



# Kesit Akademi Dergisi

The Journal of Kesit Academy

ISSN: 2149 - 9225

Yıl: 4, Sayı:14, Haziran 2018, s. 216-230

**Doç. Dr. Yener ÖZEN**

Erzincan Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, yenerozen@erzincan.edu.tr

## PSİKOLOJİK TRAVMALARDAN KORUNMA VE TEDAVİ

### Özet

Psikolojik travmanın merkezi deneyimleri, başkalarıyla bağların kopması ve güçsüzleşmedir. Bu yüzden iyileşme, mağdurun güçlendirilmesi ve yeni bağların yaratılması üzerine temellenir. Psikolojik travma, kişinin güçsüzlüğüyle yüz yüze gelmesi durumudur. Travma anında kişi karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz bırakılır. Travmatik olay bize denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duygularını veren olağan baş etme sistemlerini felce uğratar. Travmatik olaylar en şiddetli ve üst düzey stres kaynaklarını içerir. İnsan yaşantısının farklı alanlarında karşı karşıya kalınabilecek gündelik stres kaynakları daha beklendik ve sıradandır; olasılıkları ve kontrol edilebilirlikleri yüksektir. Travmalar ise sıradan stres kaynaklarının dışında kalan, beklenmedik, olasılığı ve kontrol edilebilirliği düşük durumlardır. Travmatik olaylar aynı zamanda, kişilerin önceki şemalarının ve dünyanın güvenilir, öngörülebilir bir yer olduğuna ilişkin temel psikolojik varsayımlarının yıkılmasına neden olarak, yaşamda bir düzen ve süreklilik olduğu inancının kaybolmasına yol açar. Travmatik yaşantıyla birlikte, kişiler kaygı/korku verici duygu ve deneyimlerle başa çıkmalarını sağlayacak içsel ya da dışsal bir güvenli yere sahip oldukları duygusunu kaybederler. Birbiri üstüne eklenen stres kaynaklarının ortak etkisi de, görece daha az incinebilir bireylerde bile travma benzeri tepkilere neden olabilmektedir. Bu çalışmada travma, travma oluşumları ve travma sağaltımında uygulanacak yöntemler tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Travma, Travmadan Korunma, Travma Tanısı, Travma Tedavisi

## PROTECTION AND TREATMENT FROM PSYCHOLOGICAL TRAUMA

### Abstract

The central experiences of psychological trauma are the breakdown of ties with others and the weakening of them. Therefore, healing is based on the strengthening of the victim and the creation of new ties. Psychological trauma is when someone comes face to face with weakness. At the time of trauma the person is left helpless by an irresistible force. The traumatic event catastrophizes the usual coping systems that give us the feeling of supervision, connection and meaning. Traumatic events include the most severe and high-level stress sources. The sources of everyday stress that can be encountered in different areas of human experience are expected and ordinary; possibilities and controllability. Traumas are unexpected, unlikely, and uncontrollable, except for ordinary stress sources. Traumatic events also lead to the disappearance of the belief that there is an order and continuity in life, leading to the destruction of basic psychological assumptions about the previous schemes of the person and the world as a reliable and predictable place. Along with the traumatic experience, people lose the sense of having an internal or external safe place that will enable them to cope with anxiety / fearful emotions and experiences. The common effect of stress sources on each other can lead to trauma-like reactions even in less vulnerable individuals. In this study trauma, trauma formation and methods to be applied in trauma treatment are discussed.

**Keywords:** Trauma, Prevention from Trauma, Trauma Diagnosis, Trauma Treatment

### 1.GİRİŞ

Travmatik yaşantılar, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanmanın veya fiziksel bütünlüğe yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı ya da şahit olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994). Travmatik olay, olayın doğası, olayın bireyler veya gruplar üzerindeki etkisi ve bireylerin veya grupların olaya verdiği tepkiler dikkate alınarak anlaşılabilir. Genel olarak, travmatik olaylar tehlikeli, ezicidirler ve aniden ortaya çıkmaktadırlar. Bu tür olayların aşırı ve beklenmedik güçleri, ortaya korku, anksiyete, geri çekilme ve kaçınma çıkarmaktadır. Travmatik olaylar, süreğenlikleri açısından akut veya kronik olabilmektedirler. Olayın etki süresi saniyeler, saatler veya günler boyunca sürebilmektedir. Travmatik yaşantılar, doğaları gereği, olağandışıdır. Bu olağan dışılık, sadece günlük yaşam olaylarıyla kıyaslandığında daha seyrek ortaya çıkışlarıyla değil, aynı zamanda günlük yaşam olaylarıyla uyumu sağlayan başa çıkma yollarının iflas etmesiyle açıklanmaktadır.

Psikolojik travma, kişinin güçsüzlüğüyle yüz yüze gelmesi durumudur. Travma anında kişi karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz bırakılır. Travmatik olay bize denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma duyularını veren olağan baş etme sistemlerini felce uğratar (Türk-

soy, 2003). Ruhsal travma bir anlamda insanın güçsüzlüğü, zayıflığı ve çaresizliği ile yüzleşmesidir (Önder ve Tural, 2004). Travmatik yaşantılarla ilgili anımsanması gereken bir gerçeklik, olayı sadece yaşayanların değil, aynı zamanda olaya şahit olanların da olaydan etkilenebilecekleridir. Özellikle yardım verenlerin müdahale ettikleri olaylardan olumsuz şekilde etkilenebilecekleri bilinmektedir.

### **1.1. Travma Sonrası Sonuçların Değerlendirilmesi**

Psikolojik travmanın merkezi deneyimleri, başkalarıyla bağların kopması ve güçsüzleşmedir. Bu yüzden iyileşme, mağdurun güçlendirilmesi ve yeni bağların yaratılması üzerine temellenir. İyileşme yalnızca ilişkiler bağlamı içinde yer alabilir; tecrit koşullarında mümkün değildir. Başka insanlarla bağlarını yenileme sürecinde mağdur, travmatik deneyim tarafından hasar verilen ve deforme edilen psikolojik becerileri yeniden geliştirir. Bu beceriler güven, otonomi, inisiyatif geliştirme, yeterlilik, kimlik ve yakınlık için gerekli temel kapasiteleri kapsar. Bu kapasiteler ilk başta başka insanlarla ilişkilerinde biçimlenmesi gibi, burada da böyle ilişkiler içinde yenilenmek zorundadır (Erikson, 1964).

