

## Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Ayırıcı Tanı

Ömer Şen<sup>1</sup>

### Özet

Travmatik yaşantılar, bireyde yoğun korku ve çaresizlik yaratarak duygusal, düşünsel ve psikolojik süreçleri uzun süre etkileyen sarsıcı olaylardır. Bu tür olaylar, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan ciddi tehditler oluşturur, güvenlik ve kontrol algısını zedeler ve bireyde kaygı ve çaresizlik hissine neden olur. Akut Stres Bozukluğu (ASB) tanısı, bireyin işlevselliğini bozan travmatik bir olaya maruz kalmasının ardından, iki gün ila dört hafta içinde ortaya çıkan semptomlarla konulurken, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı ancak dört hafta sonra verilebilmektedir. Erken dönemde stres tepkilerinin tespit edilmesi ve müdahale edilmesi, TSSB gelişimini önleme açısından kritik öneme sahiptir. ASB sürecinde dissosiyatif tepkiler, travmatik anılar ve duygudurum değişiklikleri iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir. Çocuklarda TSSB, yetişkinlerden farklı olarak duygusal sınırlanma, aşırı uyarılma, dikkat eksikliği, sinirlilik ve ayrılık kaygısı gibi semptomlarla kendini gösterir. Çocuklukta yaşanan travmatik yaşantılar, nörobiyolojik sistemleri etkileyerek gelecekteki TSSB riskini artırabilir. Geç yetişkinlerde, TSSB genellikle sevilen birinin kaybı gibi travmatik deneyimlerle ilişkilidir. TSSB gelişimini etkileyen temel faktörler arasında stres faktörleri, sosyal destek, sağlık durumu, eş tanı, bilişsel bozulma ve kişilik özellikleri yer alır. TSSB'nin karmaşık ve çok boyutlu yapısı, doğru tanı ve etkili tedavi süreçlerini zorlaştırmaktadır. Özellikle benzer belirtilere sahip olan bozukluklarla karışma riski, ayırıcı tanının önemini artırmaktadır. Klinik uygulamalarda doğru ayırıcı tanı, bireyin uygun tedaviye erişimini ve iyileşmeyi sağlarken; araştırmalarda geçerli ve güvenilir sonuçların elde edilmesine katkı sunar. Bu nedenle, TSSB'nin değerlendirilmesinde disiplinler arası ve sistematik yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** travma, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, ayırıcı tanı

## Differential Diagnosis in Post-Traumatic Stress Disorder

### Abstract

Traumatic experiences are shocking events that affect emotional, intellectual, and psychological processes for a long time by creating intense fear and helplessness in the individual. Such events pose serious physical, psychological, and social threats, damage the perception of safety and control, and cause anxiety and helplessness. While Acute Stress Disorder (ASD) is diagnosed with symptoms that appear within two days to four weeks after exposure to a traumatic event that disrupts the individual's functioning, posttraumatic stress disorder (PTSD) can be diagnosed only after four weeks. Identifying and intervening in early stress reactions is critical for preventing the development of PTSD. During the ASD process, dissociative reactions, traumatic memories, and mood changes may negatively affect recovery. Unlike adults, PTSD in children manifests with symptoms such as emotional limitation, hyperarousal, attention deficit, irritability, and separation anxiety. Traumatic experiences in childhood may increase the risk of future PTSD by affecting the neurobiological systems. In late adulthood, PTSD is often associated with traumatic experiences, such as the loss of a loved one. The main factors affecting the development of PTSD include stress factors, social support, health status, comorbidity, cognitive impairment, and personality traits.

**Key words:** trauma, posttraumatic stress disorder, acute stress disorder, differential diagnosis

<sup>1</sup> Klinik Psikoloji Öğrencisi, Bakü Devlet Üniversitesi, Sosyal Bilimler ve Psikoloji Fakültesi, Psikoloji Bölümü,  
E-posta: psyomersen@gmail.com

<sup>1</sup> ORCID: 0009-0005-8130-6785

Başvuru : 15 Aralık 2025  
Kabul : 7 Şubat 2026

DOI: 10.56955/bpd.1682702

## 1. Giriş

Son yıllarda, her olumsuz ve zorlayıcı olayın travma olarak adlandırılması yaygınlaşmıştır. İnsanlık tarihi kadar eski, ancak güncelliğini hiçbir zaman yitirmeyen bir olgu olan travma, gündelik yaşamda sıklıkla karşımıza çıkan ve zaman zaman kavramsal olarak karmaşaya yol açan bir konudur. Bireylerin, çevrelerinde meydana gelen olaylara verdikleri tepkiler, olayın niteliğine, bireysel farklılıklara ve psikolojik dayanıklılığa bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu olaylar kimi zaman gündelik, kimi zaman sıra dışı, kimi zaman da derin etkiler bırakan travmatik nitelikte olabilir. Gündelik ve sıradan olaylara uyum sağlamak, genellikle birey için daha mümkünken, travmatik olaylar karşısında verilen tepkiler çok karmaşıktır. Bu tepkiler bireyin ruhsal dengesi üzerinde derin etkiler bırakabilir. Bu makalede, travmanın tarihsel gelişimi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), akut stres bozukluğunun tanı ölçütleri ve TSSB'nin ayırıcı tanısı ele alınacaktır.

