

PSİKOLOJİK TRAVMANIN İNSANLIK KADAR ESKİ TARİHİ *PSYCHOLOGICAL TRAUMEN IS THE OLD HISTORY OF MANKIND*

Yener ÖZEN¹

ÖZET

Yaşamda izi silinemeyen ağır olaylar büyük korkuların, çaresizlik ve güçsüzlük duygusunun ortaya çıkmasına neden olur ve travmayı yaşamış kişilerin duygularını, düşüncelerini ve ruhsal durumlarını uzun süre etkisi altına alır. Bu tür olaylar “travmatik durum” veya “travma” olarak adlandırılır. Bir travma sonrasında insan ruhsal, kısmen fiziksel yaralar alır. Travmayı yaşamış kişinin dünyası değişir, artık hiçbir şey eskisi gibi gelmez ona. Fiziksel yaralar görülebilir ve doktorlar tarafından tedavi edilebilir. Buna karşın ruhsal yaralar görülmez ve bu nedenle sıklıkla tedavi edilmezler. Bu, travmayı yaşamış kişilere büyük acılar verir; örneğin gerginliğe, ağrılara, uyku bozukluğuna, korku durumlarına veya depresyona neden olur. Travma kavramının psikiyatride resmi olarak yer alması 1980’de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) üçüncü baskısında “Travma Sonrası Stres Bozukluğu”nun (TSSB) tanımlanmasıyla olsa da bu tarihten önce de travmanın psikiyatrik bozukluklara yol açtığına dair görüşler bulunmaktadır. Travmanın psikolojik sonuçları ile ilgili çalışmalar pek çok siyasi ve politik süreçlerden etkilenmiş ve çoğu zaman içinde bulunduğu dönemin özelliklerine göre şekillenmiştir. Bu süreçlere genel olarak bakıldığında travma çalışmalarının inişli çıkışlı bir geçmişi vardır; yani travmanın psikolojik etkisinin yoğun araştırıldığı dönemler ile hiç önemsenmediği dönemler birbirini izlemiştir. Travma kavramının psikiyatri tarihindeki değişiklikleri, psikiyatrik hastalıkların geçirdiği süreci göstermede önemli bir yere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Travma, Travma Tarihiçesi, Posttravmatik Stres Bozukluğu

ABSTRACT

Severe events that can not be wiped out in life cause great fear, helplessness and weakness to emerge. It affects the feelings, thoughts and mood of those who have experienced trauma for a long time. Such events are called "traumatic conditions" or "trauma". After a trauma, the human receives mental, partly physical injuries. The world of a person who has experienced trauma changes, and now nothing comes to him as an old one. Physical injuries can be seen and treated by doctors. However, spiritual injuries do not occur and are therefore often not treated. This gives great suffering to those who have experienced trauma; such as tension, soreness, sleep disturbance, fear states or depression. "Post-Traumatic Stress Disorder" (PTSD) has been admitted as a diagnosis in 1980 with the publication of DSM-III. It was the first diagnosis which determined trauma as a cause of psychiatric disorders. The psychological consequences of trauma studies in psychiatry were influenced by many political and cultural processes. The studies of trauma had a history of cycle including the pauses for a long time and starts with a traumatic process. The studies finished with the omission of the traumatic process. The history of trauma had an interesting story in psychiatry which is an example demonstrating the big changes of psychiatric diseases.

Keywords: Trauma, History of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder

¹ Dr. Erzincan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, yenerozen@erzincan.edu.tr

1.GİRİŞ

İnsanoğlunun yeryüzünde var olduğu günden beri tabiatın yıkıcılığı ve insanın vahşete, saldırganlığa olan meyli ve ne yazık ki ölümün var olması travma yaşantısını insanlık tarihi kadar eski kılar. Kötü haber, travma hayatın bir gerçeğidir, iyi haber ise insanın psikolojik direncinin de hayatın bir gerçeği olmasıdır. Travmanın bir anlamı “dile getirilemez” olmasının nedeni; vahşete verilen olağan tepkinin ona direnmek olmasıdır. Bu tepkilerin başında onu akıldan çıkarıp atmaktır. Onu yüksek sesle dillendirmek bile fazlasıyla korkutucu olabilir. Ama akıldan o olayı atarken ya diğer yaşanmışlıkları da atıyorsak, bize kalanla yaşadıklarımızı anlamlandırabilir miyiz? Olayları en derinlere gömsek de, korku ve vahşet gömülmeyi reddeder. Tarih bu retlerin hayaletleri ile doludur. Bu hayaletler mutlaka bir psikolojik semptom olarak ortaya çıkar. Ruhsal travma tarihi insanın akli gibi gelgitli bir izlek sürer. Bir dönem aktif olarak üzerinde konuşulan bir kavram, bir dönem unutmama. Bu unutmama veri yetersizliği ya da moda çalışma olmaması gibi bahisler değil. Konu öyle tartışmalara ve çalışmalara sebebiyet verdi ki; bazı dönemler lanetli konu sayıldı.

Psikolojik travmayı çalışmak, hem doğal dünyadaki insan yaralanabilirliği hem de insan doğasındaki kötülük kapasitesiyle yüz yüze gelmektir. Psikolojik travmayı çalışmanın anlamı dehşetengiz olaylara tanık olmaktır. Olaylar doğal afet ya da “Tanrı’nın işi” olduğunda, tanık olanlar sempati duymaya hazırdır. Fakat travmatik olaylar insan yapısı olduğunda kurban ve fail arasındaki çatışmaya yakalanırlar. Bu çatışmada tarafsız kalmak ahlaken mümkün değildir. Seyirci kalanlar taraf tutmaya zorlanırlar (Herman, 2016, s:10). Kurban ve fail arasındaki duruma seyirci kalanlar, failin tarafını aslında tutuyorlardır ancak bundan haberdar değildirler. Fail seyircilerin sessiz kalmasını ister. Kurban ise sahip çıkılmak ve yükünün paylaşılmasını bekler.

Savaş ve kurbanlar toplumun unutmak istediği bir şeydir; acılı ve nahoş olan her şeyin üzerine bir unutuş örtüsü çekilir. Karşı karşıya iki taraf olduğunu görürüz; bir tarafta belki de unutmak isteyen ama unutamayan kurbanlar, diğer tarafta kuvvetli, çoğu kez bilinç dışı Saiklerle, çok yoğun olarak hem unutmak isteyen hem de bunu yapmayı başaranlar. Karşıtlık... sıklıkla her iki taraf için de çok acılıdır. En zayıf olan... bu sessiz ve eşitsiz diyalogda kaybeden taraf olur (Eitinger, 1980, s:134). Psikolojik travma güçsüzlerin bir felaketidir. Travma anında kurban ezici bir kuvvet tarafından çaresiz hale getirilir. Kuvvet doğaninki olduğunda, afetten söz ederiz. Kuvvet başka bir insaninki olduğundaysa, vahşetten söz ederiz. Travmatik olaylar insanlara kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış sistemlerini altüst eder (DSM III, 1980, s:236).