İyileşmenin birinci ilkesi mağdurun güçlendirilmesidir. Mağdurun yaşamını ve bedensel bütünlüğünü kaybetme yönünde yakın bir tehlike altında olup olmadığı yahut başkalarına zarar verme riski taşıyıp taşımadığıdır. Kişiler arasında devam eden şiddet vakarlarında, mağdurun yakın gelecekte başkaları tarafından kurban durumuna düşürülme tehlikesi altında olup olmadığını tespit etmek oldukça önemlidir. Travma müdahalesinin ilk hedefi, durumu önceliklendirerek acil tıbbi veya psikiyatrik servislere, kolluk kuvvetlerine veya sosyal hizmetlere sevk etme yoluyla mağdurun fiziksel güvenliğini sağlamaktır (Briere ve Lanktree, 2011). Ancak iyileşmenin hakemi ve uzmanı aslında uzmanın kendisidir. Başkaları tavsiye, destek, yardım, sevecenlik ve bakım sunabilir fakat tedavi sunamaz. Psikolojik istikrar oldukça önemlidir. Sıkça yapılan bir hata, travma atlatan kişinin öncelikli olarak genel psikolojik dengesini belirlemeden, hemen psikolojik belirtilerini ve bozukluklarını değerlendirmektir. Bu temel güçlendirme gözletilmediği zaman, mağdura yardım amaçlı pek çok iyicil ve iyi niyetli girişim sonuçsuz kalır. Ne kadar doğrudan onun çıkarınaymış gibi görünürse görünsün, gücünü mağdurdan almayan hiçbir müdahalenin hastanın iyileşmesini sağlaması mümkün olmaz (Herman, 2016, s:168).

Travma atlatan kişi travmatik olay sonrasında, yüzeyde istikrarlı görüne de, olay hakkındaki yüzeysel bir araştırmada bile aniden aşırı stres, yüksek kaygı, müteceviz travma sonrası belirtiler ya da öfke patlamaları yaşayabilir. Bu tepkiler travmatik bir olayı hatırlatan şeylerin tetiklediği yoğun, genellikle müteceviz travma aktivasyon tepkileri şeklinde adlandırılır. Tedavi esnasında bir düzeyde aktivasyon normal olmasına ve araştırmalarda yer alan travma mağduru çoğu kişinin travma değerlendirmesinin anlamlı olumsuz etkiler bildirmesine rağmen, kişinin kendi stresini içsel olarak düzenlemek için yeterli kapasiteye sahip olmaması durumunda, değerlendirme bağlantılı aktivasyon bağlamında psikolojik olarak zorlayıcı olabilir (Griffin ve diğ., 2005, s:218). Terapistler, çoğu kez bu temel ilkeyi yakalamakta ve pratiğe koymakta güçlük çekerler. Mağdurun kendi öz-bakımının sorumluluğundan toptan vazgeçtiği ya da başkalarına veya kendisine doğrudan zarar verecek gibi görüldüğü istisnai şartlarda, hızlı müdahale gereklidir. Fakat sonrasında, tek yanlı eyleme gerek yoktur; istekleri konusunda mağdura da danışılmalı ve güvenliğinin devam ettirilmesiyle bağdaşan en çok seçenek sunulmalıdır. Sonuç ola-

rak, belirli bir travma mağduruyla travma konularının, hastayı gereksizce “yeniden travmatize eden” ne ölçüde konuşabileceğini belirlemek önemlidir. Aşırı aktivasyon muhtemel ise, en azından geçici bir süre travmatik malzemenin tartışılması ya da olayla ilgili önemli sorunları ertelemek tercih edilmelidir (Najavits, 2002, s: 124). Travmanın nüks etme ihtimaline karşılık, değerlendirmenin olağan bileşenleri; travmatize haldeki kişinin acil güvenliği, psikolojik istikrarı ve travmatik malzeme hakkında konuşma kapasitesi belirlendikten sonra devreye sokulmalıdır. Bu ön şartların yeterli şekilde karşılanmaması, hastada gereksiz stres yaratmaktan daha aşırı durumlarda geçici duygusal istikrarsızlaşmaya kadar istenmeyen sonuçlara yol açabilir (Briere ve Scott, 2016, s:56).

### **1.2.Travmatik Olayı Değerlendirme**

Travmatik olaylar en şiddetli ve üst düzey stres kaynaklarını içerir. İnsan yaşantısının farklı alanlarında karşı karşıya kalınabilecek gündelik stres kaynakları daha beklendik ve sıradandır; olasılıkları ve kontrol edilebilirlikleri yüksektir. Travmalar ise sıradan stres kaynaklarının dışında kalan, beklenmedik, olasılığı ve kontrol edilebilirliği düşük durumlardır (Foy ve diğ., 1996, s:138). Travmatik olay sırasında bedende ortaya çıkan ve yaşamda kalmaya ilişkin değeri olan bu fizyolojik değişim nedeniyle, yaşanan olayın şiddetine bağlı olarak verilen travma sonrası tepkiler, bir süre için normal olarak ele alınır (Joseph ve diğ., 2008, s:144). Travmatik olaylar aynı zamanda, kişilerin önceki şemalarının ve dünyanın güvenilir, öngörülebilir bir yer olduğuna ilişkin temel psikolojik varsayımlarının yıkılmasına neden olarak, yaşamda bir düzen ve süreklilik olduğu inancının kaybolmasına yol açar. Travmatik yaşantıyla birlikte, kişiler kaygı/korku verici duygu ve deneyimlerle başa çıkmalarını sağlayacak içsel ya da dışsal bir güvenli yere sahip oldukları duygusunu kaybederler. Birbiri üstüne eklenen stres kaynaklarının ortak etkisi de, görece daha az incinebilir bireylerde bile travma benzeri tepkilere neden olabilmektedir (Janoff-Bulman ve Berg, 1998, s:154).

Travmanın neden olduğu bu fizyolojik değişim ve sarsılmalardan dolayı kişi, genel olarak aşırı uyarılmışlık, olaya ilişkin rahatsız edici düşünceler ve kaçınma başlıkları altında toplanabilecek travma sonrası tepkiler geliştirir. Yaşanan olayın hemen ardından ortaya çıkabilen bu tepkiler, kimi durumlarda zaman içinde kendiliğinden hafifleyebilirken bazen de şiddeti giderek artabilir. Fiziksel, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal açıdan ortaya çıkabilecek bu tepkiler, sınıflandırma sistemlerindeki ölçütleri karşılamadığı için travma sonrası stres bozukluğu tanısı almasa da, bir süre sonra işlevselliği bozucu bir etki yaratabilir.

Travmaya maruz kalışın değerlendirilmesine yönelik kurallar; Bu olayları ve etkilerini değerlendirmenin ilk aşaması travmaya ilişkin öykünün ayrıntılı olarak alınmasıdır. Öykü alınırken bu sınıflamalar göz önünde tutulmalıdır. Olayın oluş şekli ve sıklığı ya da tek veya süregelen oluşu, nedeni, kasıtlı ve bilerek yapılması, herhangi bir kayıp, hastalık veya sekel ile sonuçlanması üzerinde durulması gereken önemli noktalar. Kişi travmatik olayı doğrudan kendisi yaşayabileceği gibi, böyle bir olayın yaşandığına tanıklık edebilir veya sevdiği bir kişinin başına bu tür bir olayın geldiğini de öğrenebilir. Bu nedenle, tanık olmak ve öğrenmek de travmatik olay olma potansiyeli taşıyan yaşantılardır. Travmatik olayın bu nesnel özelliği kadar olay sırasında kişinin verdiği öznel yanıtın ya da ruhsal tepkilerin de önemli olduğunu unutmamak gerekir. Korku, dehşet, çaresizlik ve benzeri tepkiler olay sırasında kişilerin verdiği yanıtlar

arasındadır. Bir stresörün travma ya da ruhsal açıdan travmatik bir olay olarak tanımlanabilmesi için olay sırasında kişinin korku, dehşet ve çaresizlik içinde kalması gereklidir.