### 1.1 Travma Kavramı

Travma kavramı, tarihsel süreç içerisinde anlam ve kapsam bakımından önemli dönüşümler geçirmiştir. 18. yüzyıl öncesinde travma, ağırlıklı olarak yalnızca fiziksel bir yaralanma veya bedensel zarar olarak değerlendirilmiştir. Bu dönemde psikolojik tepkiler ya göz ardı edilmiş ya da bireyin önceden var olan zihinsel ya da kişilik temelli bir patolojisine bağlanmıştır (Micale, 1989). Psikolojik olarak zorluk yaşayan bireylerin ya zaten akıl hastası olduğu ya da doğuştan zayıf yapıları oldukları düşünülmüştür. Sağlıklı bireylerin ise zorlayıcı yaşam olaylarından sonra kısa sürede iyileşeceği, semptomların ise müdahale olmaksızın kendiliğinden geçeceği varsayılmıştır (Jones ve Wessley, 2005). Bu anlayış, 19. yüzyılın ikinci yarısına kadar devam etmiş; özellikle 1870 Fransa-Prusya Savaşı'na kadar travmatik yaşantıların ruhsal etkileri bilimsel olarak dikkate alınmamıştır. Savaş sonrasında cephede herhangi bir fiziksel yaralanma geçirmemiş askerlerin ruhsal sıkıntılar yaşamaları, psikiyatristlerin ilgisini çekmeye başlamıştır (Veith, 1977). Bu askerlerde gözlemlenen tepkisel donukluk, travmatik anıların tekrar yaşanması ve yaşamdan alınan hazzın kaybı gibi belirtiler "travmatik nevroz" kavramı çerçevesinde değerlendirilmeye başlanmıştır (Norman, 1989).

Psikolojik travma üzerine bilimsel temelli ilk çalışmalar ise Fransız nörolog Jean-Martin Charcot tarafından gerçekleştirilmiştir. Charcot, histeri tanısı konulan bireylerde görülen motor felçler, hafıza kayıpları, duysal bozukluklar ve konvülsiyon benzeri belirtilerin aslında nörolojik değil psikolojik kökenli olduğunu göstermiştir (Micale, 1989). Hipnoz yoluyla bu semptomların ortaya çıkarılması ve ortadan kaldırılması, psikolojik etkenlerin belirleyici rolünü ortaya koymuştur. Charcot'nun bu çalışmaları, travmanın psikoloji literatüründe yer edinmesi açısından önemli bir dönüm noktası olmuşsa da, kendisi esasen belirtilere odaklanmış ve ruhsal dinamiklerin derinlemesine incelenmesine yeterince eğilmemiştir (Özen, 2017).

Charcot'nun öğrencilerinden Pierre Janet ve Viyana'da Sigmund Freud ise travmanın psikolojik boyutlarını daha kapsamlı biçimde ele alan öncül isimler olmuşlardır. Her iki araştırmacı da, travmatik yaşantıların bireyde yarattığı yoğun duygusal tepkilerin bilinci etkilediğini ve bu durumun histerik belirtilere neden olduğunu savunmuştur. Freud bu durumu "ikili bilinç" (double consciousness), Janet ise "çözülme" (dissosiasyon) olarak kavramsallaştırmıştır (Kılıç, 2021). Böylece, travmanın yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda zihinsel işleyişi derinden etkileyen bir olgu olduğu bilimsel bir zeminde ilk kez vurgulanmış ve çağdaş travma kuramlarının temelleri atılmıştır.

### 1.2. Travmanın Tarihsel Gelişimi

Travma, insanlık tarihi kadar kadim bir olgu olup; doğanın yıkıcı gücü, insanın saldırganlığı ve ölümün kaçınılmazlığı gibi etkenlerle şekillenmiş, insanın yaşadığı sarsıcı olaylar, öfke, kaygı ve umutsuzluk gibi duygulara yol açarak bireyin psikolojik durumunu ve düşüncelerini etkilemiş ve bu tür olaylar travmatik yaşam olayı olarak tanımlanmıştır (Özen, 2017). Travma, psikoloji literatüründe DSM-III'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanımıyla yer almıştır (APA, 1980). Özellikle savaş ve çatışma ortamında askerlerde görülen dikkat, konsantrasyon ve uyku sorunları gibi travmatik stres semptomları, Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra 'bomba şoku' olarak kavramsallaştırılmıştır. İkinci Dünya Savaşı ile birlikte, özellikle askerlerde gözlemlenen stres belirtilerine yönelik ilgi artmış ve ilgi artmış ve fiziksel travmanın psikolojik travmaya yol açabileceği kabul edilmiş, ortaya çıkan stres belirtileri 'savaş nevrozu' olarak adlandırılmıştır (Myers, 1978; O'Brien, 1990; Öner, 2020).