Psikolojik travma çalışmasının, kurbanı inanmama ya da onu görünmez kılma eğilimiyle sürekli mücadele etmesi gerekir. Alanın tarihi boyunca tartışma, travma sonrası bozukluğu olan hastaların bakıma ve saygıya mı haklarının olduğu, yoksa aşağılanmaya mı layık oldukları; gerçekten acı mı çektikleri, yoksa iftira mı attıkları; hikâyelerinin doğru mu, yoksa yalan mı olduğu; şayet yalansa hayali mi, yoksa kötü niyetle uydurulmuş mu olduğu noktasında alevlendi. Psikolojik travma olgusunu belgeleyen devasa literatüre rağmen, tartışmanın odağı hâlâ bu olgunun inanılır ve gerçek olup olmadığı yolundaki temel sorudur (Herman, 2016, s:11). Psikolojik travma on dokuzuncu yüzyılda aslında tanımlanmış ve çalışmalar yapılmıştır. Ancak siyasi hareketler ve devlete egemen olan kudretler bu çalışmalara onay vermemiştir. Psikolojik travma XIX yüzyılda üç kere kamusal bilince çıktı. Her seferinde bu travmayı

araştıranlar siyasi bir harekete katılmakla başarıyı yakaladı. İlk ortaya çıkan, kadın psikolojik bozukluğunun arketipi olan histeriydi. Histeri çalışması, Fransa'da XIX yüzyıl sonun cumhuriyetçi, kilise karşıtı siyasi hareketinden doğdu. İkincisi bomba şoku ya da muharebe nevrozuydu. Bu çalışma İngiltere'de ve ABD'de Birinci Dünya Savaşı sonrasında başladı ve Vietnam Savaşı sonrasında zirve yaptı. Bunun siyasi bağlamı, savaş kültürünün çökmesi ve savaş karşıtı hareketin gelişmesiydi. Travmanın son ve en yakın tarihli kamusal farkındalığa girmesi cinsel ve ev içi şiddettir. Bunun siyasi bağlamı da Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'daki feminist harekettir (Lerner, 1980).

2. TRAVMA KAVRAMI

Travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olayı adlandırmak için kullanılmaktadır. 19. yy ve 20. yy ilk yarısında "travma" kavramının fiziksel travma haricinde kullanımı kısıtlı olmuştur (Jones, 2007, s:165). 19. yüzyıldaki psikoanalitik literatürü dışlarsak "travma" kavramı fiziksel travma anlamı dışında kullanılmamıştır (Herman, 2001, s:5). Günümüzde de tıp sözlüklerinde travma kelimesinin karşılığı "bedene dış bir etmen tarafından bir zarar gelmesi" olarak tanımlanır (Kocatürk, 2005). 18. yüzyılda ve öncesinde travmanın psikolojik etkisinin olduğu düşünülmemiş ve travma sonrası psikolojik sorun yaşayan kişilerin zihinsel bir hastalığı olduğuna inanılmıştır. Psikolojik sorun yaşayan kişinin ya kişiliğinde bir sorun vardır ya da biyolojik temelli bir rahatsızlığa yakalanmıştır; yani her iki durumda da sorunun nedeni kişinin kendisidir (Micale, 1989, s:227). Dışsal bir etken olan travmaya uğrayan sağlıklı bireyden beklenen bu sorunu halletmesiydi. Bu açıdan eğer bir kişi travma sonrası psikolojik sorun yaşıyor ise bu muhtemelen kişide zaten zihinsel bir hastalık ya da yatkınlık olduğunu gösteriyordu. Kişinin ya ego gücü düşüktü ya da şizofreni benzeri biyolojik temelli olduğu düşünülen bir rahatsızlığı vardı; yani hastalığın 'asıl' nedeni bireyin ta kendisiydi (Jones ve Wessley, 2005, s:232).

Zihinsel olarak sağlıklı kişilerde ise ciddi düzeyde stresli bir olay yaşandığında, kişinin bir süre zorluk yaşasa bile tamamen iyileşeceği varsayılmaktadır. 1870 yılındaki Fransa-Prusya savaşına kadar stresli yaşam olaylarının kalıcı bir psikiyatrik rahatsızlığa yol açmasının mümkün olmadığı kabul edilirken, bu savaş sonrasında cepheden dönen askerlerin ruhsal sorunlar yaşaması psikiyatristlerin ilgisini çekmiştir (Veith, 1977, s:8). Bu hastalardaki bozukluklara ilk olarak "travmatik nevroz" tanısı önerilmiştir (Kardiner, 1959, s:246). Daha önce bir rahatsızlığı olmayan askerlerin savaş sonrasında tepkilerinin azaldığı, cephede yaşadığı olayları tekrar yaşantıladığı ve savaş öncesinde keyif aldığı durumlarla ilgilenmediği psikiyatristler tarafından gözlemlenmiştir. Psikiyatristlerin gözlemlendiği bu davranışlar TSSB ölçütlerine benzer belirtiler olarak kabul edilebilir. Psikiyatristler bu hasta grubuna ilk kez "travmatik nevroz" tanısını önermiştir (Norman, 1989, s:139). Birinci Dünya Savaşı'nda bomba şoku (shell shock) gibi terminolojiler travmanın kişiler üzerine ruhsal etkileri olduğunu ima etse de travma yaratan yaşam olayları üzerine dikkat çekilmemiş ve travma bozuklukları tetikleyen bir etmen olmaktan öte görülmemiştir. Aynı düşüncenin İkinci Dünya Savaşı öncesinde de devam ettiği görülmektedir (Jones, 2007, s: 168).

2.1. Büyük Nevroz

Travmanın psikolojik etkileriyle ilgili ilk araştırmalar ise histeri rahatsızlığı olan hastalarla yapılmıştır. Bu çalışmaları ilk yapan kişi Fransız nörolog Jean-Martin Charcot'dur (Veith, 1977, s:9). Charcot'un BÜYÜK NEVROZ dediği histeriye yaklaşımı, sınıflandırma uzmanlarının yaklaşımıydı. Dikkatli gözlemin, tanımın ve

sınıflamanın önemi vurgulandı. Histerinin karakteristik semptomlarını yalnız yazılarında değil, çizim ve fotoğraflarla da inceden inceye belgeledi. Charcot nörolojik hasarı andıran histeri semptomları üzerine odaklandı: hareket felci, duyu kaybı, konvülsiyonlar ve unutkanlık. 1880’ e kadar bu semptomların psikolojik olduğunu gösterdi çünkü yapay olarak tetiklenebiliyor ve hipnoz kullanılarak giderebiliyorlardı (Micale, 1989, s:228). Charcot’un histerik kadınların belirtilerini doğüstü güçlere bağlamaması ve belirtilerin nedenlerini açıklamaya çalışması travmanın psikiyatride ele alınışında önemli bir adım olmuştur. Charcot’un histerik belirtilerin nedenlerini açıklamaya çalıştığı hastalar şiddet, tecavüz ve işkence sonucu Salpetriere’e sığınmış genç kadınlardır. Salpetriere’de birçok kişinin toplandığı alanda histerik hastaların belirtilerini gösteren sunumlar yapmıştır. Salpetriere, çeşitli travmalardan etkilenen ve şiddetten kaçan kadınlara güvenli bir ortam sağlamıştır. Charcot bilimsel araştırmannın dışına itilmiş histeri konusunun tıbbi olarak ele alınmasına öncülük etmiştir (Herman, 2016, s:14).