Travmatik bir olay yaşamak, değerlendirme yapan kişiyle ilişkiyi ve bu nedenle de değerlendirmeyi etkiler. Kişilerin sıklıkla yaşadıkları güvensizlik, yalnızlık, yabancılaşma, kırılma, güçsüzlük, anlaşılma, ilgilenilmeme, yargılanma gibi duygu ve düşünceler bu ilişkinin kurulmasını güçleştirirler. Doğru değerlendirme doğru tanımlama ve doğru tanıya götürecektir. Ruhsal açıdan travmatik yaşantı öğrenildikten sonra yeniden yaşantılaşma, kaçınma, küntleşme ve uyarılmışlık gibi travmatik stres belirtilerinin araştırılması gerekir. Üçüncü aşama başta depresif belirtiler olmak üzere travmatik strese eşlik edebilecek diğer belirti ve bulguların değerlendirilmesidir. Dördüncü aşamada ise ayırıcı tanı yapılarak tanı konulmalı veya sorunun tanı eşiği altında olduğu veya belirti düzeyinde olduğu belirtilmelidir. Eş tanı durumları da araştırılmalıdır.

Travma sonrası aşağıdaki hastalık veya sorunlar ortaya çıkabilir. 1. Ruhsal Travma yaşamının “Gerekli Ama Yeterli Olmadığı” hastalık veya sorunlar; Akut stres tepkileri, ASB, Eşik altı TSSB, akut TSSB, Kronik TSSB, Geç Başlangıçlı TSSB, DESNOS – Felaket sonrası kalıcı kişilik değişikliği – karmaşık TSSB, 2. Ruhsal Travma yaşamının “Gerekli Olmadığı Ama Tetikleyici Olabildiği” sorun veya hastalıklar; Kişilik bozuklukları, M. Depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, ağrı bozuklukları, psikotik bozukluklar 3. Mevcut ruhsal sorun ya da hastalıkların “Alevenmesi Ya Da Şiddetlenmesi”; Şizofreniden panik bozukluğa bir çok ruhsal hastalık yaşanan yeni travmanın etkisi altında şiddetlenebilir. Örneğin biber gazına maruz bırakılan kişilerde ortaya çıkan solunum sıkıntısı panik atağa yatkınlığı olan kişilerde çok daha kolay yeni atakların ortaya çıkmasına yol açabilir.

Travmatik olay ve belirti ya da hastalık ilişkisini kurabilmek için zamansallık ve içerik benzerliğine dikkat etmek gerekir. Zamansallık: Yeniden yaşantılaşma, kaçınma – küntleşme artmış ya da aşırı uyarılmışlık belirtilerinin olaydan sonra ortaya çıkması ya da daha da artması. İçerik benzerliği: Yeniden yaşantılaşma, kaçınma belirtilerinin yaşanan travmatik olayla benzeşmesi.

Tanı görüşmeleri, ölçekler, nöropsikolojik testler de dâhil psikometrik incelemeler ve görüntüleme teknikleri ileri inceleme yöntemleri uygulanabilir. Bu uygulamalar için kişinin donanımlı merkezlere yönlendirilmesi gerekmektedir. Travmatik olaylar engelliliğe yol açan önemli sağlık sorunlarına neden olurlar. Yaşam kalitesi, yeti yitimi ve işlevsellik kaybı daha ayrıntılı değerlendirilmelidir. Hastalıklar kadar belirtiler de işlevselliği etkileyebilir. Sadece tanı konulması değil kişinin ruhsal açıdan bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekir. Kişinin belirtileri tanı düzeyinde ise tanı belirtilmelidir, tanı düzeyinde değilse kişinin ruhsal belirti ve bulguları ile şiddet ve kötü muamele öyküsünün ilişkisi ve uyumluluğu değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme olası bir adli rapor için yol gösterici olacaktır. Var olan belirtilerin içerikleri, nitelikleri, işlevsellik üzerine olan etkileri de belirtilmelidir.

## **2. TRAVMANIN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME**

Terapi ilişkisi birkaç yönden benzersizdir. Birincisi, yegâne amacı hastanın iyileşmesini desteklemektir. Bu hedefe yürürken, bütün bilgi, beceri kaynaklarını ve deneyimini hastanın

hizmetine sunmasıyla, terapist hastanın dostu haline gelir. İkincisi, terapi ilişkisi hasta ve terapist arasında güç kullanımı konusundaki sözleşmeden dolayı benzersizdir. Hasta terapiye yardım ve bakım ihtiyacıyla girer. Bu olgu nedeniyle terapistin yüksek statü ve güce sahip olduğu, eşitsiz bir ilişkiye gönüllü olarak boyun eğer. Bir ebeveyne bağımlılığın yaşandığı evrensel çocukluk deneyimiyle alakalı duygular kaçınılmaz olarak ortaya çıkar. Aktarım olarak bilinen bu duygular, terapötik ilişkideki güç dengesizliğini daha da abartır ve bütün hastaları sömürüye karşı yaralanabilir kılar. İstismar için tüm baştan çıkarmalara direnerek, yalnızca hastanın iyileşmesini teşvik etmek için ona verilen gücün kullanımı terapistin sorumluluğundadır (Herman, 2016, s:169). Diğer yandan, dikkatli ve algıları açık terapist psikometrik testlerin kapsamadığı ve belirleyemediği şeyleri fark edebilir. Bu şeyler; aktivasyon tepkileri, kaçınma tepkileri, duygudurum bozulması ve ilişkiyel sıkıntılar olabilir.