TSSB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (The Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder) başlangıçta ayrı bir patoloji olarak tanımlanmıştır. Vietnam Savaşı sonrası yapılan çalışmalarla DSM-III'te ayrı bir kategori olarak yer almıştır (APA, 1980). DSM-IV'te (1994), APA travmayı, korku ve çaresizlik yaratan olay olarak tanımlamaktadır. Psikolojik travmanın anlaşılmasındaki ilerlemeler, travmaya bağlı ruhsal tepkilerin sistematik biçimde ele alınmasını sağlamıştır. Bu gelişmelerin sonucunda, travmatik olaylardan kısa süre sonra ortaya çıkan ve belirli tanı ölçütlerine dayanan Akut Stres Bozukluğu kavramı klinik literatürde yerini almıştır.

### 1.3. DSM-5: Akut Stres Bozukluğu Kriterleri

DSM-5'e göre Akut Stres Bozukluğu (ASB), bireyin gerçek ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet içeren bir olaya doğrudan maruz kalması, tanık olması ya da yakın birinin bu tür olaylara maruz kaldığını öğrenmesi sonucu gelişen bir bozukluktur (APA, 2013). Ayrıca, bu olaylara aşırı ve tekrar eden şekilde maruz kalmak da tanı kapsamında değerlendirilebilir. Ancak medya aracılığıyla maruziyet, mesleki bir zorunluluk olmadıkça bu kapsama girmez.

Tanı konulabilmesi için olaydan sonraki 3 gün ile 1 ay arasında gelişen ve aşağıdaki beş semptom kümesinden en az dokuz belirtinin bulunması gerekir:

- Yeniden yaşantılama: Travmaya ilişkin istenmeyen anılar, rüyalar veya flashbackler.
- Olumsuz duygu durumu: Sürekli olumsuz duygular ve olumlu duyguları yaşayamama.
- Dissosiyatif belirtiler: Zaman, mekân ve benlik algısında bozulmalar.
- Kaçınma belirtileri: Travmayı hatırlatan içsel ve dışsal uyaranlardan kaçınma.
- Aşırı uyarılma: Uyku problemleri, öfke, irkilme ve dikkat sorunları gibi artmış uyarılmışlık halleri.

Bu semptomlar bireyin sosyal, mesleki veya günlük işlevselliğinde bozulmaya neden olmalı ve başka bir tıbbi durum, madde kullanımı ya da psikotik bozuklukla açıklanamamalıdır (APA, 2013).

### 1.4. DSM-5 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kriterleri

DSM-IV-TR'de travmatik olaya tepki olarak korku, çaresizlik ve dehşet yer alırken, DSM-5'te bunun yerine D kategorisi eklenmiştir. Daha önce kaçınma belirtileri içinde değerlendirilen küntlük belirtileri, DSM-5'te ayrı bir kategori olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2000; 2013). APA (2013) tarafından tanımlandığı üzere Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı konulabilmesi için aşağıdaki ölçütlerin karşılanması gerekmektedir.

A. Kişinin, aşağıdaki durumlardan biri ya da daha fazlası aracılığıyla gerçek bir ölüm, ağır bir yaralanma ya da cinsel saldırıya maruz kalmış ya da bu tür bir duruma tanıklık etmiş olması gerekir:

1. Travmatik bir olayı doğrudan yaşamış olmak.
2. Başka bir bireyin bu tarz bir olayı yaşamasına doğrudan tanık olmak.
3. Yakın bir aile üyesi ya da yakın bir arkadaşın bu tarz bir duruma maruz kaldığını öğrenmiş olmak.
4. Travmatik olayın rahatsız edici ayrıntılarına, tekrarlayan ya da yoğun biçimde, doğrudan maruz kalmak (örneğin, mesleki görev gereği).

**Not: Bu durum, medya, film veya fotoğraflar yoluyla dolaylı bir maruz kalma şeklinde yaşandığında tanı ölçütü olarak sayılmaz.**

B. Aşağıdaki istemsiz ve müdahaleci nitelikteki belirtilerden en az biri mevcut olmalıdır:

1. Travmayla ilgili yineleyici, istemsiz ve rahatsız edici anıların zihinde belirmesi; çocuklarda travmatik temaların oyunlara yansması.
2. Olaylar ile ilişkili tekrarlayıcı ve sıkıntı veren rüyalar.
3. Travmanın yeniden yaşanıyor gibi hissedilmesine ya da buna uygun davranışlara neden olan dissosiyatif yanıtlar; çocuklarda bu, oyuna doğrudan yansılabilir.
4. Travmatik olayları simgeleyen/çağrıştıran uyaranlara maruz kalındığında yoğun ya da uzun süren ruhsal sıkıntı durumu.

