösterilmiştir^{4,36}.

Burada öncelikle üzerinde durulması gereken konu tüm travmatik yaşantılara yönelik toplumsal duyarlılığın artması, yeterli fizik ve toplumsal desteğin geliştirilmesi, varolan acil ve temel gereksinimlerin karşılanmasıdır. Bunun travmanın uzun dönemdeki olumsuz sonuçlarını azalttığı bildirilmektedir³⁷.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Travma sonu stres bozukluğu erişkin yaşamda önemli olduğu kadar çocuk ve ergenlerde de araştırılması ve incelenmesi gereken bir konudur. Ancak çocuklarda ve ergenlerde tanının konması büyük güçlükler içermektedir. Özellikle daha küçük yaş grubundan olan çocuklarda bilişsel gelişimin tamamlanmamış olması hastalık belirtilerinin açığa çıkarılmasında zorluklar doğurabilir. Bu yaş grubunda duyguların dışı vurulması seyrek ve tanı bütün bu nedenlerden dolayı atlanabilir. Sınıflama sistemlerindeki ölçütlerden çoğu çocuklar için uygun olmayabilir. Daha önce tartışıldığı gibi çocuklarda önde gelen bulgu davranış bozukluğu, ders başarısızlığı ya da sosyal çekilme olabilir. Bu nedenle DSM-IV çocuk ve

Özcan ve ark

ergenlerdeki TSSB tanısı konması için oldukça sınırlı görünmektedir.

Diğer bir zorluk ise çocuk ve ergenlerde TSSB'na ait çalışmaların azlığıdır. Yapılmış olan sınırlı sayıdaki çalışmalarda farklı yöntemler kullanılması konu üzerinde fikir birliği oluşmasını zorlaştırmaktadır. Benzer yöntemlerle ve geniş hasta grupları üzerinde yapılacak çalışmalara gereksinim vardır. Çocuklarda en az travmanın şiddeti kadar önemli bir diğer olgu ise aile desteğinin kaybıdır. Özellikle doğal afetler ve savaşlarda çocuğun aileden çeşitli nedenlerle ayrı tutulması bozukluğun artmasında önemli bir etkidir. Ailenin yakın desteği hem hastalık riskini azaltmakta, hem de oluşabilecek bozukluğu erken dönemde tanıyarak yararlı olabilmektedir.