*Aktivasyon;* travma anılarıyla tetiklenen koşullanmış duygusal tepkileri ve travmaya özgü bilişsel reaksiyonları ifade eder. Diğer ilişkili anılar ve bunlara bağlı duygulanımlar ve bilişlerde tetiklenebilir. Eğer bu anılar orijinal istismar uyarı ile koşullanmış duygusal tepkileri veya ilişkili mütecaviz bilişleri tetiklese veya daha başka anıları uyarırsa, terapötik aktivasyon gerçekleştiği söylenebilir. Aktivasyon travma sürecinde genellikle kritiktir; belirli bir travmatik anının duygusal-bilişsel bağlantılarını söndürmek için bunların; aktive edilmesi, pekiştirilmesi ve ideal olarak karşıt koşullanması gerekir. Sonuç olarak, travmayla ilgili anıların duygusal aktivasyonu olmaksızın sadece hikâyenemesinden ibaret olarak terapötik müdahaleler ile de belirtilerden kurtulmayı sağlamayacaktır (Foa ve Kozak, 1986, s:33). En âlâ aktivasyonun oluşması için, maruz bırakma sürecinde makul çerçevede mümkün olan en az kaçınma olmalıdır. Mesela, dissosiyasyon olan bir hasta, belirli bir travma anısının gayet duyarlı sunumunu yapsa da, tedavi boyunca çok az aktivasyon deneyimleyebilir. Diğer taraftan, çok fazla aktivasyon da sorun olur, çünkü yüksek düzeyde stres üretir ve kaçınmayı motive eder. Aktive olmuş bilişsel-duygusal tepkiler, bir dereceye kadar, travma çalışmasının püf noktası olduğundan, her vaka-daki hedef, en âlâ işleme için ne çok az ne de çok fazla olmayan duygusal ve bilişsel aktivasyonu desteklemek için de çalışmaktır (Briere ve Scott, 2016, s:170).

*Kaçınma Tepkileri:* Kaçınma tepkisi, kişinin travmatik olayla ilgili olan düşünceler, duygular, etkinlikler ve mekânlardan kaçınmasına işaret etmektedir. Kişi açısından olup bitenler o kadar acı vericidir ki; kişi kendisine travmayı hatırlatabilecek her şeyden uzak durarak adeta olup biteni tümüyle unutmaya çalışmaktadır. Travmatik olaylara maruz kalan pek çok kişide istenmeden akla gelen anılar ortaya çıkar. Bunlar çok acı verici olduğu için kişi bu anılardan ve bunların aklına gelmesine yol açan her şeyden kaçınmaya çalışır. Bu durum yaşamla ilgili etkinliklere ilgi duymamaya, kendini başkalarından uzak hissetmeye, duygusal küntlüğe veya duyguların sınırlanmasına ve olumsuz bir gelecek beklentisine yol açabilir. Değerlendirme veya tedavi esnasında ya da başka bir yerde kaçınmanın varlığı genellikle Travma Sonrası Stres Bozukluğunun varlığına işaret eder (Plumb, Orsillo ve Luterek, 2004, s:246). Ayrıca hastanın gayret gerektiren kaçınma davranışları tarif etmesi, hastanın mütecaviz deneyimleri özellikle yaşadığı belirli alanlara işaret edebilir. Kaçınmanın, hastanın potansiyel olarak istikrarı bozucu travma hatırları karşısında psikolojik istikrarı korumak için kullandığı bir baş etme tepkisi olduğunu belirtmek önemlidir. Sonunda, bu tür tepkiler tipik olarak travmatik strese işaret et-

mekle beraber, bunlar ortaya çıktıkları esnada uyumu bozucu tepkiler olmak zorunda değildir (Zoellner ve diğ., 2011, s:301).

*Duygulanım düzenlemede başarısızlıklar*; Duygu düzenleme, bir amaca ulaşabilmek için bireyin, duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yani daha hafif düzeyde olmasını sağlayabilme yeteneğidir. Yani duyguları tanımlama, anlama ve uygun olduğunda hafifletme söz konusudur. Engellenen ya da durağan duygusal tepkileri içermektedir. Duygu düzenleme çocuğun 'kendisinin patronu olmasına izin verir. Ebeveynler, tolere edilebilir düzeyde çocukların üzüntülerine ve duygularını saklamalarına duyarlılık göstererek duygu düzenleme becerilerinin gelişime katkı sağlarlar (Wenar ve Kerig, 2005). Duygu düzenleme kavramı, duygusal tepkileri gözlemlenme, değerlendirme ve değiştirmenin yanı sıra amaca ulaşmayı sağlamakta sorumlu olan bütün içsel ve dışsal süreçleri kapsamaktadır (Thompson, 1994). Buna göre, duygu düzenlemenin içinde birçok düzenleme vardır: Kendi duygularını düzenleyebilme, diğerleri tarafından oluşturulan duyguları düzenleyebilme, duygunun kendisini düzenleyebilme ve duygunun altında yatan özellikleri düzenleme gibi (Thompson ve Calkins, 1996).

Gross (2002) duyguları düzenlemede iki temel stratejiye odaklanmıştır. İlk olarak yeniden değerlendirme (reappraisal), duygu üretim sürecinde önce gelir. Bir şeyin duygusal etkisini azaltmak için durumu yapılandıran yolu değiştirmek demektir. Sonraki süreçte bastırma (suppression) gelir. Bu, içsel duyguların dışa doğru olan belirtilerini engellemez. Deneysel ve bireysel farklılıkları araştıran bulgular yeniden değerlendirmenin, bastırmadan daha etkili olduğunu gösterir. Duygu düzenleme güçlüğü; duygulara ilişkin farkındalığın olmaması, duyguların anlaşılabilmesi ve kabul edilememesi, olumsuz duygular yaşarken dürtülerin kontrolünde ve amaç odaklı davranışlara yönelmede güçlük yaşama, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine erişimde güçlük yaşama boyutlarıyla tanımlanmaktadır (Gratz ve Roemer, 2004).

Linehan'a göre (1993), duygu düzenleme güçlüğü duygusal tepkileri düzenlemedeki yetersizliğin, duygusal uyarana yüksek bir duyarlılığın ve genellikle güçlü ve uzun süreli tepkilerin bir birleşimidir ve sınır kişilik bozukluğunun merkezi bir özelliği ve kendini yaralama da dahil olmak üzere bu bozukluğa ilişkin davranışların da temelidir. Gratz ve Roemer (2004)'a göre; duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (*farkındalık*), duygusal tepkilerin anlaşılabilmesi (*açıklık*), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (*kabul etmeme*), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (*stratejiler*), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (*dürtü*), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (*amaçlar*) Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'ni oluşturan alt faktörler olarak belirlenmiştir. Gross ve Munoz (1995) göre; duygu düzenlemenin, ruh sağlığının temel maddesi olduğunu belirtmişlerdir. Etkili duygu düzenlemenin pozitif ruh sağlığıyla ilişkili olduğu, duygu düzensizliğinin de çeşitli bozuklukları ortaya çıkardığı beklenmektedir. Bunlar; anksiyete ve duygudurum bozukluğu (Campbell-Sills ve Barlow, 2007), yaygın anksiyete bozukluğu (Mennin ve ark. 2002), karışık travma sonrası stres bozukluğu (Cloitre, 1998) ve major depresyon (Gibb ve ark., 2001, Hankin 2005, Maciejewski ve Mazure, 2006). Ayrıca duygu düzenleme güçlüğü madde kullanımıyla (Hayes ve ark. 1996), dissosiyatif semptomlarla (Briere, 2010), kendine zarar verme davranışıyla (Gratz ve ark. 2006, Gratz ve Chap-