Bununla beraber Charcot histerik hastaların belirtilerine yoğun ilgi gösterirken ruhsal durumlarını önemsememiştir. Bu da, Charcot’un bilimsel alanda öncülük ettiği travma konusunu yeterince açıklayabilmesini engellemiştir. Charcot’tan sonra histeri konusunda en çok çalışan araştırmacılar Fransa’da Pierre Janet ve Viyana’da Josef Breuer’le beraber çalışan Sigmund Freud olmuştur. Janet ve Freud, histerinin nedenini açıklayabilmeyi amaçlamış ve Charcot’un bilimsel alana dâhil ettiği travmanın psikiyatrik sonuçları ile ilgili önemli bulgular elde etmiştir. 19. yüzyıl sonunda birbirlerinden bağımsız olarak çalışan Janet ile Freud benzer çıkarsamalarda bulunarak; travmatik olaylara verilen duygusal reaksiyonların bilinç durumunu etkilediğini ve değişen bilinç durumu sonucunda histerik belirtilerin ortaya çıktığını savunmuştur. Bilinç durumundaki bu değişiklik Janet tarafından “çözülme”, Breuer ve Freud tarafından ise “ikili bilinç olarak adlandırılmıştır (Ellenberger, 1970, s:142). Freud 1896’da “The Aetiology of Hysteria” başlıklı makalesinde 18 histeri olgusunun takibi sonucunda bu hastalarla ilgili yorumlarını yayınlamıştır. Freud’a göre her histeri olgusunun geçmişinde erken cinsel deneyim yaşantısı vardı ve bu yaşantılarla baş etmekte zorlanan kadınlarda belirtiler ortaya çıkmaktadır. (Green, 1985, s:409). Freud, histerinin travmatik kökeni teorisini gelen baskılar üzerine gizlice reddetti. Yazışmaları hipotezinin radikal sosyal içeriğinden gitgide sıkıntı duyduğunu açıkça gösterir. Histeri kadınlar arasında öyle yaygındı ki, şayet hastaların hikâyeleri gerçekse ve teori doğruysa “çocuğa karşı sapık eylemler” dediği şeyin, yalnızca ilk histeri çalışmasını yaptığı Paris varoşlarında değil, çalıştığı Viyana’nın saygın burjuva aileleri arasında da yaygın olduğu sonucunu çıkarmaya zorlanacaktı. Bu fikir kolay kabul edilemezdi. İnanırlık sınırının ötesindeydi (Bonaparte, Freud ve Kris, 1954, s:215).

Freud bu yazısının Viyana’daki aristokrat çevreyi rahatsız edeceğini düşünerek, başka bir makale daha yazarak hipotezinin doğru olmadığını ve histerik hastaların çocuklukta yaşadığını anlattığı cinsel istismar öykülerinin gerçek olmadığını açıklamıştır. Bu makalesinde cinsel istismar öykülerinin aslında hiç yaşanmadığını ve bu anlatımların hastalarının uydurduğu fanteziler olduğunu belirtmiştir. 19. yüzyılın sonlarında başlayan histeriyi tıbbi olarak açıklama çalışmaları, dolaylı olarak da psikolojik travma araştırmaları, Freud’un bu makalesiyle durgunluk sürecine girmiştir.

Breuer ve Freud, histerinin geçmişte yaşanan kötü olayların etkisiyle ortaya çıkan bir durum olduğunu belirtmiş ve travmatik anılar ile travmanın etkisiyle hissedilen duyguların kelimeye döküldüğü zaman histerik belirtilerin azaldığını gözlemlemiştir.

Birçok histeri hastasının belirtilerinin azalması, araştırmacıların bunu bir tedavi yöntemi olarak görmesini sağlamıştır. Duyguların ifade edilmesinin histerik belirtileri azaltmasına dayanan bu tedavi yöntemi, Janet tarafından “psikolojik analiz”, Breuer ve Freud tarafından ise “katharsis” olarak isimlendirilmiştir. Daha sonra, Freud’un “psikoanaliz” adını verdiği bu tedavi yöntemi günümüzdeki psikoterapilerin gelişmesine de öncülük etmiştir (Horowitz, 1986, s:94).

2.2. Bomba Şoku

Psikolojik travmanın gerçekliği, Birinci Dünya Savaşı’nın yıkımıyla kamusal bilinci bir kez daha zorladı. Bu uzun yıpratma savaşında dört yıl içinde sekiz milyon insan öldü. Katliam sona erdiğinde dört Avrupa imparatorluğu yıkılmış ve Batı medeniyetinin dayandığı akidelerin çoğu paramparça olmuştu (Herman, 2016, s:25). Tüm dünyayı derinden etkileyen ve birçok insanın öldüğü birçoğunun da yaralandığı ya da kaybolduğu bu savaş, uluslararası bir travma olarak dünya tarihinde yerini alırken; diğer bir yandan da travmanın psikiyatrik etkilerinin daha iyi öğrenilmesine vesile olmuştur. Zor koşullarda savaşmış erkeklerde de histeriye benzer davranışlar görülmüş ve travmanın psikolojik etkileri tekrar bilimsel alanda ilgi çekmiştir. Savaşta silah arkadaşlarının ölmesine ve yaralanmasına tanık olan birçok askerde psikiyatrik belirtiler görülmüş ve birçok hastane bu askerleri yatırarak tedavi etmek zorunda kalmıştır (Norman,1989, s:140).

Savaş yıkımının pek çok zayıfından biri de, kavgada erkekçe onur ve şan yanılmasıydı. Siper savaşının dehşetine fasılasız maruz kalma koşulları altında, şaşkıncı sayıda insan ruhen sarsılmaya başladı. Mahsur kalmış, çaresizlik, sürekli yok olma tehdidi altında, kurtulma ümidi olmaksızın silah arkadaşlarının ölmesine ve yaralanmasına tanık olmaya zorlanan pek çok asker, histerik kadınlar gibi davranmaya başladı. Kontrolsüz bir şekilde feryat ediyor ve gözyaşı döküyorlardı. Donup kalıyor, hareket edemiyorlardı. Konuşmuyor ve hiçbir tepki vermiyorlardı. Hafızalarını ve hissetme yeteneklerini kaybetmişlerdi. Psikiyatrik zayıfların sayısı öyle büyüktü ki, onları yatırmak için hastanelere el konması gerekti. Bir tahmine göre ruhsal sarsıntılar İngiliz savaş zayıflarının yüzde kırkını oluşturuyordu. Askeri yetkililer kamuda moral bozucu etkileri olacağı gerekçesiyle, psikiyatrik zayıfların raporlarını sümenaltı ettiler (Showalter, 1985, s:168). Savaş sonrasında askerlerin yaşadığı ruhsal belirtilerin fiziksel travmaya bağlı geliştiği düşünülmüş ve BOMBA ŞOKU (shell shock) olarak isimlendirilmiştir. Fiziksel travmaya maruz kalmayan askerlerde de birçok psikiyatrik belirtinin görülmesi bu açıklamanın yetersizliğini ortaya çıkarmıştır. Şiddetle karşılaşan ve ölüm korkusu yaşayan erkeklerin duygusal stresle baş etmekte zorlandığı ve nevroitik bir tablo içerisine girdiği gözlemlenmiştir (Jones, 2005, s:171). İlk vakarların bazılarını muayene eden İngiliz Psikolog Charles Myres, gördüğü semptomları patlayan bombaların sarsıcı etkisine atfetti ve sinir bozukluğuyla sonuçlanan “BOMBA ŞOKU” adını verdi (Myres, 1978, s: 558). Herhangi bir fiziksel travmaya maruz kalmayan askerlerde bulunabilecek bir sendrom olduğu kısa zamanda anlaşılmasına rağmen, bu isim yapışıp kaldı. Yavaş yavaş askeri psikiyatristler bomba şoku semptomlarının psikolojik travmaya bağlı olduğunu kabul etmek zorunda kaldılar. Şiddet sonucu ölüme uzun süre maruz kalmanın duygusal stresi, erkeklerde histeriyi andıran Nevrotik bir sendromun ortaya çıkması için yeterliydi (Herman, 2016, s:25). Bir savaş nevrozunun varlığı artık inkâr edilemez olduğunda ise bu tablonun açıklaması yapılmaya çalışılmıştır. Bunlar daha önce histeri konusunda yapılan açıklamalara benzer nitelikte olup öncelikle hastanın karakterini sorumlu tutmuştur. Geleneksel anlayışta bir askerin

savaşla gurur duyması ve hiçbir duygusal tepki vermemesi gerektiğine inanıldığından travmatik nevroz görülen askerler dönemin tıbbi yazarları tarafından “ahlaken sakat” olarak nitelenmiştir (Lifton, 1973, s:30). 1918’de Lewis Yealland’ın yazdığı “Hysterical Disorders”ta travmatik nevroz tanısı düşünülen askerlere utandırma, tehdit ve cezalandırmaya dayalı bir tedavi yönteminin uygun olduğu belirtilmiştir. Bazı psikiyatristlere göre ise bu belirtiler savaştan kaçmak amacıyla kişinin isteyerek yaptığı davranışlardır. Bu düşüncenin şu anki psikiyatrik tanılardan temaruza karşılık geldiği düşünülebilir (Showalter, 1985, s:177).