C. Aşağıdaki kaçınma davranışlarından en az biri bulunmalıdır:

1. Olayı/olayları simgeleyen/çağrıştıran içsel uyaranlardan kaçınma.
2. Olayı/olayları simgeleyen/çağrıştıran dışsal uyaranlardan kaçınma

D. Aşağıdaki bilişsel ve duygusal olumsuz değişimlerden en az ikisinin varlığı gereklidir:

1. Travmatik olayın/olayların önemli bir yönünü hatırlayamama.
2. Kişinin kendisine, başkalarına ya da dünyaya dair sürekli ve abartılı biçimde olumsuz inanç ya da beklentiler geliştirmesi.
3. Travmaya dair olay/olaylarda kendini ya da başkalarını aşırı ve tekrarlayıcı biçimde suçlama eğilimi.
4. Sürekli şekilde olumsuz duygular içinde olma (örneğin; korku, öfke, suçluluk, utanç); çocuklarda sıkça olumsuz duygular yaşanması.
5. Daha önce zevk alınan etkinliklere ilginin ya da katılımın belirgin biçimde azalması.
6. Diğer insanlardan kopmuş ya da yabancılaşmış hissetme; küçük çocuklarda sosyal içe çekilme gözlenebilir.
7. Sürekli olarak olumlu duygular yaşayamama ya da bu duyguları sürdürmememe.

E. Aşağıda belirtilen uyarılmışlık düzeyinde ve tepkisellikteki değişimlerden en az ikisi görülmelidir:

1. Saldırganlık, öfke patlamaları, kızgınlık.
2. Sakınmaksızın davranma veya kendine zarar verici eylemlerde bulunma.
3. Sürekli tetikte olma hâli (hipervijilans).
4. Ani ve abartılı irkilme tepkileri.
5. Konsantrasyon sorunları.
6. Uyku bozukluğu.

F. Bu belirtiler, travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkmalı ya da belirgin şekilde şiddetlenmiş olmalı ve bir aydan uzun süredir devam ediyor olmalıdır.

G. 7 yaşından küçük çocuklar için tanı konulabilmesi adına, A, B, E ve F kriterleri mutlaka karşılanmalıdır. Ayrıca C veya D kategorilerinden sadece bir belirtinin karşılanması yeterlidir (APA, 2013).

### 1.5. Ayırıcı Tanı

TSSB belirtileri geniş kapsamlıdır ve diğer sorunlardan önce veya sonra görülebilir (Öner, 2020). Görülebilecek diğer sorunlar; Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Anksiyete, Majör Depresif Bozukluk, Psikotik Bozukluklar, Uyum Bozuklukları ve Travmatik Beyin Hasarıdır. Geniş bir yelpazede bulunan TSSB tanı kriterlerinin bu bozuklukların tanı kriterleri ile büyük oranda uyuşması, hangi bozukluğun öncü olduğunu belirlemeyi güçleştirdiğinden, TSSB'den kaynaklı belirtilerin diğer komorbid bozuklukların belirtilerinden ayırt edilmesi tedavi sürecinde kritik bir öneme sahiptir (Özgen ve Aydın, 1999).

### 1.6. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

DSM-5-TR'ye (2022) göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) B kriteri, istemsizce ve rahatsız edici şekilde tekrar eden anılar, travmatik içerikli rüyalar, flashback (yeniden yaşantılama), dissosiyatif tepkiler ve travmayı hatırlatan durumlarda ortaya çıkan yoğun psikolojik ve fizyolojik sıkıntıları kapsamaktadır. Bu çerçevede dissosiyasyon, TSSB'nin ayırt edilmesi zor bir bileşeni olarak değerlendirilmekte ve birçok vakada belirgin bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydın, 2018). Özellikle travmayla başa çıkma mekanizması olarak dissosiyasyon, bireyin aşırı yük oluşturan duygusal yaşantılarını bastırarak ruhsal dengeyi koruma çabasıyla ilişkilidir.

Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, özellikle fiziksel ve duygusal ihmal ya da cinsel istismar gibi durumlar, bireyin hem kendilik algısını hem de çevreyle kurduğu ilişkileri ciddi biçimde sarsabilmektedir. Bu gibi durumlarda dissosiyasyon, çocuğun içinde bulunduğu karmaşık ilişkiyi sürdürebilmesinin bir yolu haline gelir. Örneğin, istismarı gerçekleştiren kişinin aynı zamanda bakım veren olması durumunda, çocuk istismarı kendi yaşantısı olarak değilmiş gibi algılayarak zihinsel bütünlüğünü korumaya çalışır (Kızıltan & Eroğlu, 1998).