Özellikle çocuk ve ergenlerde TSSB'nun en aza indirilmesi için, tüm travmatik olaylara yönelik toplumsal duyarlılığın artması ve yeterli sosyal desteğin sağlanması bozukluğun oluşması ve uzun dönemdeki etkilerinin en aza indirilmesinde önemli görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder; 4th rev ed. Draft APA Press. Washington DC:1994.
2. Garmez N.Children under severe stress:critique and comment. J Am Child Acad Adolesc Psychiatry 1986;25: 384-39.
3. Battal S,Özmenler N. Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. In: Güleş C, Koroğlu E eds. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1997:505-516.
4. Yule W. Posttraumatic stress disorder. In: Rutter M,Taylor E, Hersov L ed(s).Child and Adolescent Psychiatry.3th ed. Hong Kong: Blackwell Science 1994: 392-406.
5. WHO.International Classification of Mental and Behavioural Disorders-10 (ICD-10). Cenevre : 1992.
6. Battal S,Ak İ.Posttravmatik stres bozukluğu. In: Anksiyete Monografileri Serisi 1995:273-285
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 1048-1060
8. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB. Traumas and posttraumatic stress disorder in adolescents after hurricane Andrew. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1369-1380
9. Özden A, Canat S.Yatırımla tedavi edilen ergenler: iki ülkeden birer hastane arası karşılaştırmalı bir çalışma. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1994; 2:24-32.
10. Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ. Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorders in infancy and early childhood. J Am Child Acad Adolesc Psychiatry 1995; 34:191-200.
11. Öztürk MO. Nevrotik, strese ilgili ve somatoform bozuklukları. I.In:Öztürk MO ed.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.5th ed.Ankara:Hekimler Yayın Birliği 1994:261-91.
12. Geyran PÇ. Travma sonu stres bozukluğuyla ilişkili nörobiyolojik kanıtlar. Düşünen Adam 1995;8(1): 9-18.
13. Mason JW, Giller EL, Kosten TR.Elevation of urinary norepineprine/cortisol ratio in posttraumatic stress disorder. J Nerv Ment Dis 1986;174:145-149.
14. Yehuda R, Lowry MT, Southwick SM. Increased number of glucocorticoid receptors in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1991;148:499-504.
15. Lacey GN. Observation on aberfan.J Psychosoma Research 1972;16: 257-60.
16. Pynoos RS, Frederick C, Nader K et al. Life threat and posttraumatic stress in school age children. Arch Gen Psychiatry 1987; 44:1057-63.
17. Yule W. Posttraumatic stress disorder in child survivors of shipping disaster: the sinking of the Jupiter. Psychother Psychosom 1992;57:200-5.
18. Saigh PA. The development of posttrumatic stress disorder following four different types of traumatization. Behavi Res and Therapy 1991;29:213-6.
19. Yule W, Udwin O Murdoch K. The Jupiter sinking effects on children's fears, depression and anxiety. J Child Psychol Psychiatry 1990;31:1051-61.
20. Terr LC. Childhood traumas-an outline and overview. Am J Psychiatry 1991;148: 10-20.
21. Terr LC. What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. J Am Child Acad Adolesc Psychiatry 1988; 27:96-104.
22. Ekşi A. Terör eylemi ve savaşın çocuklarda ve gençlerde etkisi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi.1994; 1: 23-7.
23. Bownes I.T, Gorman EC, Sayer A. Assault characteristic and PTSD in rape victim. Acta Psychiatr Scand 1990;83:27-30.
24. Zivcic I. Emotional reaction of children to war stress in coretia. J Am Child Adolesc Psychiatry 1993;32:4: 709-13.
25. Bremner JD, Southwicch SM, Jhonson DR. Childhood physical and sexual abuse in combat-related PTSD. Am J Psychiatry 1993; 150: 235-9.
26. Madonna PG, Van Scoyk S, Jones D. Family intraction with incest and nonincest families. Am J Psychiatry 1991; 1: 46-55.
27. Mennen F.E. Evaluation of risk factors in childhood sexual abuse J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:5: 934-9.
28. Carol A, Glood PH, Martin H. Relationship between early abuse PTSD and activity levels in prepubertal children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:10: 1384-93.
29. Geyran PÇ. Travma sonrası stres bozukluğuyla ilgili birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar.Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7(1): 58-62.
30. Bremner JD, Southwick SM, Darnell A. Chronic PTSD in Vietnam Combat Veterans: Course of Illness and Substance Abuse. Am J Psychiatry 1996; 153:369-75.
31. Baysal Z, Gökler B. Türkiye'deki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerinin kuramsal özelliklerinin ve tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1996;3:1: 3-8.
32. Arslan SH, Evlice Y, Alparslan Z. Yatarak sağaltım gören ergenlerin sosyodemografik özellikleri. Düşünen Adam 1996; 9:2: 44-9.
33. Turgay A. Çocuk ve gençlerde anksiyete bozukluklarında ilaç tedavisindeki son gelişmeler. In: Birsöz S, Turgay A (Ed). Psikiyatride İlaç Tedavisi.Ankara: Medikomat Basın Yayın 1994: 253-266.
34. Rachman S. Emotional Processing. Beha Res Therapy 1980; 18: 51-60.
35. Raphael B, Lundin T, Weisaeth L. A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. Acta Psychiatr Scandi 1989; 80: Suppl. 353.
36. Yule W, Udwin O. Screening child survivors for posttraumatic stress disorders: experiences from the Jupiter sinking. Br J Clin Psychology. 1991; 30: 131-8.
37. Kaya B, Sungur MZ. Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9(2): 118-127