Savaşın sona ermesinden birkaç yıl sonra psikolojik travma konusuna yönelik ilgi tekrar azalmıştır. Birinci dünya savaşından sonra birçok gazinin psikiyatrik hastalığı olmasına ve hastanede tedavi görmesine rağmen sivil toplum da bu konuya yeterince ilgi göstermemiştir.

Savaş travmasıyla ilgili ilk ciddi ve gerçekçi çalışmayı 1941 yılında Abram KARDİNER tarafından yapıldı. “Travmatik Savaş Nevrozları” isimli eserini yayınladı. Psikiyatrist olan Kardiner, Viyana’da Freud tarafından analizi yapıldıktan sonra New York’a geri dönmüş ve bu şehirde birçok muharebe gazisini değerlendirmiştir. Kardiner bugün anladığımız şekliyle travmatik sendromun klinik ana hatlarını geliştirmeye başladı (Ellis, 1980, s:34). Teorik formülasyonu Janet’in 19.yüzyıl sonu histeri formülasyonuna çok benziyordu. Kardiner savaş nevrozunun, histerinin bir şeklini temsil ettiğini kabul etti; fakat bu terimin, en çok kendisine inanılmayan hastalar için kullanılan, aşağılayıcı anlamını bir kez daha kazandığını da fark etti; “ ‘Histerik’ kelimesi... kullanıldığında bunun sosyal anlamı, öznenin bir şeyleri beşe getirmeye uğraşan, yağmacı bir birey olduğudur. Böyle bir nevrozun kurbanı, bu yüzden, mahkemede sempati görmeyen... Doktorundan sempati görmeyen, çoğu kez... Bir tür ahlaksızlık, sapıklık ve irade zayıflığından mustarip birey anlamında ‘histerik’ adı verilen biridir (Kardiner ve Spiegel, 1947, s:406).

İkinci Dünya Savaşı’nın başlamasıyla muharebe nevrozuna tıbbi ilgi tekrar artmıştır. Hızlı, etkili bir tedavi bulma umuduyla askeri psikiyatristler muharebe stres reaksiyonu üzerindeki damgayı silmeye çalışırlar. Herhangi bir insanın ateş altında ruhsal sarsıntı geçirebileceği ve maruz kalınan çatışmanın şiddetiyle dorudan orantılı bir şekilde psikiyatrik zayıflığın beklenebileceği ilk kez kabul edildi. Gerçekten psikolojik bir çöküşün ortaya çıkmasında kesin olan maruz kalmanın net seviyesini belirlemeye önemli çabalar hasredildi (O’Brien, 1990, s:85). Savaşın sona ermesinden bir yıl sonra, iki Amerikalı psikiyatrist J.W.Appel ve G.W.Beebe, muharebedeki 200-240 günün, en güçlü askeri bile çökertmeye yeteceği sonucuna vardılar (Herman, 2016, s:30). Amerikalı psikiyatristler akut ruhsal sarsıntıya karşı kişiyi koruyacak ya da hızlı iyileşmeyi sağlayacak faktörleri belirlemeyi amaçlamıştır. Amerikalı çalışmacılar şöyle açıklamışlardır: Muharebeye alışmak diye bir şey yoktur. Muharebenin her anı öyle büyük bir gerilim yaratır ki, insanlar maruz kalmanın süresi ve yoğunluğuyla doğru orantılı olarak ruhsal sarsıntı geçirirler. Bu yüzden psikolojik zayıflıklar savaş meydanındaki silah ve şarapnel yarası kadar kaçınılmazdır (Appel ve Beebe, 1946, s:1470).

İlk histeri çalışmalarında olduğu gibi muharebe nevrozu için de “konuşma tedavisi” temel yöntem olarak görülmüş ve travmatik anılara eşlik eden öfke ve keder duygularının azaltılmasında katharsis yöntemi uygulanmıştır (Ellis,1980, s:37). İkinci Dünya Savaşı sırasında geliştirilen tedavi stratejileri, etkilenen asker ve silah arkadaşları

arasındaki mesafeyi en aza indirecek şekilde düzenlendi. Askeri, savaşan birliğine hızlı döndürme amacıyla, savaş hattına mümkün olduğunca yakın bir yerde kısa bir müdahale fikri revaçtaydı (Grinker ve Spiegel, 1945, s:363). Hızlı ve etkili bir tedavi yöntemi ararken, askeri psikiyatristler psikolojik travmadaki değişmiş bilinç durumunun aracılık rolünü bir kez daha keşfettiler. Yapay olarak yaratılan değişmiş durumların travmatik hatıralara ulaşma yolunu açmak için kullanılabileceğini buldular. Kardiner ve Spiegel değişmiş bir durum yaratmak için hipnoz kullandılar. Grinker ve Spiegel “narkosentez” dedikleri bir teknik olan sodyum amital kullandılar. Yine iyileşmede ve tüm eşlikçi terör, hiddet ve keder duygularıyla birlikte travmatik hatıraların yeniden yaşantılanması tekniği kullanıldı (Herman, 2016, s:31). Kardiner ve Spiegel, travmatik hatıraların yükünden kurtulmanın uzun süreli bir iyileşme için yeterli olmadığını vurguladılar. Hipnozun travmatik hatıraların kazanılmasını hızlandırmasına rağmen, tek başına katharsis yönteminin faydasız olduğu konusunda ilgilileri bilgilendirdiler. Hipnoz açıklandığı gibi, devamı yeterince getirilmediğinde başarılı değildi (Kardiner ve Spiegel, 1945, s:365).

Muharebenin uzun süreli psikolojik etkileri Vietnam Savaşı’na kadar sistematik ve geniş kapsamlı olarak ele alınmamıştır. Vietnam Savaşı sonrasında bu konuya yönelik çalışmalar savaştan soğumuş askerlerin örgütlü çalışmaları ile gerçekleşmiştir.