man, 2007), yeme bozukluklarıyla (Sim ve Zeman, 2006; Whiteside ve ark., 2007) ve borderline kişilik bozukluğuyla (Linehan, 1993, Gratz ve ark., 2006) ilişkilidir (Akt. Hartzel ve diğ., 2007). Ayrıca kendini yaralama ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Kendini yaralama ile ilişkili olduğu düşünülen çevresel (çocukluk çağı istismarı) ve bireysel (duygusal ifadesizlik, duyusal yoğunluk/reaktiflik ve duygu düzenleme güçlüğü) risk faktörleri bir grup üniversite öğrencisi üzerinde incelenmiş ve sonuç olarak duygu düzenleme güçlüğüne kendini yaralama sıklığı üzerindeki varyansı açıklayan en güçlü değişken olduğu gösterilmiştir. Duygu düzenleme güçlüğüne kendini yaralayan denekler ile bu davranışı sergilemeyen denekleri güvenilir bir biçimde ayırt edebildiğini ve kendini yaralayan ve yaralamayan denekleri diğer risk faktörlerinden daha iyi ayırabildiği bulunmuştur (Gratz ve Chapman, 2007, Gratz ve Roemer, 2008). Duygu düzenleme ile ilgili problemler, DSM IV'teki psikopatolojilerin %75'inden daha fazlasını açıklar niteliktedir. Özellikle duygudurum ve anksiyete bozukluklarında duygu düzenleyememe en belirgin özellik olarak bulunmuştur. Bunun yanında Borderline Kişilik Bozukluğu, TSSB, alkol kötüye kullanımı gibi problemlerde yaygın olarak görülmektedir. Duygu düzenlemede güçlük yaşama, çoğu psikopatolojinin temelindeki neden olduğundan tedavide de anahtar rol oynayabilir (Werner ve Gross, 2010). Cinsiyet açısından bakıldığında kadınlardaki duygu düzenleme stratejilerinden kaynaklı depresyon yaşama riski daha fazla görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre duygusal olarak daha fazla hassastır. Bu kadar duygusal olmaları nedeniyle daha çok psikopatolojiye sahip olma olasılıkları bulunmaktadır. Daha çok ve tekrar tekrar düşünmeye yatkın olduklarından ve dikkatleri genel olarak yaşadıkları duygular üzerinde olduklarından erkeklere göre daha fazla depresif semptom bildirmişlerdir (Thayer ve ark., 2003). Böylesi durumlarda, terapötik müdahale, hastanın acı verici duygulanımı düzenlemekteki mevcut kapasitesine uygun şekilde aşama aşama dikkatle ayarlanmalıdır.

*İlişkisel Sorunlar: Terkedilme sendromu; "Terk" sözcüğünü önce dil bilimsel olarak inceleyelim. Terk sözcüğü iradeye bağlı olarak gerçekleştirilen bulunan yerden veya kişiden ayrılmak anlamındadır. Ancak iradenin, eylemin gerçekleşmesi için oluşması şart değildir. Mesela memur bir ailenin çocuğu olduğunuzu düşünelim. Devlet tarafından gelen bir tayin ile bulduğunuz yeri ve kişileri terk etmeniz sizin iradeniz dışında gerçekleşen bir eylem niteliği taşımaktadır. Buna ek olarak, terk eylemi gerçekleştiğinde bu eylemin faili olmakla eylemdeki edilgen kişi yani terk edilen kişi olma arasında çok büyük benzerliklerle beraber farklar da vardır. Biraz daha derinlemesine irdelersek terk eyleminin duygusal (psikofizyolojik) getirileri, eylemin gerçekleştiği şartlara bağlılık göstermektedir. Örneğin sevilen bir mekânın terkinin getirdiği duygusal durum ile sevilen bir kişinin terk edilmesi benzer sıkıntılar yaşatabilir. Ancak her iki durumda da yaşanan his (olumsuz bir koşulu terk edişlerdeki durumlar hariç; terör mağdurluğu, aile içi şiddetten kaçış vb.) büyük bir oranla kaygıdır. En önemli hislerden biri olan kaygı ise birçok tali unsurun sebebi olma niteliğindedir. Bahsettiğim tali unsurlarla ilgili yapılacak klinik alandaki benzetmeler depresyon, dikkat eksikliği, sosyal yalıtılmışlık, kaygı bozukluğu, cinsel isteksizlik gibi birçok rahatsızlığa yol açabilir. Terk etme yani ayrılma davranışının ister irade altında olmuş olsun isterse kişinin iradesi dışında gerçekleşmiş olsun edilgen veya asıl faile direk etkisi vardır. Bu eylemin sürekliliği veya bir kez olması kişiler arasında farklı etkiler yapabilmektedir. Ama yine de şunu belirtmem gerekir, unutmayın ki bir pozitif bilim olarak psi-*



koloji, birden fazla değişkeni ihtivasında bulundurur. Bu yüzden yaşanmış veya yaşanacak olan tüm psikofizyolojik durumlar kişiden kişiye göre değişkenlik gösterebilir. Bu yüzden klinik alan çalışmalarında terk edilmiş veya terk etmiş kişilerde yaşanan psikolojik değişimlerin kendi içinde değerlendirilmesi ve ona göre hususi yaklaşımların gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

İlk değerlendirme görüşmesinde veya tedavinin ilk aşamalarında terk edilme korkularını belirlemek her zaman kolay değildir. Fakat bu konular, hayatlarının erken dönemlerinde ihmal edilen ya da kötü muameleye maruz kalan kişilerle çalışırken son derece önemlidir. Bunlar hasta tedavi sürecinin sınırlarıyla karşılaştığında yaşanabilecek potansiyel stres ve çatışma kaynaklarını temsil etmekle kalmaz, bunların yansıttığı altta yatan işlevsel olmayan şemalar psikolojik müdahalenin önemli hedefleridir (Briere ve Scott, 2016, s:68).

### **3.TRAVMA BELİRTİ TEPKİLERİ**

Travmatik olaylar en şiddetli ve üst düzey stres kaynaklarını içerir. İnsan yaşantısının farklı alanlarında karşı karşıya kalınabilecek gündelik stres kaynakları daha beklendik ve sıradandır; olasılıkları ve kontrol edilebilirlikleri yüksektir. Travmalar ise sıradan stres kaynaklarının dışında kalan, beklenmedik, olasılığı ve kontrol edilebilirliği düşük durumlardır (Foy ve ark., 1987). Stres tepkisi araştırmalarının bulguları, travmanın etkilerine de uyarlanabilmektedir. Kronik stresin fiziksel, psikolojik, ailesel ve sosyal işlevselliğe etkileri üzerine çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Her bireyin bir incinebilirlik düzeyi ya da eşiği vardır. İncinebilirlik düzeyi yüksek olan bir birey için bazen en ufak stres kaynakları ya da gündelik zorluklar, stres belirtilerini tetikleyebilmekte iken; aynı derecede incinebilir olmayan bir birey için yalnızca büyük felaketler aynı tepkiye yol açabilmektedir. Diğer yandan, birbiri üstüne eklenen stres kaynaklarının ortak etkisi de, görece daha az incinebilir bireylerde bile travma benzeri tepkilere neden olabilmektedir (Joseph, Williams ve Yule, 1997).