Araştırmalar, çocuklukta yaşanan travmanın türü ve zamanlamasının dissosiyatif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle 4-5 yaşlarında yaşanan duygusal ihmal ve 5 yaş civarındaki fiziksel ihmal, ilerleyen dönemlerde dissosiyasyonla bağlantılı ruhsal sorunlara zemin hazırlayabilmektedir (Schalinski et al., 2016). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise, kadınların cinsel travmalara karşı daha kırılgan olduğu ve bu travmaların benlik algısı üzerinde daha yoğun etkiler yarattığı bildirilmektedir. Bu durumun, kültürel normların kadın kimliği üzerindeki etkisiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Roth et al., 1997).

Travma sonrası dissosiyasyonun önemli bir boyutu da bellek süreçleriyle ilgilidir. Travmaya maruz kalan bireylerin anlatılarındaki tutarsızlıklar genellikle yalan söyleme değil, yaşanan olayın ruhsal düzeyde ne kadar yıkıcı olduğuna işaret eder. Bu nedenle, adli süreçlerde bireyin dissosiyatif tepkileri ve hatırlama biçimleri dikkatle değerlendirilmelidir. Travmaya bağlı sahte anılar, parçalanmış bellek izleri ve tekrarlanan ifade alma süreçleri mağdurlar açısından ikincil bir travma riski doğurabilir (Bozkurt & Ziyalar, 2021).

**Tablo1: TSSB ve Diğer Ruhsal Bozukluklarda Ayırıcı Tanı Kriterleri**

| Alan                             | Benzerlik                                                                                   | Farklılık                                                                                                           | Kaynak                          |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) | İstemsiz, girici düşünceler her iki bozuklukta görülür.                                     | TSSB'de düşünceler travmaya bağlıdır; OKB'de ise travmatik içerik yoktur.                                           | APA, 2013; Özgen ve Aydın, 1999 |
| Panik Bozukluğu                  | Kaçınma, sinirlilik ve uyarılma belirtileri benzerlik taşır.                                | TSSB'de flashback ve travmaya özgü uyarılara tepki vardır; Panik Bozukluğu'nda bu yoktur.                           | Doğan, 2001; APA, 2013          |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) | Uyku bozukluğu, iritabilite, dikkat güçlüğü gibi ortak belirtiler görülür.                  | TSSB travma odaklıdır; YAB'de kaygılar gelecekle ilişkilidir.                                                       | Doğan, 2001; APA, 2013          |
| Majör Depresif Bozukluk (MDB)    | Sosyal içe çekilme, anhedoni, suçluluk gibi birçok belirti ortaktır.                        | Aşırı irkilme, travmatik olayın yeniden yaşanması ve travmayı hatırlatan uyarılara karşı görünür tepkilerdir        | Friedman, 1988; APA, 2013       |
| Psikotik Bozukluklar             | TSSB'deki flashbackler psikotik belirtilere benzeyebilir.                                   | Flashbackler travma bağlamında olup, halüsinasyonlardan farklıdır.                                                  | APA, 2013                       |
| Uyum Bozukluğu                   | Kayı, çökkünlük ve işlev kaybı her iki bozuklukta da görülebilir.                           | Uyum bozukluğundaki stresör, TSSB kadar ağır değildir.                                                              | Yorbık ve ark., 2002; APA, 1994 |
| Travmatik Beyin Hasarı (TBH)     | Bellek bozukluğu, dikkat güçlüğü, Uyku güçlükleri ve konfüzyon gibi belirtiler örtüşebilir. | Hafıza sorunları tipik olarak dissosiyatif amneziyi yansıtır. Semptomlar, organik beyin hasarına bağlı olmamalıdır. | APA, 2013; Özgen ve Aydın, 1999 |

## 1.7. Çocuklarda TSSB

Çocuklarda TSSB, yetişkinlerden farklı semptomlarla ortaya çıkmaktadır. En yaygın görülenler arasında duygusal sınırlanma, aşırı uyarılma, abartılı refleks reaksiyonları, dikkat eksikliği, hareketsizlikte bozulmalar ve sinirlilik bulunur. Ayrıca ayrılık kaygısı ve rüyalar daha belirgindir; rüyaların içeriği ise canavar görüntüleri, başkalarını kurtarmaya çalışma ve tehdit unsurlarını içeren durumlar olabilir (APA, 2000). Travmaya maruz kalan çocuklarda akut dönemlerde görsel olarak yeniden yaşama belirtileri sıklıkla görülmez; bunun yerine saldırganlık ve acı hissetme isteği daha belirgin görülmektedir (Terr, 1985).