Vietnam savaşının en yoğun olduğu bir dönemde, çoğu cesaretiyle ve savaştaki kahramanlıklarıyla öne çıkmış bir grup asker, madalyalarını reddederek kendi savaş suçlarını açıklamıştır. Bu kişiler “Savaşa Karşı Vietnam Gazileri” adlı bir örgüt kurmuş ve savaşı gösterilerle protesto etmiştir. Savaş devam ederken örgütlenen ve savaşı protesto eden gaziler daha önce görülmemiş olup insanlar ilk kez Vietnam Savaşı’nda böyle bir olaya tanık olmuştur (Turnbull, 1998, s:89; Lifton, 1973, s:31). Savaşı protesto eden ve kahraman olmayı reddeden gazilerin varlığı, büyüyen bir savaş karşıtı harekete ahlaki inanılabilirlik kazandırmıştır. Savaş gazileri “rap group” olarak isimlendirilen; psikolojik travmadan muzdarip gazilere teselli vermeyi ve savaşın etkileri hakkında farkındalığı arttırmayı amaçlayan örgütler kurmuştur. Bu örgütlenmeler psikiyatrik araştırmalar yapılmasında önemli rol oynamış ve psikiyatristler travma konusuyla yakından ilgilenmeye başlamıştır. Yapılan çalışmalar muharebeye maruz kalmayla travma sonrası oluşan psikiyatrik bozuklukların doğrudan ilişkisini göstermiş ve bu çalışmaların sonucunda travma sonrası stres bozukluğunun ana hatları belirlenmiştir (Gerson, 1992, s:743).

Savaş karşıtı hareketin ahlaki meşruiyeti ve itibar edilmeyen bir savaşta yenilmenin ulusal deneyimi, psikolojik travmanın savaşın kalıcı ve kaçınılmaz mirası olarak kabul edilmesini mümkün kıldı. 1980’de ilk kez karakteristik psikolojik travma sendromu gerçek bir tanı haline geldi. 1980’de Amerikan Psikiyatri Birliği “Travma Sonrası Stres Bozukluğu” adı altında yeni bir kategoriye, resmi mental bozukluklar (DSM) elkitabına aldı. Kardiner’in kırk yıl önce ana hatlarıyla çizdiği travmatik nevroza tıpatıp uyuyordu. Böylece geçen yüzyıl boyunca zaman zaman unutilan, zaman zaman yeniden keşfedilen psikolojik travma sendromu, en sonunda tanısalsistematik içinde resmi kabul kazandı (Herman, 2016, s:34).

2.3. Travma Tanımı ve Kabulü

1970’li yıllarda kadınların ev içi şiddeti engellemek ve sosyal hayatta eşit haklara ulaşmak için örgütlenmeleri, travmanın günlük yaşamda insan psikolojisini nasıl etkilediğinin araştırılmasında etkili olmuştur (Avina ve O’Donohue, 2002, s:70). Kadın

hayatının gerçek durumu özel dünyada, mahrem hayatta gizlenmişti. Mahremiyet değerinin baş tacı edilmesi, bilinç için kuvvetli bir bariyer yarattı ve kadın gerçekliğini pratikte görünmez hale getirdi. Cinsel ya da ev içi yaşamdaki deneyim hakkında konuşmak, kamusal aşağılamayı, alayı ve şüpheyi davet ediyordu. Kadınlar korku ve utançla susturulmuştu; kadının suskunluğu her tür cinsel ve ev içi sömürüye cevaz veriyordu (Herman, 2016, s:35). 1970'ten önce, sosyal hayattaki kadınların durumu göz ardı edilmiş ve travma sonrası ruhsal bozukluğun sivil hayattaki kadınlarda da görülebileceği düşünülmemiştir (Yehuda, 1995, s:1706). Amerikan kadın hareketi, daha önceleri görmezden gelinen cinsel taciz konusunda, 1970'lerin ortalarında başlayan bir araştırma patlaması da yarattı. Feminist baskı karşısında, 1975'te Ulusal Akıl Sağlığı enstitüsü içinde bir tecavüz araştırma merkezi kuruldu. İlk kez araştırmanın nesnesi olmaktan ziyade amili olarak kadınlara kapılar açıldı. Alışılmış araştırma normlarının aksine, merkez tarafından ödenek sağlanan "baş araştırmacıların" hemen hepsi kadındı. Feminist araştırmacılar deneklerine yakın çalıştılar. Bilimsel araştırmanın değerinin ölçüsü olarak duygusal uzaklığı reddettiler ve kendilerine bilgi verenlerle duygusal bağlarına içten saygı gösterdiler. Histerinin kahramanlık çağındaki gibi, uzun ve yakın kişisel görüşmeler bir kez daha bilgi kaynağı haline geldi. İlk Uluslararası Mahkeme 1976'da Brüksel'de toplanmıştır. Feminist araştırmacıların travma mağduru kadınlarla yaptığı araştırmaların sonuçları, Freud'un yüzyıl önce fantezi olduğu gerekçesiyle önemsemediği cinsel şiddetin varlığını göstermiştir (Sarachild, 1975, s:145). 1980'lerde yapılan araştırmaların sonuçları dehşet vericiydi. Her dört kadından biri tecavüze uğramıştı. Her üç kadından biri çocukluğunda cinsel istismara maruz kalmıştı (Russel, 1984). Tecavüz, özel hayatta kadına karşı şiddet olduğu için feminist hareketin başlangıç paradigması olmuştur. Feminist hareketi destekleyen kadınlar, kadına yönelik şiddeti araştırmaya tecavüz araştırmaları ile başlamış ve ev içi şiddet, kamusal şiddet gibi konularla da devam etmiştir. Bu araştırmaların sonucunda tecavüzün bilinenden çok daha sık olduğu ve örtbas edildiği ortaya çıkmıştır (Eitinger, 1980, s:134). Tecavüz özel yaşam dünyasında kadına karşı şiddet için feminist hareketin başlangıç paradigmasıydı. Bu anlayış derinleşirken, cinsel sömürü araştırmaları, şiddet ve mahremiyetin birbirine karıştığı ilişkilerin artan karmaşıklığını kapsayacak şekilde ilerledi. Başta failin yabancı olduğu sokak tecavüzü üzerinde olan odak, adım adım tanıdık tecavüzü, randevu tecavüzü ve evlilikteki araştırılmasına götürdü. Başta kadına karşı şiddetin bir biçimi olarak tecavüz üzerinde olan odak, ev içi dayak ve özel hayattaki zorlamanın diğer biçimlerinin araştırılmasına götürdü ve başta erişkin tecavüzü üzerinde olan odak kaçınılmaz olarak çocuğun cinsel istismarının yeniden keşfedilmesine götürdü (Herman ve Hirschman, 1977, s:740). Tecavüz bir vahşettir. Çalışmacılar, çalışmalarını sonunda tecavüzü bir cinsel eylem olmaktan çıkartıp, yasalar önünde bir şiddet suçu olarak yeniden tanımlattılar (Brownmiller, 1975). Ev içi şiddet ve çocuk cinsel tacizinin psikolojik etkilerini araştıran çalışmalar da, cinsel şiddet çalışmalarına benzer sonuçları vermiştir; yani ev içi şiddet mağdurlarında da travma sonrası birçok psikiyatrik belirti görülmüştür (Burgess ve Holmstrom, 1974, s:984).

Hem gazi derneklerinin çalışmaları hem de kadın hakları savunucularının şiddetin etkileri üzerine yaptıkları sosyal çalışmalar psikiyatristlerin travma konusunu tekrar değerlendirmelerini sağlamıştır; bu çalışmalardan elde edilen sonuçların değerlendirilmesiyle travmanın psikiyatrik bozukluğa yol açtığı bilimsel olarak kabul görmüştür. 1980'de Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) adlı yeni bir kategoriye resmi mental bozukluklar kitabına (DSM-III) almıştır ve ilk kez karakteristik travma sendromu psikiyatrik bir tanı olarak kabul edilmiştir (DSM-

III). Kardiner'in travmatik nevrozundaki belirtilerle büyük ölçüde örtüşen belirtiler içeren TSSB tanısının resmi mental bozukluklar kitabında yer alması ile travmanın psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi resmen kabul edilmiştir (Herman, 2016, s:30). Travma kavramının psikiyatri tarihinde gösterdiği değişim, psikiyatrik hastalıkların bilimsel alanda geçirdiği süreci göstermede önemli bir yere sahiptir. 1980'den sonra da travmanın ele alınışında değişimler olmuş ve bu değişim resmi tanı kılavuzlarını da etkilemiştir. Geniş bir konu olması ve bir derlemede bu geniş konunun tamamının değerlendirilmesi mümkün olmadığından bu derlemede değişimin temel özellikleri vurgulanmış ve asıl değişimi gösteren DSM-III'e kadar olan süreçten bahsedilmiştir (Kokurcan ve Özsan, 2012, s:23).