Stresin etkileme düzeyine ilişkin bu bireysel farklılıklara karşın, stres karşısında bedenin gösterdiği kan basıncının artması, kalp atışlarının hızlanması, terleme, solunumun hızlanması gibi fizyolojik tepkiler herkes için ortaktır. Stres hormonunun salgılanmasıyla birlikte ortaya çıkan bu tepkiler, organizmayı tehdit eden durumlarda, tehdit kaynağıyla savaşmaya ya da ondan uzaklaşmaya / kaçmaya hazır hale getirerek bu durumla başa çıkmaya yardımcı olur. Yaşanan stresin çok yoğun olduğu travmatik durumlarda, onunla başa çıkabilmek için salgılanan stres hormonu da aşırı miktarda olur ve stres kaynağı ortadan kalktıktan sonra bile bir süre daha bedende kalarak en ufak bir uyarana karşılaştığında bedenin daha önceki tehdit durumunda verdiği stres tepkilerinin benzerlerini üretmesine neden olur. Travmatik olay sırasında bedende ortaya çıkan ve yaşamda kalmaya ilişkin değeri olan bu fizyolojik değişim nedeniyle, yaşanan olayın şiddetine bağlı olarak verilen travma sonrası tepkiler, bir süre için normal olarak ele alınır (Joseph ve ark., 1997). Travmatik olaylar aynı zamanda, kişilerin önceki şemalarının ve dünyanın güvenilir, öngörülebilir bir yer olduğuna ilişkin temel psikolojik varsayımlarının yıkılmasına neden olarak, yaşamda bir düzen ve süreklilik olduğu inancının kaybolmasına yol açar. Travmatik yaşantıyla birlikte, kişiler kaygı/korku verici duygu ve deneyimlerle başa çıkmalarını sağlayacak içsel ya da dışsal bir güvenli yere sahip oldukları duygusunu kaybederler birbiri üstüne eklenen stres kaynaklarının ortak etkisi de, görece daha az incinebilir bireylerde bile travma benzeri tepkilere neden olabilmektedir (Janoff-Bulman ve Berg, 1998). Trav-

manın neden olduğu bu fizyolojik değişim ve sarsılmalarından dolayı kişi, genel olarak aşırı uyarılmışlık, olaya ilişkin rahatsız edici düşünceler ve kaçınma başlıkları altında toplanabilecek travma sonrası tepkiler geliştirir. Yaşanan olayın hemen ardından ortaya çıkabilen bu tepkiler, kimi durumlarda zaman içinde kendiliğinden hafifleyebilirken bazen de şiddeti giderek artabilir. Fiziksel, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal açıdan ortaya çıkabilecek bu tepkiler, sınıflandırma sistemlerindeki ölçütleri karşılamadığı için travma sonrası stres bozukluğu tanısı almada da, bir süre sonra işlevselliği bozucu bir etki yaratabilir. Bu tepkiler, sınıflandırma sistemlerinde öngörülen ölçütleri karşıladığında da, iki tür tanı grubu ile tanımlanmaktadır: Akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu.

Sınıflandırma sistemlerinde DSM IV (APA, 1994) ile birlikte yer alan akut stres bozukluğu (ASB), travmatik bir olaydan sonra en fazla dört hafta içinde ortaya çıkan travma sonrası stres tepkilerini tanımlar. Travma sonrası stres bozukluğuna göre daha yeni bir tanı sınıfı olan akut stres bozukluğunun, travma sonrası stres bozukluğu için bir risk etmeni olduğu bildirilmektedir. Akut Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA, 1994); A. Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır: 1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir 2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki disosiyatif belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) bulunur: 1. Uyuşmuşluk, dalgınlık duyuları ya da duygusal tepkisizlik 2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. "afallama") 3. Derealizasyon 4. Depersonalizasyon 5. Disosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama). C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, tekrarlayan düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, olaya ilişkin sahnelerin ani bir biçimde zihinde canlanması, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma. D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma. E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları (örn. uyumakta zorluk çekme, huzursuzluk, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, aşırı irkilme tepkisi gösterme). F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapma yetisini bozar G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), aşırı strese yol açan bir olaydan sonra görülen yoğun, uzamış ve bazen de gecikmiş belirtiler grubunu tanımlayan tanı kategorisidir (Gelder, Gath, Mayou ve Cowen, 1995; APA, 1994). Akut stres bozukluğunda olduğu gibi, başlama nedeni olan etmenin açıkça belirlenebildiği (travmatik olay) bir kaygı bozukluğu olan bu tanıdaki temel klinik özellikler, aşırı uyarılmışlık durumu, strese neden olan olayla ilgili düşüncelerin sürekli akla gelmesi, imgelerin sürekli yeniden yaşanması ve olayın hatırlatıcılarından kaçınma, duygu kısırlığı, ilgi azalması (avoidance) olarak üç grupta toplanmaktadır (Emmelkamp, Bouman ve Scholing, 1995). Bu üç grup klinik özelliğin temelindeki faktörleri tanımlamayı amaçla-

yan bir çalışmada DSM III ve DSM IV'teki TSSB belirtileri kullanılmış ve bu belirtilerin iki faktörden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlar zorlayıcı düşünceler (intrusions) ya da kaçınma ve aşırı uyarılma ya da duygu kısırlığı olarak gruplanmıştır. Aynı çalışmada zorlayıcı düşüncelerin kaçınmaya, aşırı uyarılmanın da duygu kısırlığına yol açtığı belirtilmiştir (Taylor, Kuch, Koch, Crockett ve Passey, 1998). DSM IV'te travma sonrası stres bozukluğu için belirtilen tanı ölçütleri aşağıda yer almaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri (APA, 1994): A. Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır: 1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir. 2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: 1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. 2. olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. 3. travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyumak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve disosiyatif "flashback" epizotlarını kapsar) 4. travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma 5. travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan) 1. travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları 2. travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları 3. travmanın önemli bir yönünü anımsayamama 4. önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması 5. insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları 6. duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama) 7. bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama). D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması 1.uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük 2.irritabilite ya da öfke patlamaları 3.düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırırmada zorluk çekme 4.hipervijilans 5.aşırı irkilme tepkisi gösterme E. Bu bozukluk (B, C ve D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur. Travmatik yaşantıların ardından ortaya çıkma olasılığı olan tepkiler yalnızca akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu ile sınırlı değildir. Travmatik bir olaya maruz kalan bir kişide, diğer kaygı bozuklukları, depresyon, madde kullanımı ve disosiyatif bozukluklar gibi pek çok başka rahatsızlık da görülme olasılığı vardır. Travma sonrası stres bozukluğunun bu bozukluklarla birlikte görülebildiği de bildirilmektedir (Önder ve Tural, 2004).

#### 4. SONUÇ

*Trauma sonrası psikoz:* Psikozlar, hastanın hayat şartlarına bağlı olarak farklı şekillerde alabilen ruhsal hastalıklardır. Öte yandan birçok hasta benzer şekilde, olduğundan farklı algılanan belirti türlerine sahiptir. Buna göre bir psikozda, düşünme, hissetme, kendi vücudunu algılama ve diğer insanlarla temas değişime uğrayabilir. Psikoz hastaları sık sık gerçeklikle kendi sübjektif algısını ayırt etmekte zorlanır. Bu durum, başkalarının duymadığı sesler duymalarına, takip veya tehdit ediliyormuş hissine kapılmalarına (kendilerine yakın olan insanlar tarafından bile), başkalarına kapalı olan bir dünyadan haberler almalarına veya bedensel olarak değiştikleri hissine kapılmalarına yol açabilir. Konunun dışındakilere psikoz en iyi, aşırı bir hassaslık hali olarak tarif edilebilir. Hastanın iç ve dış hadiseleri ayırt etmesi neredeyse mümkün değildir, sevdiği insanlarla yakınlık kurmak ona tehlikeli gelebilir. Psikoz' kavramı günümüzde, en dikkat çeken belirtileri halüsinasyon veya kuruntu olan farklı ruhsal hastalıklar için bir üst kavram olarak kullanılıyor. Özellikle şizofreni ile şizofreni tipi diğer hastalıklar ve bipolar psikozlar bunlara dâhildir. *Psikozlar ne sıklıkta görülür ve kimler etkilenir?* Her 100 insandan bir ila ikisi hayatında bir kez psikoz girer. Dünya çapında sadece şizofreniden muzdarip 51 milyon insan yaşıyor. Bu hastalık ilk kez çoğunlukla 12 ve 29 yaşları arasında ortaya çıkar. Erkeklerle kadınlarda aynı oranda görülür. Bununla beraber bir psikoz ihtimalini artıran risk faktörleri vardır. *Bir psikozun belirtileri nelerdir?* Bir psikozun ana semptomları kabaca üç kategoriye ayrılır: Pozitif semptomlar, Negatif semptomlar, Bilişsel semptomlar (düşünce bozuklukları).

*Bir psikoz nasıl oluşur?* Her insan hayatı boyunca dengeli ve daha az dengeli dönemler geçirir. Bu, her şeyin yolunda gittiği ve birçok olayın yaşandığı zamanların olabileceği anlamına gelir. Buna, ergenlik, mezuniyet, bir partnerle ilişki bağı kurmak, bir çocuğun doğumu veya yakın bir insanı kaybetmek gibi köklü değişim dönemleri de dahildir. Bu tür zamanlarda yaşananlara yeni sıkıntılar da eklenirse, yüksek „kırılganlığa“ (hastalığa yatkınlık) sahip olan insanlarda bir psikoz girme ihtimali artabilir. Kırılganlık demek, hassaslık, duyarlılık ve incinebilirlik demektir. Hastalığa yatkınlığı yüksek olan insanlar daha zayıf olurlar ve hayatlarının sıkıntılı dönemlerinde psikotik semptomlarla tepki verebilirler. Hastalığa yüksek yatkınlık çeşitli faktörlere bağlı olarak oluşur: travmatik, yani üstesinden gelmesi zor tecrübeler, küçüklükten gelen gelişme bozuklukları, kalıtsal hastalıklar, beynin yaralanması veya ağır bir enfeksiyon kapması ya da çok erken yaşlarda başlayan yoğun kenevir tüketimi. Bu faktörlerden biri veya daha fazlasına sahip „hastalığa yatkın“ kişilerin kişisel, ailevi ve sosyal açıdan güçlü yönlerine önem vermesi, ayrıca rahatlamak ve sorunların üstesinden gelmek amacıyla stratejiler geliştirmesi bu yüzden özellikle önemlidir. *Bir psikozun ilk belirtileri nelerdir?* Akut bir psikozda görülen birçok semptomun, hafif haliyle önceden beri var olma ihtimali vardır. Bu tür erken uyarı işaretleri zor farkedilir. Hastanın psikoz girmeden çok önce de tuhaf davranışlarının olduğunu birçok insan ancak sonradan farkedebilir. Ancak bu davranışlar zamanında yanlış anlaşılabilir ve örneğin yetişkinliğe geçiş dönemine, uyuşturucu kullanımına veya hastanın kişisel özelliklerine yorulmuştur. *Hangi şekillerde görülür?* Psikozun, nedenlerine, semptomlarına ve semptomların süresine göre ayrılan çeşitli türleri vardır: Uyuşturucuya bağlı psikoz :Uyuşturucu ve/veya alkol kullanmak veya bunları bırakmak, görülen psikotik semptomlarla bağlantılı olabilir. Normal şartlarda semptomlar uyuşturucuyu bıraktıktan sonra doğrudan kaybolurlar. Organik psikoz: Psikotik