Çocuklarda günlük aktivitelere ilgisizlik, özellikle hayatlarının yetişkinliğe kadar sürmeyeceğine dair bir inanç gelişmesi belirginleşir. Çocuk, geleceğe dair bir umutsuzluk içindedir ve yaşamını yatırım yapacak kadar uzun ve değerli görmemektedir. Okula devam etmekte ve derslere katılım göstermekte güçlük çekmektedirler (Hybels-Steer, 1995, aktaran McPherson-Sexton, 2006). Travmaya maruz kalan çocuklar ve ergenlerde, akademik ve günlük aktivitelerde işlevsizlik önemli bir kriterdir ve diğer belirtiler olmasa bile çocukların tedavisi dikkate alınmalıdır (King ve ark., 2003).

Çocuklarda TSSB tanısı için ayrıntılı ve kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Kaçınma nedeniyle değerlendirme zor olabilir, bu nedenle çocuğun travmatik olayı çizimler ile imgeleştirmesine izin verilmeli ve ardından bireysel görüşme yapılmalıdır. Çocuklar, travmatik oyunları yeniden deneyimleyip ifade edebilir, bu nedenle oyunlar genellikle tekrarlayıcı, katı ve travmatik olaylarla benzerlik gösterir (Drake ve ark., 2001).

Çocuklukta meydana gelen travmatik olay, fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde uzun süreli etkiler yaratabilir. Bu durum, nörobiyolojik sistemlerde değişikliğe neden olarak yetişkinlikteki stres faktörlerine karşı aşırı uyarılmaya ve TSSB riskine yol açabilmektedir. Bazı durumlarda ise bilişsel kapasitenin yaşla birlikte gelişmesi sonucu çocuklukta travma olarak değerlendirilmeyen bir olay yetişkinlikte travmatik olarak değerlendirilebilir (Yehuda ve ark., 2001).



## 1.8. Geç Yetişkinlerde TSSB

Araştırmalar, geç yetişkinlerin %74'ünün son altı ayda en az bir olumsuz yaşam olayı yaşadığını belirtmiştir (Ogle ve ark., 2013; Hyer ve Sohnle, 2014; Yu ve Liu, 2021). Özellikle, tanıdıkları kişilerin ölümünden sonra TSSB'ye benzer şekilde belirtiler geliştirdikleri gözlenmiştir. Geç yetişkinlerde travmanın deneyimlenmesini ve algılanmasını düzenleyen altı değişken vardır: stres faktörleri, sosyal destek, sağlık durumu, eş tanı, bilişsel bozulma ve kişilik (Hyer ve Sohnle, 2014). Geç yetişkinlerin zihinsel sağlığı için hayati öneme sahip olan sosyal destek azaldığında, örneğin, kişinin akrabaları ve arkadaşları öldüğünde, uzaklaştığında veya ciddi şekilde hasta olduğunda zihinsel sağlığında bozulmalar ve düşüşler meydana gelebilir (Schnittker, 2005; Hyer ve Sohnle, 2014). Biyolojik faktörler, geç yetişkin bireylerin diğer yaş gruplarından daha az stresle başa çıkabildiğine dair güçlü kanıtlar sunar (Kiecolt-Glaser ve ark., 2002; Robles ve ark., 2005; Hyer ve Sohnle, 2014).

Geç yetişkinlikte TSSB'ye ilişkin tanı süreci, geleneksel tanılama modellerinden ayrılan çok boyutlu bir değerlendirme gerektirir. Travmanın yaşandığı dönemle mevcut belirtiler arasında uzun yıllar olması, bazı durumlarda kültürel olarak travmatik yaşantının konuşulmasının tabu olması, bireyin yaşadığı travmayı tanımlamakta ve ifade etmekte zorlanmasına neden olur (Hiskey et al., 2008; Thorp et al., 2008). Bu nedenle, klinik görüşme sürecinde empatik, anlatım odaklı ve bireyin yaşam öyküsüne duyarlı biçimde yürütülen travma odaklı sorgulama önem teşkil etmektedir.

Psikometrik değerlendirme sürecinde, hem psikopatolojik hem de bilişsel alanlara dokunan metotların birlikte kullanılması önerilmektedir. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS) ve Mini Mental Durum Testi (MMSE) gibi metotlarla semptomlar değerlendirilmelidir (Güngen ve ark., 2002; Weathers ve ark., 2013; Eker ve ark., 2001; Weathers ve ark., 2013). Bu testlerin birlikte kullanımı, hem doğru tanı koymayı kolaylaştırır hem de müdahale planını şekillendirmede yol gösterici olur.

Sonuç olarak, geç yetişkinlikte TSSB değerlendirmesi, yalnızca belirtilerin varlığına odaklanmakla sınırlı kalmamalı; bireyin yaşam bağlamı, sosyal çevresi, bilişsel işlevselliği ve travmayla baş etme kaynakları bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu yaş dönemine özgü biyopsikososyal kırılganlıklar dikkate alındığında, travma sonrası ruhsal iyilik hâlini destekleyebilmek için yaşa duyarlı, bütüncül ve etik temelli bir değerlendirme süreci kaçınılmaz hâle gelmektedir.