Psikolojik Travma tanınmasına ve türlerine geçmeden önce kısa bir şekilde travma tarihçesini bir de DSM'ler akışı ile bakmak ve böylece travmanın tanımlanması ve tedavisinde ki akışı bir görmek gerekir. Bu açıdan travma kavramının psikiyatri literatürüne girişi ve gelişimi terapistler için her zaman için önemli bir konu olmuştur (Yehuda ve McFarlane,1995, s:1704). Yine travmanın tanımı da tartışmalara konu olmuş ve süreç içinde değişime uğramıştır. Bu değişimi yayınlanmış DSM'lerde izlemek mümkündür (Wilson,1994, s:682). Örneğin zorlu yaşam olaylarına "travma" denilmesi ilk defa DSM-III ile olmuştur.

DSM-I Amerika Birleşik Devletlerinde 2. Dünya Savaşı sonrası dönemin sosyo-politik ikliminde filizlenmiş bir dokümandır. İlk olarak Amerikan ordusunda bülten-203 olarak yayımlanan bir bildirin Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından sivil toplumda uygulanabilecek bir versiyonu aslında üzerinde pek de değişiklik yapılmadan yayımlanmıştır. Bu nedenle içeriğinin dönemin askeri görüşünden etkilenmesi kaçınılmazdır. DSM- 1'de 'Büyük Stres Reaksiyonu' isimli bir tanıya yer verilmiştir. Buna göre öncelikli olarak travmatik olayın savaş sırasında meydana gelen bir olay olup olmadığı (askeri mercileri ilgilendirip ilgilendirmediği) kaydedilmeliydi. Dahası, bu olay savaş esnasında meydana gelmiş olsa bile patlama/felaket gibi çok büyük bir olay olmuş olmalıydı. Böylesine bir olaydan etkilenen kişi tamamen normal birisi olamazdı; olsa olsa 'hemen hemen normal' bir kişi olabilirdi. Öte yandan bu tanı sınıfı psikojenik orijinli / organik sebebi gösterilemeyen hastalıkların alt grubu olarak duruma bağlı ve 'geçici' olan bir 'kişilik bozukluğu' olarak değerlendirilmişti (APA 1952). DSM-I'de bu başlık altında tanımlanmış olarak olay kavramı; Kişinin aşağıdaki özellikleri olan bir olaya maruz kalmış olması gerekir; Kişi ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek duygusal strese sebep olan bir olaya maruz kalmalıdır (örneğin yangın, deprem, patlama vs). Stres yaratan olay savaş veya sivil bir felaket özel olarak belirtilmelidir. DSM-I'in bu tanımı DSM-IV' ün travma tanımına benzemektedir. Ama özellikle olayın etkisinin geçici olduğunu, ortaya çıkan belirtilerin psikozdan nevroza değişkenlik gösterse de bir süre sonra belirtilerin ortadan kalkması gerektiğini metinde vurgulamıştır. Eğer geçmez ise bu tanının geçici bir tanı olduğundan hareketle başka bir tanı ile değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. DSMI'deki olay tanımının yüzeysel olduğu ve özellikle savaş ve sivil felaketin belirtilmesi sadece büyük ölçekli olayları travma olarak kabul etmekte ve kişiler arası şiddet ve cinsel saldırı gibi olaylardan bahsetmemektedir (APA 1952). Bu durum savaş sonrası dönemin düşünsel atmosferini yansıtıyor olabilir.

1966 yılında DSM-II yayınlandığında İkinci Dünya Savaşının üzerinden uzun süre geçmiş olsa da bu süre Vietnam savaşının (1961- 1975) kişiler üzerindeki sonuçlarını görecek kadar uzun değildi. Bu süreçte flashback gibi TSSD belirtileri daha iyi tanımlanmakla beraber DSM-II bu konuda hiçbir gelişme göstermemiş ve travmatik

olay ve travmaya bağlı bozukluk düşüncesi DSM-I' den de geriye düşmüştür (Wilson 1994). İkinci Dünya Savaşı bitmiş ve toplumsal boyutta bir olay da kalmamıştır. Bu sebeple de dönemin yeni DSM'sinde böyle bir tanı kategorisine ihtiyaç kalmamıştır (Jones, 2007, s:172). Bu sebeple DSM-II psikolojik travma noktasında yeni bir şey söylememiş ve travma geçici uyum bozukluklarına sebep olan bir durum olarak değerden düşmüştür. Yine dikkati çeken bir başka nokta olayların büyük ölçekli, toplumsal olaylarla sınırlanmasıdır ve bireye özgü travma diye bir kavrama yer verilmemiştir (APA, 1966). DSM-II'nin travma ile ilişkili hastalık (travma kavramı kullanılmadan) tanımı şöyledir; altta yatan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerde çok yoğun ve baskılı bir çevresel olaya maruziyetten sonra çıkan belirtilerdir. Bu belirtiler stresli olay ortadan kalktıktan sonra yok olur eğer stres ortadan kalktıktan sonra devam ederse tanı değiştirilmelidir. Travmatik olay tanımı ayrı bir travma tanı kategorisi olmadığı için özellik göstermemektedir. DSM-II'nin bu açıdan travma tanımı oldukça muğlak kalmıştır hatta travma ile ortaya çıkan tabloyu da uyum bozukluğu olarak sınırlamıştır. Örnek olarak verdiği olaylar arasında savaş istenmeyen gebelik gibi olaylar bulunur. Ganser sendromu gibi klinik tabloların bozukluğun tezahürü olabileceği vurgulanır. DSM-II'de ek bölüm 6'da ICD-8'de geçen majör hastalıklar bölümü eklenmiş ve birçok uyum bozukluğu yaratacak durumları sıralamıştır. Fakat bu olaylar ile uyum bozukluğu arasındaki ilişkiye işaret etmemiştir (APA, 1966).