semptomlar bazen, örneğin ensefalit (beyin iltihabı), AIDS, tümör veya epilepsi gibi beyin fonksiyonlarının bozulduğu hastalıklar kapsamında görülür. Normal şartlarda bu tür durumlarda başka bedensel semptomlar da görülür. Kısa psikotik bozukluk: Ayrıca psikotik semptomlar çoğunlukla aniden ve sık sık büyük bir kişisel strese tepki olarak, örneğin bir yakının ölümüyle tetiklenir. Bu tür durumlarda semptomlar genelde çok ağırdır ancak çoğu hasta kısa zamanda tekrar iyileşir. Paranoid bozukluklar: Bu türdeki en büyük sorun, belirgin kuruntulardır. Diğer semptomlar sadece geçici olarak ve hafif şekilde görülür. Şizofreni: Davranış değişikliklerinin ve buna eşlik eden semptomların en az altı ay boyunca görüldüğü bir psikotik bozukluğu tarif eder. Semptomlar ve hastalığın süresi kişiden kişiye değişir. Çoğu kişi şizofreni hastalığına rağmen mutlu ve başarılı bir hayat sürer. Şizofreniform bozukluk: Şizofrenideki kriterlerin aynı geçerlidir, sadece davranış değişiklikleri ve buna eşlik eden semptomlar altı aydan kısa sürer. *Psikozlar nasıl seyredir?* Psikozların seyri birçok faktöre bağlıdır ve bu yüzden çok farklıdır. Şizofreni tipi bozukluklardan muzdarip hastalar üzerinde yapılan uzun süreli araştırmalarda şu sonuçlara varılmıştır: Her 100 hastadan 10 ila 15'sinde psikozlar bir kereye mahsus görülür. Her 100 hastadan yaklaşık 30'unda birden fazla psikotik epizot görülür ve epizotlar arasında başka psikotik semptomlar yoktur. Her 100 hastadan yaklaşık 30'unda birden fazla akut psikotik epizot görülür ve epizotlar arasında psikotik semptomlar da vardır. Her 100 hastadan yaklaşık 10 ila 20'unda ilk epizottan sonra kalıcı psikotik semptomlar görülür. *Psikozlu olup olmadığımızı nasıl anlarsınız?* Bir psikoz tedavi merkeziyle iletişime geçmeniz halinde sizi bekleyen adımlar şunlardır: İlk olarak sizinle sıkıntılarınızı, yaşam koşullarınızı ve güncel sağlık durumunuzu anlatmak için yeterli vaktinizin olduğu bir görüşme yapılır. Bu görüşmeye yakınlarınızın da katılması en iyisi olur. Ardından size hayatın çeşitli alanlarına ve hastalığın belirtilerine dair ayrıntılı sorular sorulur. Bu, bizim sizin durumunuzu daha iyi anlamamıza ve ailenizi daha iyi tanımamıza yardımcı olur. Çoğunlukla birden fazla görüşme yapılması gerekir ve bu görüşmeler isteğinize bağlı olarak sizinle yalnız veya yine ailenizle birlikte yapılır. Bilakis muğlak, tam tespit edilemeyen belirtiler gözlemlenirse, size kontrol için düzenli görüşmeler sunulur. Başka bir ruhsal soruna işaret eden belirtiler tespit edilirse, ilgili kuruma havale edilirsiniz. Eğer ağır bir bunalım geçiriyorsanız, size destek olunmaya çalışılır. Eğer bir psikoz başlangıcına işaret eden bariz belirtiler tespit edilirse, daha kapsamlı bir tanılama yapılır. Bu işlemlere, standartlaştırılmış psikolojik ve bedensel muayeneler, kan testi, EKG, epilepsi hastası olup olmadığınızı belirlemeye yarayan EEG yöntemi ile beyninizin röntgenine yarayan CCT veya MRT yöntemi dahildir. Bilişsel sorunlar da varsa, ek olarak nöropsikolojik test uygulanır. Bütün bu tetkikler rutin işlemlerdir ve acısızdır. Muayene süresi boyunca, size bu işlemlerde refakat edecek bir terapistle temasınız devam eder. Son olarak sizinle sonuçlar ve sonuçlardan yola çıkarak terapinin devamı için gerekli adımlar hakkında ayrıntılı şekilde görüşülür. Bu arada terapi boyunca kendinizi emin ellerde hissetmeniz ve aynı zamanda terapinin bütün safhalarında ortak karar alabilmeniz esas itibarıyla önemlidir. Ayrıca yakınların iyi bilgilendirilerek sürece dâhil edilmesi ve böylece daha az endişe duymalarını sağlamak da önemlidir.

## KAYNAKLAR

- Briere, J. ve Lanktree, C.B. (2011). Treating complex trauma in adolescents and young adults. Thousand Oaks, CA: Sage
- Briere, J.A. ve Scott, C. (2016). Travma Terapisinin İlkeleri. Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of Emotion Regulation (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Emmelkamp, P., Bouman, Th. & Scholing, A. (1995). Angst, fobieën en dwang. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Erikson, E. H. (1964). Insight and responsibility. New York: Norton.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S., ve Camilleri, A. J. (1996). Special Issue: Posttraumatic stress disorder. *Journal of School Psychology*, 34, 133-145.
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 1-14.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gelder, M. Gath, D. Mayou, R. ve Cowen, P. (1995). The abuse of alcohol and drugs. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P (ed.): Oxford Textbook of Psychiatry'de, 3.baskı, Oxford University Press, Oxford, 1995. s.438-461
- Griffin, L.L., Brooker, R., & Patton, K. (2005). Working towards legitimacy: Two decades of teaching games for understanding. *Physical Education and Sport Pedagogy*, 10(3), 213-223.
- Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995;2:151-164.
- Hartzell, Caroline, and Matthew Hoddie. 2007. Crafting peace: Power sharing institutions and the negotiated settlement of civil wars. University Park, PA: Penn State Press
- Herman, J.L. (2016). Travma ve İyileşme. Literatür Yayınları 4. Baskı. İstanbul
- Janoff-Bulman, R. ve Berg, M. (1998). Disillusionment and the creation of value: From traumatic loss to existential gains. J. Harvey, (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook*. Washington, DC: Taylor & Francis
- Joseph, S. ve Linley, P. A. Psychological assessment of growth following adversity: A review. In: Joseph, S. & Linley, P. A. (Eds.), (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. (pp. 21-38). Hoboken, NJ: Wiley
- Joseph, S., Williams, R., ve Yule, W. (1997). Post-traumatic stress: Psychosocial perspectives on PTSD and treatment. Chichester: Wiley.

- Linehan, M. M. (1993) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Najavits, L. M. (2002). Seeking safety: Therapy for trauma and substance abuse. *Corrections Today*, 64, 136-139.
- Önder, E. & Tural, Ü. (2004). *Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzu*. Ed. R. Tükel. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği
- Plumb, J.C., Orsillo, S.M., ve Luterek, J.A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. V35, Pp:245–257.
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J., & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 154–160.
- Thayer, J.F., Hansen, A.L., ve Johnsen, B.H. (2010). The non-invasive assessment of autonomic influences on the heart using impedance cardiography and heart rate variability. In: Steptoe, A. (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications*. Springer, New York.
- Thayer, J.F., Yamamoto, S.S., ve Brosschot, J.F. (2010). The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *Int. J. Cardiol.* 141, 122–131
- Thompson, R.A. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of definition. In N.A fox, *Monographs of the society for research in child development*.
- Thompson, R. A., ve Calkins, S. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, 163–182.
- Türksoy, N. (2003). *Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik travma ve Sonuçları*. Ed. T. Aker ve M. E. Önder. İstanbul: 5US Yayınları
- Wenar, C. ve Kerig, P.K. (2005). *Developmental Psychopathology from Infancy through Adolescence*. (Fifth Edition). New York: McGraw Hill
- Werner K., Gross J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In Kring A., Sloan D. (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). New York, NY: Guilford Press
- Zoellner, L.A., Feeny, N., Bittinger, J.N., Bedard-Gilligan, M., Slagle, D.M., Post, L.M. & Chen, J. (2011). Teaching trauma-focused exposure therapy for PTSD: Critical clinical lessons for novice exposure therapists. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 300-308. PMID: PMC3188445