## 2. Yöntem

Bu çalışma, literatür taraması yöntemiyle hazırlanmış nitel bir derlemedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda (TSSB) ayırıcı tanının önemi ve klinik yansımalarını ortaya koymak amacıyla ulusal ve uluslararası akademik veri tabanlarında yayımlanmış bilimsel makaleler, kitap bölümleri ve derlemeler incelenmiştir. İlgili kaynaklara ulaşmak için psikoloji, psikiyatri ve ruh sağlığı alanlarında uzmanlaşmış hakemli dergiler taranmış; içerik açısından TSSB'nin tanı kriterleri, benzer psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi ve ayırıcı tanı süreçlerine odaklanan yayınlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma kapsamında, TSSB ile semptomatik örtüşme gösteren bozukluklar bağlamsal, yapısal ve klinik açıdan karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Kaynak seçimi sırasında içerik tutarlılığı, akademik geçerlilik ve bilimsel katkı ölçütleri esas alınmıştır.

## 3. Tartışma ve Bulgular

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), birçok psikiyatrik bozuklukla semptom düzeyinde benzerlikler gösterdiğinden, klinik değerlendirmede ayırıcı tanı süreci oldukça kritiktir (Colston ve ark., 2016). Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve dissosiyatif bozukluklarla paylaşılan belirtiler; uyku sorunları, dikkat güçlükleri ve irritabilite gibi semptomlarda örtüşmeye neden olmaktadır (Doğan, 2001; APA, 2013; Friedman, 1988). Bununla birlikte, TSSB'yi diğer bozukluklardan ayıran temel faktör; belirtilerin travmatik bir olayla doğrudan ilişkili olması ve yeniden yaşantılama, kaçınma davranışları ile dissosiyatif tepkilerin varlığıdır (Bryant, 2022). Örneğin, depresyon kliniklerinde sıklıkla karşılaşılan anhedoni ve suçluluk duyguları, TSSB'deki travma-odaklı flashback ve intruzif imgelemlerle karıştırılabilir; ancak semptomların zamanlaması ve travma ile ilişkisi bu ayrımı sağlar (Hoppen ve ark., 2021). Dolayısıyla, ayırıcı tanıda yalnızca semptomların varlığına değil, semptomların bağlamına, süresine ve bireyin travma öyküsüne çok yönlü olarak yaklaşmak gerekmektedir (Giourou ve ark., 2021).

## 4. Sonuç ve Öneriler

TSSB'nin karmaşık ve çok boyutlu doğası hem klinik pratiği hem de bilimsel araştırmaları derinden etkileyen önemli metodolojik ve tanısal zorluklar doğurmaktadır. Bu bozukluk, bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal düzeylerde farklı şekillerde kendini gösterebilmekte; sıklıkla dissosiyatif kimlik bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi nevrotik ve psikotik yakınmalarla örtüşen semptomlarla birlikte seyretmektedir. Bu semptomatik benzerlikler, doğru tanıya ulaşmayı zorlaştırmakta ve yanlış ya da eksik müdahalelere neden olabilmektedir. Bu nedenle, TSSB'nin ayırıcı tanısının

sadece yüzeysel semptom değerlendirmesiyle değil, aynı zamanda bireyin öyküsü, travmatik deneyimlerin niteliği ve eşlik eden psikososyal faktörlerin bütüncül bir biçimde analiz edilmesiyle yapılması büyük önem taşımaktadır. Klinik uygulamada doğru tanının konulması, yalnızca bireyin uygun tedaviye yönlendirilmesini değil, aynı zamanda tedavi sürecine olan motivasyonunun ve terapötik ittifakın güçlenmesini de sağlamaktadır. Öte yandan, araştırma alanında TSSB'nin tanısı ayırıcısının titizlikle yapılması, hem çalışmalardan elde edilen verilerin geçerliliğini artırmakta hem de farklı psikopatolojiler arasındaki nedensel ilişkilerin daha sağlıklı biçimde ortaya konmasına olanak tanımaktadır. Bu bağlamda, TSSB'nin ayırıcı tanısına yönelik çalışmalarda disiplinler arası iş birliğini temel alan, sistematik ve yapılandırılmış değerlendirme modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu tür bir yaklaşım, hem bireysel iyileşme süreçlerine katkı sunacak klinik müdahalelerin etkinliğini artıracak hem de travma sonrası gelişim ve psikopatolojilere dair bilgi birikimini derinleştirecek nitelikte olacaktır.