2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tanımlanması ve Kabulü

DSM-III de ilk defa TSSB ve buna bağlı olarak "travma" kavramı tanımlanmıştır (APA, 1980). TSSB tanısı aslında nedensellik açıklamakta iddiası olmayan ve teoriye dayanmayan DSM-III için farklılık arz etmektedir. 1970 öncesi dönemde travmatik olaydan sonra oluşan psikiyatrik tablolar kişinin psikolojik ve biyolojik yapısı ile ilgiliydi ve travmatik olay sadece tetikleyiciydi. TSSB tanı kategorisinin tanımlanması ile birincil neden bilimsel sebep kişi merkezli olmaktan çıktı ve olay (travma) merkezli hale geldi (Turnbull, 1998, s:90). TSSB'nin psikiyatrik bir tanı olarak DSM-III'e girmesinin yayımlandığı dönemin siyasi, entelektüel ve kültürel atmosferinden etkilendiği öne sürülür (Jones, 2007, s:174). Bu dönemde Batı toplumunda psikiyatri için zorluk teşkil eden özgür irade ve bireysel sorumluluk gibi kavramlar sorgulanır hale gelmiştir. Dolayısıyla psikiyatrik belirtiler pekâlâ dış olaylara bağlanabilmeye başlamıştır. Artık sıradan (normal, sağlıklı) birey olaylar karşısında güçlü durmak zorunda değildir. Normal birey anormal olaya anormal tepki verebilir. Böylece örneğin savaşlardan sonra psikiyatrik rahatsızlık yaşayan birçok kişi dış bir neden ile hasta 'olabildiler'. Buna karşın bu değerler dizisi değişimi ile ikincil kazanç problemi ve tazminat davaları da gündeme geldi (Maier, 2006, s:103). Bu sebeple travma-(örnek savaş sırasında yaşanan bir olayın) hemen hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratacak 'bariz' bir olay olarak tanımlandı. DSM-III TSSB'yi anksiyete bozuklukları ana kategorisi altında tanımlamıştır ve travma kriteri aşağıdaki gibi yapılmıştır (APA, 1980); Kriter A: Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bariz bir olayın varlığı olmalıdır. "Hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratan olay" tanımı ile bozukluk önceki DSM'lerden farklı olarak anormal bir yaşam olayına verilen meşru bir tepkiye dönüşmüş oldu. Fakat kriterin ayrıntılı belirtilmemesi objektiflik tartışmasını gündeme getirdi (Maier, 2006, s:105). "Hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratan olay" tanımı ve olayı travmatik yapan eşik halen belirsizdi. Bu sebeple DSM-III-R'de kavram örneklerle revize edilmiştir (APA, 1987). DSM-III-R Kriter A: Normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay. Örnek olarak

kişinin hayatına veya fiziksel bütünlüğüne tehdit, kişinin çocuğuna, eşine yakın akrabasına veya arkadaşlarına yönelik tehdit veya zarar verme, kişinin evine veya yaşadığı ortama zarar verme veya başka kişilerin kazara veya fiziksel şiddet sonucu yaralandığına veya öldürüldüğüne şahit olma verilebilir. DSM-III-R metin bölümünde travmayı şöyle ayrıntılandırır; Bu durumlara sebep olan tablolar arasında işkence, tecavüz, savaş, deprem gibi doğal felaketler, fiziksel bütünlüğe tehdit oluşturan her türlü kaza, bombalama gibi olaylar sayılabilir. Yine de bazı olaylar sıklıkla TSSB yaparken (işkence) bazıları (trafik kazası) bazen TSSB ye sebep olur (APA, 1987). DSM-III-R'deki revizyon ile amaçlanan travmatik olayın ciddiyeti ve hayatı tehdit eden yönünü vurgulamak ve stres yaratan olayın ciddiyeti ile ilgili soru işaretlerini azaltmak olmuştur. Normal insan deneyiminin ötesinde (gündelik yaşamda karşılaşılmayan) tanımının eklenmesi bu çabaya işaret etmektedir (Turnbull, 1998, s:88). Yine de kavram bu düzeltmelere rağmen DSM-IV'te de revizyona gitmiştir (APA, 1980).

DSM-IV ve DSM-IV-R DSM-III-R ile travmanın tanımı ve hangi olayların travma olarak nitelenebileceği belirtilmiş olmakla beraber travma tanımında eksiklik olduğu düşünülmüş ve DSM-III ve DSM-III-R'de tek kriter olan travma tanımı DSM-IV'te iki kriterli hale gelmiştir (APA, 1994-2000). DSM-IV'te travma kriteri; Kriter A: Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır. 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. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler. Dikkat edilirse DSM-IV'te travma tanımı olayları daha özelleştirerek DSM-III'te olan tanımsal kavramları dışlamıştır (DSM-III' teki "normal insanların deneyimlediği sıradan olayların dışında" ve "herkes için sıkıntı yaratan bir olay" kavramları çıkarılmıştır). Yani bir olayın travmatik olması için "normal insanların deneyimlediği sıradan olayların dışında" ve "herkes için sıkıntı yaratan bir olay" olmak zorunluluğu kalkmıştır. Onun yerine travmayı gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı olarak belirlemiş ayrıca yanına bireyin olaya vereceği öznel yanıtları da bir kriter olarak şart koşturmuştur. Bu açıdan olaylara A1 tanımı ile objektivite kazandırılmaya çalışılmaktadır. A2 kriteri ile de travmatik olaylara verilen cevaplarda öznelğin reddedilemeyeceği vurgulanmıştır. Bu açıdan DSM-IV'te hem kavrama objektiflik kazandırmak hem de olayın yaşantılanmasın da öznelğin önemini vurgulamak adına yapılmaya çalışılan denge kurma çabası dikkat çekmektedir (APA, 1994; Wilson, 1994, s:696). DSM-IV'ün farklarından biri de sekonder travmatizasyonu kabul ettiğidir. DSM-III'te örneklendirilse de tanı kriteri olarak ikincil travmatizasyonun varlığı DSM-IV ile meşru hale gelmiştir. Artık bir olayı öğrenmiş olmak, haberini almak, görmek gibi dolaylı yollarla da kişi travmaya uğramış kabul edilebilmektedir. Tabi bu durumda travmatik olay olarak nitelendirilecek olay tipleri çoğalmıştır (örnek; kişinin telefonda aldığı bir haber veya televizyondan izlediği bir görüntü dahi travmatik olay sayılmıştır). Yine A2 kriteri sayesinde travmatik olay tanımı öznelleşmiş bu da olay çeşitliğini arttırmıştır (örn; basit tıbbi müdahale ile giderilecek fiziksel darp DSM-III tanımı için travmatik olarak değerlendirilmeyebilecekken DSM-IV ile değerlendirilebilir hale gelmiştir). Böylece travmanın büyük ölçekli olaylardan bireysel olaylara kaydığı görülmektedir (APA, 1994). Bu durumu insan haklarının yükselişinin DSM III'deki büyük yansımalarının devamı olarak değerlendirmek mümkündür (Maier 2006, s:106). Tabi bu

durum gündelik yaşamdaki zorlamaları travma olarak değerlendirmeyi kolaylaştırmıştır (Avina ve O'Donohue, 2002, s: 73).Yine öznel tepkilerin A2 kriterinde belirtilenlerle sınırlı olmaması da tanıyı karşılamakta zorluk yaratmaktadır. Bu gibi nedenlerden ötürü DSM-V'te travma tanımının tekrar değiştirilmesi planlanmaktadır.

3. SONUÇ ve ÇIKARSAMA

2013 yılında yayınlanması planlanan DSM-V' te ise travma ile ilgili bozuklukların travma ve stresör ile ilgili bozukluklar kategorisi altında tanımlanması önerilmektedir (APA, 2010). Travma ile ilgili bozukluklar kategorisi DSM-I'de tanımlanan büyük stres reaksiyonu grubunun genişletilmiş haline benzemektedir. DSM-III ve sonrasında birbirinden ayrı olarak ele alınan travma ile ilgili klinik bozuklukların TSSD anksiyete bozukluklarının altında, uyum bozuklukları kategorisi vs. tekrar bir grup altında birleştirilmesi planlanmaktadır. Yine bu kategoride tepkisel bağlanma bozukluğu gibi bozuklukların bulunması travma ve stres yaratan yaşantıları ve buna bağlı bozuklukları yeniden tanımlamakta ve DSM-I' deki gruplamaya geri dönüşe işaret etmektedir (APA, 1952). Ayrıca önerilen sınıflama ile bu tanı grubu ICD sisteminde tanımlanan ağır stres reaksiyon ve uyum bozuklukları grubuna yakınlaşacaktır (WHO, 2010).

DSM-5 taslağında kişinin öznel tepkisi dikkate alınmamış (DSM-IV'te bulunan A2 kriteri çıkarılmış), onun yerine, travmatik olay tanımını netleştirmek amacı ile olaylar ile karşılaşmanın yolları sıralanmıştır. DSM-5 taslağına göre kişinin kendisi olayı yaşamış, tanık olmuş olabilir. Yine olay başkasından duyulmuş olarak yakın bir arkadaşı veya yakın bir akrabanın başına gelmiş olabilir. Bu takdirde ölüm olasılığı, şiddet veya kaza niteliğinin bulunması şartı olmalıdır. Yine olaylara elektronik medya, televizyon, film gibi görsel medya üzerinden maruziyet dışlanması önerilmektedir (APA, 2010) Bu dışlamanın önerilmesi 11 Eylül sonrası olay maruziyetinin görsel medya aracılığı ile olması dolayısı ile genişleyen maruziyet yollarını sınırlamak için olabilir. Yine DSM-IV'te olmayan "doğrudan" teriminin eklenmesi ile olaya maruziyet çeşitliliği daraltılmıştır. Taslakta travmatik olay ile travmatik olmayan olay ayrımını objektif olarak yapma çabası dikkat çekmektedir. Önceki DSM'lerde olan "kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğü" ifadesi kaldırılmış ve ilk defa "cinsel şiddet" ifadesine yer verilmiştir. Kullanılan somut kavramlar (fiziksel bütünlüğe tehdit yerine cinsel travma gibi) ve A2 kriterinin dışlanması ile tanım netleştirilmeye çalışılmıştır. Böylece örneğin A2 kriterini karşılamayan ama travmaya uğramış kişiler de-anhedonik veya dissosiyatif belirtili TSSB için eski A2 kriteri problem teşkil etmekteydi- TSSB tanısını karşılayabileceklerdir.

DSM-I'den DSM-5'e giden süreçte travma ile ilgili bozukluk önce bir arada ele alınmış DSM-II'de ise ayrıntılı biçimde tanımlanmamıştır. Dönemin siyasal iklimine uygun olarak başlangıçta sadece büyük ölçekli felaketler travma olarak tanımlanırken DSM-III ile beraber travmanın öznel deneyimi vurgulanmış ve travma ile ilişkili bozukluk kavramı netleşmiştir. Öte yandan bu netleşmenin davranış bilimindeki suni çevresel/biyolojik dikotominin etkisiyle fazla ayrılmış bir klinik tablo tanımlanmasına neden olduğu da öne sürülebilir. Gelecek DSM-5 sayesinde travma ile ilgili bozuklukların tek bir grupta toplanmasını bu suni ayrışmanın düzeltilmesi girişimi olarak ele alabiliriz. Hem bu toplanma hem de travma tanımındaki değişiklikler ile gen çevre etkileşim modelinin DSM-5 tarafından daha fazla ve daha doğru olarak dikkate alındığı söylenebilir. DSM- 5yayınlandıktan sonra travma kavramının seyri üzerine

daha fazla şey söylemek mümkün olacaktır (Çolak, Kokurcan, Özhan ve diğ., 2013, s:543).

KAYNAKÇA

Appel, J., & Beebe G. (1946). Preventive psychiatry; an epidemiologic approach. *Journal of the American Medical Association*, 131, 1469-75.

Avina,C ve O'Donohue,W. (2002). Sexual harassment and PTSD: is sexual harassment diagnosable trauma? *Journal of Traumatic Stress*, 15; 69-75.

Bonaparte, M., Freud, A., ve Kris, E. (1954). *The origins of psychoanalysis*. New York: Basic books.

Brownmiller, S. (1975) *Against Our Will: Men, Women and Rape*. Harmondsworth: Penguin.

Burgess, A.W., ve Holmstrom, L.L.(1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry* 131(10):981-986

Çolak B., Er. O., Kokurcan A. ve ark. (2013). Interrater reliability of structural imaging assesment with visual rating scales in patients with Alzheimer disease. *European Neuropsychopharmacology* Volume 23, Supplement 2, 543-4.

DSM III. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Library of Congress Catalogue Number 79-055868 Copyright © The American Psychiatric Association.

Eitinger, L. (1980). *Survivors, Victims and Perpatrators*, 127-62.

Ellenberger, H. (1970). *The Discovery of the Unconscious*, BasicBooks, New York, 130-145.

Ellis, J. (1980). *The Sharp End of War The Fighting Man in World War II*, London, 30-50.

Gerson B (1992) Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept *British Journal of Psychiatry* 161;742-748.

Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*. V.7. Pp:341-362

Grinker, R. R., & Spiegel, J. P. (1943). *War Neuroses in North Africa, The Tunisian campaign (January–May 1943)*. New York: Air Surgeon, Army Air Forces.

Herman, J. ve Hirschman, L. (1977). Father-daughter incest. *Signs: J. Women Cultur e Soc.*, 2:735-756

Herman, J.L. (2016). *Travma ve İyileşme*. Literatür Yayınları 4. Baskı. İstanbul.

Horowitz M (1986) *Stress Response Syndromes*, Northvale, 93-94.

Jones, E. (2007). A Paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders* 21: 164-175.

Jones, E. ve Wessely, S. (2005). *Shell shock to PTSD, military psychiatry from 1900 to the Gulf war*. Hove: Psychology Press.

- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). War, stress and neurotic illness (second ed.). New York: Hoeber.
- Kardiner, A. (1959.) Traumatic neuroses of war. In: Arieti, S. (Ed.). American handbook of psychiatry. New York: Basic Books. Vol. 1: 245–257.
- Kokurcan, A. ve Özsan, H. H. (2012). Travma Kavramının Psikiyatri Tarihindeki Seyri. *Kriz Dergisi*, 20 (1-3), 19-24.
- Lerner, M. J. (1980). The belief in a just world: A fundamental delusion. New York: Plenum Press.
- Lifton, R., J. (1973) Home From the War; Vietnam Veterans: Neither Victims Nor Executioners. New York; Touchstone.
- Maier, E. (2006). Review of Elbourne’s Situations and Individuals, MIT Press. LinguistList, <http://linguistlist.org/issues/17/17-3393.html>.
- Myers, D.G. (1978). Polarizing Effect of Social Comparison, *Journal of Experimental Social Psychology*, V:14. Pp:554-563
- Micale, M. (1989). Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings, 223-47.
- Norman, M. (1989). These Good Men: Friendships Forged From War, New York, 139-141.
- O’Brien TO (1990) How to Tell a True War Story, The Things They Carried, Boston, 80-95. American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I. Washington, DC. (1. edition)
- Russell, D. (1984). Sexual Exploitation - Rape, Child Sexual Abuse, and Workplace Harassment, Washington, DC US Dept of Health and Human Services, 245-62.
- Sarachild, K. (1978), *Feminist Revolution*, New York: Random House, 143-147.
- Showalter, E. (1985). Representing Ophelia: Women, Madness, and the Responsibility of Feminist Criticism. In P. Parker and G. Hartman (Eds.), *Shakespeare and the Question of Theory* (pp. 77-94). NY: Routledge.
- Turnbull, G. (1998). A review of posttraumatic stress disorder. Part 1: historical development and classification, *Injury* Vol. 29, No.2;87-91
- Veith, I. (1977). Four Thousand Years of Hysteria, 7-93.
- Wilson J (1994) The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 7, No. 4: 681-698.
- Yehuda, R ve McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis, *Am. J. Psychiatry*, 152: 1705-1713.