## Kaynakça

- American Psychiatric Association. (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4th ed., text rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Aydın, B. N. (2018). Flört şiddetine maruz kalmanın çocukluk çağı travmaları, psikolojik semptomlar, kendilik algısı ve temas biçimleri ile ilişkisi. (Yüksek lisans tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından elde edildi. (Tez no:601729)
- Bozkurt, M., & Ziyalar, N. (2021). Ceza Adaleti Açısından Psikolojik Travma ve Görgü Tanıklığı ile İlgili Bir Meta-Sentez Çalışması. *Aydın İnsan Ve Toplum Dergisi*, 7(2), 155-168.
- Bryant, R. A. (2022). Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of the evidence and challenges. *World Psychiatry*, 21(2), 208–221.
- Colston, M. J., Belsher, B. E., Beech, E. H., Curry, J. C., Tyberg, Y. A., Melmed, A. Z., McGraw, K. L., and Stoltz, R. F. (2016). Post-traumatic stress disorder, depression, and other comorbidities : Clinical and systems approaches to diagnostic uncertainties. **Federal Practitioner**, 33(11), 37–45.
- Doğan, S. (2001). Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Drake, E. B., Bush, S. F., & Van Gorp, W. G. (2001). Evaluation and assessment of PTSD in children and adolescents. **PTSD in children and adolescents**, 20, 1-27.
- Eker, Z., Ertan, T., Yaşar, R., & Güngen, C. (2001). Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS) Türkçe Uyarlama ve Geçerlik, Güvenilirlik Çalışması. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12(3), 199–204.
- Friedman, M. J. (1988). Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. **The American Journal of Psychiatry**, 145(3), 281-285.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. (2002). Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13(4), 273-281.
- Hoppen, T. H., Imel, Z. E., Wager, M., Morina, N., & Ehring, T. (2021). **Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder: Clinical implications and recommendations**. *Behavior Research and Therapy*, 147, 103989.
- Hyer, L. A., & Sohnle, S. (2014). *Trauma among older people: Issues and treatment*. Routledge.
- Jones, E., & Wessely, S. (2005). *Shell shock to PTSD, military psychiatry from 1900 to the Gulf War*. Hove: Psychology Press.
- Kılıç, E. (Ed.). (2021). *Bilinçdışının Keşfi: Dinamik Psikiyatrinin Tarihi ve Evrimi* (1). Albakara Yayınları.
- Kızıltan E, Eroğlu L. Travma ve dissosiyasyonun nörobiyolojisi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1998; 3 (4): 599-611.
- Kiecolt-Glaser, JK, McGuire, L., Robles, TF, & Glaser, R. (2002). Duygular, morbidite ve mortalite: psikonöroimmünolojiden yeni bakış açıları. **Psikolojinin yıllık incelemesi**, 53 (1), 83-107.
- King, N. J., Heyne, D., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Rollings, S. ve Ollendick, T. H. (2003). Sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: Assessment and treatment strategies. **Cognitive Behaviour Therapy**, 32(1), 2-12.
- McPherson-Sexton, S. A. (2006). A comprehensive view of post-traumatic stress disorder: populations, etiology, treatments, and more. **Journal of Police Crisis Negotiations**, 6(1), 93-124.
- Micale, M. (1989). Hysteria and its historiography: A review of past and present writings (I), *History of Science*, 27(3), 223-261.

- Myers, D. G. (1978). Polarizing effect of social comparison. **Journal of Experimental Social Psychology**, 14(6), 554-563.
- Norman, M. (1989). These good men: Friendships forged from war. New York.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., ve Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555.
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC psychiatry*, 16(1), 295.
- O'Brien, T. (1990). How to tell a true war story: The things they carried. Boston.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. **Clinical psychological science**, 1(4), 426-434.
- Öner, S. (2020). Travma sonrası stres bozukluğu: Kurumsal ve uygulamaya yönelik yaklaşımlar. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Özen, Y. (2017). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. **The Journal of Social Science**, 1(2), 404-417.
- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. **Klinik Psikiyatri**, 1, 34-41.
- Robles, T. F., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Out of balance: A new look at chronic stress, depression, and immunity. **Current Directions in Psychological Science**, 14(2), 111-115.
- Schnittker, J. (2005). Social ties and mental health in older adults: A meta-analysis. **Journal of Health and Social Behavior**, 46(3), 181-196.
- Terr, L. (1985). Children traumatized in small groups. In S. Eth & R. Pynoos (Eds.) **Post-traumatic stress disorder in children**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Veith, I. (1977). Four thousand years of Hysteria. M. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality* (s. 7-93) içinde. New York: Jason Aronson.
- Yehuda, R., Spertus, I. L., & Golier, J. A. (2001). Relationship between childhood traumatic experiences and PTSD in adults. In **PTSD in children and adolescents**, 20, 117-158. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Yorbık, Ö., Dikkatli, S. ve Söhmen, T. (2002). Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. **Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry**, 3(1), 35-44.
- Yu, X., & Liu, S. (2021). Stressful life events and Chinese older people depression: moderating role of social support. **Frontiers in public health**, 9, 768723.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., & Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). **The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)**. National Center for PTSD.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., & Palmieri, P. A., Marx, B. P., and Schnurr, P. P. (2013). **The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)** – Standard version. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD.