

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanılı Yetişkin Bireylerde Travmatik Olay Türleri ve Komorbid Ruhsal ve Fiziksel Hastalıkların Değerlendirilmesi: Bir Retrospektif Çalışma

Evaluation of Types of Traumatic Events and Comorbid Mental and Physical Diseases in Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Retrospective Study

Kerem LAÇİNER¹, Yiğit ŞENOL²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü, Afyonkarahisar, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olan hastaların ruhsal ve fiziksel hastalıkları, travmatik olay türleri, tekrarlamaya sıklıkları ve sosyodemografik özellikleri incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya 01.12.2010 ile 31.01.2023 tarihleri arasında psikiyatri polikliniğine başvuran ve TSSB tanısı alan 18 yaş üstü 179 hastanın dosyaları dâhil edilmiştir. Veriler hastane otomasyon sisteminden ve ulusal veri tabanından elde edilmiştir.

Bulgular: Tek bir komorbid ruhsal hastalık tanısı alan 44 hastanın %45,5'inde karışık anksiyete ve depresif bozukluk, %36,4'ünde ise depresif bozukluk tespit edilmiştir. TSSB'ye komorbid ruhsal hastalığı olan hastaların oranı %51,4'tür ve %59,8'inde kronik fiziksel hastalık

gözlenmiştir. Çalışmamızda cinsel travma ve ev içi şiddet en yüksek tekrarlamaya oranına sahip travmatik olaylardır (%80).

Sonuç: TSSB'de komorbid ruhsal ve fiziksel hastalıklar yaygındır. Yeterli muayene süresinin ve uygun terapötik ortamın olmaması bu tanının klinisyenler tarafından atlanmasına neden olmakta ve hastaların ideal bir sağlık hizmeti almasını engellemektedir. Cinsel travmaların ve ev içi şiddetin tekrarlanmasını önlemek için yetkili makamların sosyal açıdan dezavantajlı grupları koruyucu uygulamaları daha etkin hale getirmesi ve uluslararası sözleşmelere uygun hareket etmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete bozuklukları, cinsel travma, depresif bozukluk, ev içi şiddet, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

Introduction: In this study, mental and physical illnesses, types of traumatic events, frequency of recurrence and sociodemographic characteristics of patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) were examined.

Methods: The study included the files of 179 patients over the age of 18 who were admitted to the psychiatry outpatient clinic between 01.12.2010 and 31.01.2023 and diagnosed with PTSD. The data was obtained from the hospital automation system and national database.

Results: Of the 44 patients diagnosed with a single comorbid mental illness, 45.5% had mixed anxiety and depressive disorder and 36.4% had a depressive disorder. The rate of patients with comorbid mental illness in PTSD was 51.4%, and chronic physical illness was observed in

59.8%. In our study, sexual trauma and domestic violence had the highest recurrence rates among traumatic events (80%).

Conclusion: Comorbid mental and physical illnesses are common in PTSD. The lack of adequate examination time and an appropriate therapeutic environment causes this diagnosis to be missed by clinicians and prevents patients from getting an ideal health service. In order to prevent recurrences of sexual traumas and domestic violence, the competent authorities must make practices of protecting socially disadvantaged groups more effective and act in accordance with international conventions.

Keywords: Anxiety disorders, depressive disorder, domestic violence, post-traumatic stress disorder, sexual trauma

Cite this article as: Laçiner K, Şenol Y. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanılı Yetişkin Bireylerde Travmatik Olay Türleri ve Komorbid Ruhsal ve Fiziksel Hastalıkların Değerlendirilmesi: Bir Retrospektif Çalışma. Arch Neuropsychiatry 2024; 61:235–240.

GİRİŞ

Travmatik olaylar, insanlara kontrol, bağ kurma ve anlam duygusu veren olağan davranış sistemini altüst eder (1). Yani Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olan bireylerin ifadesi ile söylemek gerekirse, yaşamlarında olumsuz anlamda bir milat etkisi yaratır. Bu durum kişiyi pek çok ruhsal hastalığa yatkın hale getirir. Öte yandan daha önce bir ruhsal hastalığın varlığının da ruhsal travmanın öngördürücüleri arasında olduğu bilinmektedir (2). Bu nedenle TSSB tanılı bireylerde komorbidite

sık görülür. Pek çok çalışma verisi göz önüne alındığında TSSB'li bireylerin %80'den fazlasına en az bir ruhsal hastalık eşlik etmektedir (3). Travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte en sık görülen ruhsal hastalıklar; depresif bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile anksiyete bozukluklarıdır (2). Bununla birlikte somatik belirti bozukluğu ve konversiyon bozukluklarının da travma ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (4,5).

Öne Çıkan Noktalar

- Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) klinik pratikte sıklıkla göz ardı edilmektedir.
- TSSB'li bireylerde komorbid ruhsal ve fiziksel hastalıklar yaygındır.
- Cinsel travmalar ve ev içi şiddet sık yinelemektedir.

Travma mağdurlarında pek çok somatik belirtinin görüldüğü bilinmekle birlikte, TSSB'li bireylerin fiziksel hastalıkların gelişimi açısından da normal popülasyona göre daha fazla risk taşıdıklarını ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur (6-8).

Travma sonrası stres bozukluğunun görülme sıklığı ile ilgili olarak Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-IV (DSM-IV) ile DSM-5'in karşılaştırıldığı bir çalışmada DSM-5 tanı ölçütleri temel alındığında yaşam boyu, son 12 ay ve son altı ay TSSB yaygınlığının sırasıyla %8,3, %4,7 ve %3,8 olduğu belirtilmektedir (9). Bununla birlikte DSM-III ve DSM-IV gibi geçmiş ölçütlere göre yapılan çalışmalar da dâhil edilecek olursa, genel nüfusu temsil eden örneklem grubuyla yapılan çalışmalarda, TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1-13 arasında değişmektedir (10). Türkiye'de bugüne kadar ruhsal travma alanında, toplum tabanlı epidemiyolojik bir tarama araştırması yapılmadığı için bu konuda net bir fikir sahibi değiliz. Öte yandan TSSB yaygınlığı ile ilgili ülkemizde yapılmış araştırmaların derlendiği bir çalışmada bir ay ile dört yıl arasında farklı sürelerde %12,5 ile %63 arasında değişen TSSB yaygınlık oranları bildirilmiştir (11). Söz konusu derlemede incelenen çalışmaların büyük kısmının deprem sonrası afet bölgelerinde yapıldığı ve öz bildirim dayalı ölçeklerin, seçkisiz örnekleme yönteminin ve kesitsel desenlerin kullanılmış olması gibi çeşitli metodolojik eksikliklerinin olduğunu da belirtmek gerekir (10). Tüm bu yaygınlık oranlarına karşın ülkemizdeki klinik pratikte bu sıklıkla uyumlu olarak TSSB tanısının konulduğunu söylemek güçtür. Uluslararası literatürde de TSSB ile ilgili çalışmalarda elde edilen yaygınlık oranları ile klinik pratikte gözlenen TSSB tanılı hasta oranı arasında uyumsuzluk olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (12-14). Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi farklı ruhsal hastalıkları olan 275 hastada travmatik olayların yaşam boyu ve TSSB'nin mevcut yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada hastaların %98'inin en az bir travmatik olaya maruz kaldığı ve %43'ünde TSSB saptandığı, ancak TSSB'si olan 119 hastadan yalnızca üçünün dosyasında bu tanının olduğu belirtilmiştir (12). Gerçekten psikiyatri kliniklerine başvuran hastalar arasında TSSB tanı kriterlerini karşılayanların sayısının oransal açıdan bu kadar fazla olduğu tartışmalı olsa da klinisyenler tarafından TSSB tanısının atlandığı vurgulanmaktadır. Bunun sebepleri arasında sağlık sistemlerindeki hizmetlerin yetersizlikleri, travma geçirmiş bireylerin tedaviye başvurma konusundaki isteksizliği, yeterli taramaların yapılmaması ve komorbiditenin sık görülmesi nedeniyle asıl tanının gözden kaçması gibi nedenler olabileceği ileri sürülmüştür (13,14).

Bu çalışmada bir hastanenin psikiyatri kliniğinde TSSB tanısı almış olan yetişkin bireylerde, TSSB'nin diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklarla birlikte görülme sıklığı ve bu hastalıkların neler olduğu gibi klinik özellikler ile hastaların yaş ve cinsiyetleri gibi bazı sosyodemografik özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma için Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.06.2023 tarih ve 2023.05.61 numarası ile onay alınmıştır. Çalışmanın yapılması sırasında Helsinki bildirgesi prensiplerine uyulmuştur.

Örneklem

Çalışmaya 01.12.2010-31.01.2023 tarihleri arasında Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran TSSB tanısı almış olan 18 yaş üstü hastaların dosyaları dâhil edilmiştir. Aynı tanı ile iki veya daha çok başvuru olması durumunda ilk başvuru esas alınmıştır. Söz konusu dönem içinde hastanenin psikiyatri polikliniğine başvuran 221.242 kişi içinde TSSB tanısı alan toplam 191 hasta tespit edilmiştir. Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10'da (International Classification of Disease 10/ICD-10) ve DSM-5'te yer alan TSSB tanısı için "travmatik olayın üzerinden en az bir ay geçmesi gerektiği" kriterini karşılamadığı tespit edilen üç hasta dosyası ile tanı harici hiçbir verisi bulunmayan dokuz hasta dosyası çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmaya alınma kriterlerini sağlayan 179 hasta dosyası çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, tanıları hastaların hastane otomasyon sistemindeki elektronik dosyalarından edinilmiştir. Fiziksel hastalık bilgileri de hem hastane otomasyon sistemindeki elektronik dosyalardan hem de ulusal veri tabanından (medulla ve e-nabız sistemleri) elde edilmiştir.

Ruhsal-Fiziksel Hastalıklar ve Travmatik Olayların Sınıflandırması

Dosyalardaki hasta tanıları edinildikten sonra ICD-10 sınıflandırmasına göre çalışmamıza dâhil edilen bireylerin hem premorbid hem de komorbid ruhsal hastalık tanıları depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, karışık anksiyete ve depresif bozukluk, alkol-madde kullanım bozukluğu, uyum bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, uyku bozuklukları ve diğer bozukluklar olarak gruplara ayrılmıştır.

Çalışmamızda bir yıl veya daha uzun bir süreye yayılan, en az üç ay süreyle ve en az ayda bir sıklıkla düzenli muayene ve tıbbi takip gerektiren fiziksel hastalıkları kronik olarak kabul ettik (15) ve çalışmamızdaki hastaların kronik fiziksel hastalıklarının olup olmadığını buna göre inceledik.

Hastaların yaşadıkları travmatik olayları sınıflandırırken, hastanın yaşadığı temel olayı dikkate aldık. Öte yandan farklı olayların iç içe geçebildiği travmatik öykülerde hastanın semptomlarının ana düşünce içeriğini (ör. yeniden yaşantılama belirtisinin ana teması) dikkate aldık ve buna göre temel travmatik olayları şu şekilde sınıfladık: Kazalar, kitlesel travma, fiziksel saldırı, travmatik yas, cinsel travma, travmatik olaya tanıklık, psikolojik şiddet ve işkence.

İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada sürekli değişkenler ortanca, en büyük, en küçük ve çeyreklik 25-75 olarak gösterilmiştir. Gruplu veriler yüzde ve frekans olarak değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin verileri n (%) olarak verilmiştir. Katılımcılardan elde edilen verinin analizi IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) sürüm v. 21 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

01.12.2010-31.01.2023 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı psikiyatri kliniğine ilk başvuru olarak gelen kişi sayısı 221.242'dir.

Çalışmaya dâhil edilen TSSB tanılı 179 hastanın ortanca yaşı 32 (Çeyreklik 25-75=24-42), en yaşlı hastanın yaşı 79, en genç hastanın yaşının ise 18 olduğu saptanmıştır. Hastaların %48,6'sının kadın (n=87) ve %51,4'ünün erkek olduğu (n=92) görülmüştür.

Temel travmatik olayların türü, sıklığı ve tekrarlar durumlarına ilişkin bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir.

Çalışmamızdaki TSSB hastalarında premorbid ruhsal bozuklukların sayısı ve dağılımı ile ilgili bulgular Tablo 2'de, komorbid ruhsal bozuklukların sayısı ve dağılımı ile ilgili bulgular ise Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 1. Temel travmatik olay türü ve tekrar durumu

| Temel travmatik olay türü | Tekrar durumu | n | % | Toplam n | Toplam % |
|---------------------------|-------------------|----|------|----------|----------|
| Kazalar | Tekrar yok | 52 | 85,2 | 61 | 34,1 |
| | Bir olay | 5 | 8,2 | | |
| | Birden fazla olay | 4 | 6,6 | | |
| Kitlese travma | Tekrar yok | 20 | 71,4 | 28 | 15,6 |
| | Bir olay | 3 | 10,7 | | |
| | Birden fazla olay | 5 | 17,9 | | |
| Fiziksel saldırı | Tekrar yok | 15 | 68,2 | 22 | 12,3 |
| | Bir olay | 4 | 18,2 | | |
| | Birden fazla olay | 3 | 13,6 | | |
| Travmatik yas | Tekrar yok | 14 | 77,8 | 18 | 10,1 |
| | Bir olay | 3 | 16,7 | | |
| | Birden fazla olay | 1 | 5,5 | | |
| Cinsel travma | Tekrar yok | 2 | 20,0 | 10 | 5,6 |
| | Bir olay | 1 | 10,0 | | |
| | Birden fazla olay | 7 | 70,0 | | |
| Travmatik olaya tanıklık | Tekrar yok | 7 | 70,0 | 10 | 5,6 |
| | Bir olay | 2 | 20,0 | | |
| | Birden fazla olay | 1 | 10,0 | | |
| Ev içi şiddet | Tekrar yok | 1 | 20 | 5 | 2,8 |
| | Bir olay | 1 | 20 | | |
| | Birden fazla olay | 3 | 60 | | |
| Psikolojik şiddet | Tekrar yok | | | 4 | 2,2 |
| İşkence | Tekrar yok | | | 2 | 1,1 |
| Bilinmeyen | Tekrar yok | | | 19 | 10,6 |

Tablo 2. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında premorbid ruhsal bozuklukların sayısı ve dağılımı

| | n | % |
|--|--|--|
| Premorbid ruhsal hastalık | | |
| Yok | 149 | 83,2 |
| Bir adet var | 20 | 11,2 |
| Birden fazla var | 10 | 5,6 |
| Toplam | 179 | 100 |
| Tek bir premorbid ruhsal hastalığı olanların hastalıkları | | |
| Depresif bozukluk | 7 | 35 |
| Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | 6 | 30 |
| Anksiyete bozukluğu | 3 | 15 |
| Alkol-madde kullanım bozukluğu | 1 | 5 |
| Obsesif-kompulsif bozukluk | 1 | 5 |
| Diğer ve bilinmeyen bozukluklar | 2 | 10 |
| Toplam | 20 | 100 |
| Birden fazla premorbid ruhsal hastalığı olanların hastalıkları | | |
| Depresif bozukluk | 8 | 40 |
| Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | 5 | 25 |
| Anksiyete bozukluğu | 2 | 10 |
| Alkol-madde kullanım bozukluğu | 1 | 5 |
| Obsesif-kompulsif bozukluk | 1 | 5 |
| Psikotik bozukluk | 1 | 5 |
| Uyum bozukluğu | 1 | 5 |
| Diğer ve bilinmeyen bozukluklar | 1 | 5 |
| Toplam | 20 | 100 |
| Birden fazla premorbid ruhsal hastalığı olan hastaların ruhsal bozukluklarının dağılımı | | |
| Hasta | Premorbid tanı 1 | Premorbid tanı 2 |
| Pre 1 | Depresif bozukluk | Alkol-madde kullanım bozukluğu |
| Pre 2 | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | Uyum bozukluğu |
| Pre 3 | Depresif bozukluk | Psikotik bozukluk |
| Pre 4 | Depresif bozukluk | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk |
| Pre 5 | Diğer veya bilinmeyen bozukluklar | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk |
| Pre 6 | Depresif bozukluk | Anksiyete bozukluğu |
| Pre 7 | Depresif bozukluk | Obsesif-kompulsif bozukluk |
| Pre 8 | Depresif bozukluk | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk |
| Pre 9 | Depresif bozukluk | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk |
| Pre 10 | Depresif bozukluk | Anksiyete bozukluğu |

Tablo 3. Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında komorbid ruhsal hastalıkların sayısı ve dağılımı

| | n | % | |
|---|--|--|------------|
| İlk teşhis anında tek bir komorbid ruhsal hastalığın varlığı | | | |
| Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | 20 | 45,5 | |
| Depresif bozukluk | 16 | 36,4 | |
| Anksiyete bozukluğu | 2 | 4,6 | |
| Alkol-madde kullanım bozukluğu | 1 | 2,3 | |
| Obsesif-kompulsif bozukluk | 1 | 2,3 | |
| Duygudurum bozukluğu | 1 | 2,3 | |
| Diğer bozukluklar | 3 | 6,8 | |
| Toplam | 44 | 100 | |
| İlk teşhis anında birden fazla komorbid ruhsal hastalığın varlığı | | | |
| Depresif bozukluk | 6 | 37,5 | |
| Anksiyete bozukluğu | 4 | 25 | |
| Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | 3 | 18,8 | |
| Alkol-madde kullanım bozukluğu | 1 | 6,2 | |
| Obsesif-kompulsif bozukluk | 2 | 12,5 | |
| Toplam | 16 | 100 | |
| İlk teşhis anında birden fazla komorbid ruhsal hastalığı olan hastaların ruhsal hastalıklarının dağılımı | | | |
| Hasta | Komorbid tanı 1 | Komorbid tanı 2 | |
| Ko 1 | Anksiyete bozukluğu | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | |
| Ko 2 | Anksiyete bozukluğu | Depresif bozukluk | |
| Ko 3 | Obsesif-kompulsif bozukluk | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | |
| Ko 4 | Depresif bozukluk | Karışık anksiyete ve depresif bozukluk | |
| Ko 5 | Alkol-madde kullanım bozukluğu | Depresif bozukluk | |
| Ko 6 | Anksiyete bozukluğu | Depresif bozukluk | |
| Ko 7 | Obsesif-kompulsif bozukluk | Depresif bozukluk | |
| Ko 8 | Anksiyete bozukluğu | Depresif bozukluk | |
| İlk teşhiste ve takip sürecinde komorbid ruhsal hastalığın varlığı | | | |
| İlk teşhis anında eşlik eden ruhsal hastalığın varlığı | Takip sürecinde komorbid ruhsal hastalığın varlığı | n | % |
| Yok n: 127 %70,9 | Yok | 87 | 68,5 |
| | Bir adet var | 31 | 24,4 |
| | Birden fazla var | 9 | 7,1 |
| | Toplam | 127 | 100 |
| Bir adet var n: 44 %24,6 | Yok | 14 | 31,8 |
| | Bir adet var | 19 | 43,2 |
| | Birden fazla var | 11 | 25 |
| | Toplam | 44 | 100 |
| Birden fazla var n: 8 %4,5 | Yok | 1 | 12,5 |
| | Bir adet var | 1 | 12,5 |
| | Birden fazla var | 6 | 75 |
| | Toplam | 8 | 100 |

Teşhis anı ve takip süreci birlikte değerlendirildiğinde TSSB'ye ek ruhsal hastalığı olan hastaların oranı toplamda %51,4 saptanmıştır.

Hastalar travmatik olay sonrasında başlayan kronik fiziksel hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde %59,8'inde kronik fiziksel hastalık olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine başvuran TSSB tanılı hastaların 13 yıllık bir süreçteki kayıtları incelenmiş ve çalışmaya dâhil edilme kriterlerini sağlayan yalnızca 179 hasta saptanmıştır. Bu süreçte psikiyatri polikliniğinde iki yüz binden fazla yeni hastanın bakıldığı bir hastane için bu sayının hayli düşük olduğunu düşünüyoruz. Bu açıdan çalışmamızın bulguları, TSSB'nin bilinen yaygınlık oranları ile kliniklerde konulan tanı sıklığı arasındaki uyumsuzluğu ortaya koyan çalışmalarla benzerdir. Bu duruma, travma geçirmiş bireylerin tedaviye başvurma konusundaki isteksizliği kadar, sağlık sistemimizde, özellikle de devlet hastanelerinde

psikiyatri hastalarına ayrılan sürelerin yetersiz olması, ideal terapötik ortamın sağlanmasındaki güçlükler nedeniyle yeterli güven ortamının sağlanamaması ve TSSB'de zaten komorbiditenin sık görülmesi nedeniyle kısıtlı muayene süresinde asıl tanının gözden kaçması neden olmuş olabilir. Ek olarak TSSB tanısı konulmasının psikiyatriste yükleyebileceği yasal sorumluluklar nedeniyle, mevcut sistemin hekimleri yeterince koruyamadığını düşünen ve zaten yoğun iş yükünden şikâyetçi olan klinisyenlerin bu tanıyı koyma konusunda defansif bir tutum izliyor olabileceklerini düşünüyoruz. Bunu düşündürebilecek ek bir ayrıntı olarak; çalışmamızdaki beş hastanın ilk TSSB tanısını almadan önceki takiplerinde de aynı ruhsal şikâyetlerinin olduğu ve tanı olarak klinisyen tarafından TSSB düşünüldüğü not edilmiş ancak sisteme resmi olarak TSSB tanısı girilmediği gözlenmiştir.

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine başvuran TSSB tanılı hastalar içinde erkeklerin kadınlardan daha fazla sayıda olduğu saptanmıştır. Bu bulgu TSSB ile ilgili literatürdeki genel kabulden farklıdır. Bunun muhtemel

sebebinin çalışmamızın yapıldığı hastanenin aynı zamanda gerek tedavi gerekse raporlama işlemleri için pek çok erkek görevlinin askeri muayene için getirildiği bir hastane olmasıyla ilişkili olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamıza dâhil edilen hastaların ortanca yaşı 32 (en genç 18, en yaşlı 79) saptanmıştır. Koenen ve ark. (2002) (16) yaptıkları çalışmada ortalama yaşı 26 (en genç 15, en yaşlı 71) saptanmıştır. Leskin ve ark.'nın (2002) yaptıkları çalışmada da katılımcıların yaş ortalaması 35 (en genç 15, en yaşlı 54) saptanmıştır (17). Bu açıdan yaş ile ilgili bulgumuz literatürle uyumludur.

Çalışmamızda hastaların yaşadıkları temel travmatik olay tipine göre travmatik olayın yinelenip yinelenmediği değerlendirildiğinde, cinsel travma grubunda olay tekrarının en fazla olduğu saptanmıştır. Bu grupta cinsel travma nedeniyle TSSB tanısı alan hastalardan birinin erkek, dokuzunun kadın olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da kadınların gerek çocukluk çağında gerek yetişkinlik döneminde erkeklerden daha fazla cinsel travmaya maruz kaldıkları ortaya konulmuştur (18,19). Çalışmamızda bu gruptaki 10 hastadan sekizinde temel travmatik olayın yineleyici olduğu, dördünde çocukluktan başlayan yineleyici istismar öyküsünün olduğu görülmüştür. Literatürde bu durum *yeniden kurban durumuna düşürülme* olarak tanımlanır; çocuklukta istismar yaşamış olan bireylerin ergenlik ve yetişkinlikte yeniden travma yaşamalarının çok daha olası olduğu vurgulanmaktadır (20). Aynı zamanda cinsel travmaya uğramış kadınların travmanın yinelemesi açısından da risk altında oldukları belirtilmektedir (21). Çalışmamızda cinsel travma ile birlikte travmatik olayın yineleme oranının yüksek olduğu diğer bir travmatik olay türü de ev içi şiddetti. Ev içi şiddete uğrayanların (n=5) tümünün kadın olduğu görüldü. Bu beş hastadan yalnızca birinde travmatik olayın yinelenmediği, bir hastada olayın bir kez daha görüldüğü ve üç hastada olayın birden fazla kez yinelenmediği saptanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar genel popülasyonda, münferit ev içi şiddet olaylarının yaşam boyu yaygınlığının erkekler (%20) ve kadınlar (%25) için benzer olduğunu, ancak kadınların daha fazla tekrarlanan zorlayıcı, cinsel veya fiziksel şiddet riski altında olduğunu ortaya koymaktadır (22). Bu veriyi destekleyen bir çalışma olarak İngiltere ve Galler için İngiliz Suç Araştırması'nda 2001'de dört veya daha fazla aile içi şiddet saldırısına maruz kalan kişilerin %89'unun kadın olduğunu tahmin edildiği belirtilmiştir (23). Yapılan bazı çalışmalarda ev içi şiddetin, herhangi bir şiddet suçunda en yüksek tekrarlanan mağduriyet oranına sahip olduğu belirtilmektedir (22).

Türkiye'de de cinsel şiddet ve ev içi şiddetle ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Güvenç ve ark. (2014), Türkiye'de kadına yönelik yakın partner şiddetine odaklanan ve 2000 ile 2010 yılları arasında yayımlanan 21 orijinal araştırmayı inceledikleri derlemede, yakın partner şiddeti oranının %13 ile %78 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (24).

Schuster ve ark. (2017) Türkiye'de cinsel saldırganlığın yaygınlığı ve mağdurla failerin ilişki yapılarını araştırdıkları bir sistematik derlemede 56 çalışmayı incelemişlerdir. Çalışmalar arasında cinsel mağduriyetin yaygınlık oranlarında geniş bir aralık olduğu ortaya çıkmıştır. Mağdurlar ve failer arasındaki ilişki yapılarına dair kanıtlar konusunda, çalışmaların çoğunluğu failin yakın bir partner ya da aile üyesi olduğunu ortaya koymuştur (25). Bu sonuçlar bize, yetkililerin aile içi şiddet karşısında daha sorumlu davranmalarının ve Dünya Sağlık Örgütü'nün 'sessiz sağlık acil durumu' olarak adlandırdığı ensest örneğinde olduğu gibi aile içi şiddet ve istismara göz yummalarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (26). Belki de asıl tartışılması gereken konu şudur: Türkiye'de yetkililer tarafından sıklıkla vurgulanan ailenin kutsallığı miti, aile içi şiddet ve istismar failerinin ve onların eylemlerine tanık olanların bu şiddet ve istismar sarmalını gizli tutmasına hizmet ediyor mu? Schuster ve ark. tarafından yürütülen çalışmada, mağdur veya failerin cinsiyeti, yaşı, eğitimi veya alkolün rolü ile ilgili tutarlı bir tablo bulunamamıştır. Öte yandan ailede fiziksel veya ev içi şiddete maruz kalma veya tanık olma

gibi faktörlerin, daha yüksek cinsel mağduriyet olasılığı ile ilişkili olduğu tutarlı bir şekilde gösterilmiştir (25).

Çalışmamızda TSSB'li bireyler premorbidite açısından değerlendirildiğinde, hastalarda TSSB tanısı konulmadan önce en sık depresif bozukluk ile karışık anksiyete ve depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Literatüre göre daha önce bir ruhsal hastalık varlığının bireyi TSSB'ye yatkın hale getirdiği bilinmekte olup (2), TSSB tanılı bireylerin premorbid özellikleri incelendiğinde anksiyete ve depresyona yatkın oldukları belirtilmektedir (27).

Çalışmamızda hastaların teşhis anındaki komorbid ruhsal hastalıkları değerlendirildiğinde de en sık karışık anksiyete ve depresif bozukluk ile depresif bozukluk saptanmıştır. Literatürde de TSSB ile birlikte en sık görülen ruhsal hastalıklar; depresif bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile anksiyete bozukluklarıdır (2). Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda TSSB'si olan bireylerde komorbid alkol kötüye kullanımının yaygınlığı %9,8 ile %61,3 arasında değişmektedir (28). Benzer şekilde hem epidemiyolojik çalışmalarda hem de klinik çalışmalarda madde kullanım bozukluğu (MKB) komorbiditesinin yüksek olduğu bulunmuş, TSSB ile madde kullanım bozuklukları arasında karşılıklı bir ilişki olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmalarda MKB tanısı alan kişilerde TSSB görülme sıklığı %6 ile %75 arasında değişen sıklıklarda saptanmıştır (29). Çalışmamızda teşhis anında ve takip sürecinde komorbid alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hasta sayısının (%1) bu denli az olmasının birkaç sebebi olabileceğini düşünüyoruz. İlk olarak sağlıklı bir terapötik ilişki kurmayı önleyen mevcut sistem ve kısıtlı muayene sürelerinde hastalar damgalanma ve güven konusundaki çekinceleri nedeniyle kendilerini açmıyor olabilir. İkinci olarak mevcut kısıtlı sürede klinisyenler tarafından TSSB'li bireylerden alkol-madde kullanım öyküsü yeterince alınmıyor olabilir. Üçüncü olarak da klinisyenler, bu yönde bir öykü alsalar bile, bir yandan TSSB, diğer yandan ek fiziksel/ruhsal hastalıklardan muzdarip olan hastaların daha fazla damgalanma yaşamamaları ve yasal yük altına girmemeleri için alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısını veya buna yönelik bilgi notlarını elektronik sisteme kaydetmiyor olabilirler.

Çalışmamızda TSSB'ye ek ruhsal hastalığı olan hastaların oranı toplamda %52,4 saptanmıştır. Literatürde pek çok çalışmanın bulguları bu oranın %80'den fazla olduğunu ortaya koymuştur (3). Çalışmamızdaki veriler araştırma amaçlı klinik görüşmelerden ziyade standart poliklinik muayenelerinden elde edildiğinden, gerçek oran çalışmamızdaki bulgudan daha yüksek olabilir.

Çalışmamıza dâhil edilen hastalar kronik fiziksel hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde, hastaların %59,8'inde kronik fiziksel hastalık olduğu görülmüştür. Kanada'da kronik hastalıkların yaygınlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada (30), 2005 senesinde Kanada'da kronik ruhsal hastalıklar hariç tutulduğunda tüm yaşlara göre saptanan kronik hastalık sıklığı %54,9 olarak bildirilmiştir. Buna göre çalışmamızdaki hastaların kronik fiziksel hastalıklarının genel popülasyona göre biraz daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatüre göre fiziksel hastalıklar TSSB'li bireylerde daha sık görülmektedir (6). TSSB'li bireylerin önemli bir kısmının yaşadıkları travmatik olay aynı zamanda bedensel hasara da yol açmaktadır. Aynı zamanda TSSB'li bireylerde fiziksel hastalıklarından bağımsız olarak da somatik belirtilerin görüldüğü bilinmektedir. Buna ek olarak TSSB'li bireylerde sık görülen komorbid ruhsal hastalıklar da uzun vadede kronik fiziksel hastalıklara zemin hazırlıyor olabilir (sosyal ve mesleki işlevsellik kaybı, daha sedanter bir hayat vs.). Elbette ki bu varsayımların geçerli olup olmadığını değerlendirebilmek için ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. İlk olarak, TSSB tanılı hastaların saptanması için hastane kayıtlarındaki ICD kodları üzerinden bir tarama yapıldığından kodlanmayan kişilere ulaşılamamış olabilir. İkincisi

elde edilen bulgular tek bir hastanenin verisi ile sınırlı olduğundan genellenemez. Üçüncüsü tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olması nedeniyle neden sonuç ilişkisi ile ilgili sınırlı bir bilgi edinilmiştir. Son olarak, verinin DSM için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) gibi ölçüm araçları kullanılarak yapılandırılmış klinik görüşmeden değil, standart poliklinik görüşmelerinden elde edilmiş olmasına bağlı bilgi kısıtlılıkları mevcuttur.

Sonuç olarak, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, ICD-10 ve DSM-5'te spesifik belirtileri iyi tanımlanmış bir ruhsal hastalık olmakla birlikte, klinik pratikte klinisyenlerin sıklıkla gözden kaçırdığı bir tanı gibi görünmektedir. Bu duruma zemin hazırlayan gerek hasta (güven arayışı, damgalanma vs.) gerekse klinisyen (ideal olmayan görüşme koşulları, zaman kısıtlılığı vs.) kaynaklı etmenlerin iyileştirilmesinin hem TSSB'li bireyler hem de sağlık sisteminin tümü için elzem olduğu aşikârdır. Ek olarak klinisyenlerin TSSB'li bireylerde komorbid ruhsal ve fiziksel hastalıkların sık görüldüğünü akılda tutması, hem doğrudan bu hastaların ruhsal tedavilerinde anamnez ve incelemelerin derinleştirilmesini sağlayabilir hem de fiziksel hastalıkları açısından diğer tıbbi disiplinlere yönlendirme noktasında interdisipliner yaklaşım ihtiyacının gözden kaçmamasını sağlayabilir. Son olarak, cinsel travmalarda ve ev içi şiddette yinelemelerin önlenmesi için yetkili kurumların başta kadınlar ve çocuklar olmak üzere sosyal yönden dezavantajlı grupları korumaya yönelik uygulamaları daha etkin hale getirmesi ve ilgili uluslararası sözleşmelere uygun hareket etmesi hayati önemdedir.

Teşekkür: Yazarlar bu çalışmada tabloların biçimlendirilmesi konusunda Zeynep Laçiner'e, metodoloji ve istatistikle ilgili olarak da İlker Kayı'ya katkı ve desteklerinden dolayı teşekkür eder.

Etik Komite Onayı: Çalışma için Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.06.2023 tarih ve 2023.05.61 numarası ile onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- KL; Tasarım- KL, YŞ; Denetleme- KL, YŞ; Kaynaklar- KL; Malzemeler- (-); Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- KL, YŞ; Analiz ve/veya Yorum- KL, YŞ; Literatür Taraması- KL; Yazıyı Yazan- KL; Eleştirel İnceleme- KL, YŞ.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Finansal Destek: Bu araştırma kamu, ticari veya kâr amacı gütmeyen fon kuruluşlarından herhangi bir destek almamıştır.

KAYNAKLAR

- Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror. New York: Hachette UK; 2015.
- Briere J, Scott C. Trauma terapisinin ilkeleri: belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz; DSM-5 için güncellenmiş (Çev. Genç BD). In: Paker M, editor. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2016. pp. 18-32.
- van Minnen A, Zoellner LA, Harned MS, Mills K. Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD. a literature review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(3):549. [Crossref]
- Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res.* 1998;79(2):131-138. [Crossref]
- Şar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Doğan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161(12):2271-2276. [Crossref]
- Gillock KL, Zayfert C, Hegel MT, Ferguson RJ. Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(6):392-399. [Crossref]
- Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJ. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med.* 2007;69(3):242-248. [Crossref]
- Sommer JL, Reynolds K, El-Gabalawy R, Pietrzak RH, Mackenzie CS, Ceccarelli L, et al. Associations between physical health conditions and posttraumatic stress disorder according to age. *Aging Ment Health.* 2021;25(2):234-242. [Crossref]
- Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress.* 2013;26(5):537-547. [Crossref]
- Taycan O. Travma sonrası stres bozukluğu fenomenolojisi. In: Aker AT, Taycan O, Çelik F, editors. *Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar*, 1st ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. p. 27-28.
- Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions. *Turk Psikiyatri Derg.* 2014;25(4):264-281. [Crossref]
- Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenber SD, Osher FC, Vidaver R, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(3):493-499. [Crossref]
- Posner J, Eilenberg J, Harkavy FJ, Fullilove MJ. Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients: a ten-year follow-up. *Psychiatr Serv.* 2008;59(3):318-321. [Crossref]
- Leano A, Korman MB, Goldberg L, Ellis J. Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Can Oncol Nurs J.* 2019;29(2):141-146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148714>
- Bernell S, Howard SW. Use your words carefully: what is a chronic disease?. *Front Public Health.* 2016;2(4):159. [Crossref]
- Koenen KC, Harley R, Lyons MJ, Wolfe J, Simpson JC, Goldberg J, et al. A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(4):209-218. [Crossref] <https://doi.org/10.1097/00005053-200204000-00001>
- Leskin GA, Woodward SH, Young HE, Sheikh JI. Effects of comorbid diagnoses on sleep disturbance in PTSD. *J Psychiatr Res.* 2002;36(6):449-452. [Crossref]
- Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(sup4):1351204. [Crossref]
- Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health.* 2004;7(2):111-121. [Crossref]
- Macy RJ. A coping theory framework toward preventing sexual revictimization. *Aggression and Violent Behavior.* 2007;12(2):177-192. [Crossref]
- Lang AJ, Rodgers CS, Laffaye C, Satz LE, Dresselhaus TR, Stein MB. Sexual trauma, posttraumatic stress disorder, and health behavior. *Behav Med.* 2003;28(4):150-158. [Crossref]
- Howard LM. Domestic violence: its relevance to psychiatry. *Adv Psychiatr Treat.* 2012;18(2):129-136. [Crossref]
- Walby S, Allen J. Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. London: Home Office; 2004. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/21697/> [Crossref]
- Güvenç G, Akyüz A, Cesario SK. Türkiye'de Kadına Yönelik Yakın Partner Şiddeti: Literatürün Bir Sentezi. *J Fam Viol.* 2014;29:333-341. [Crossref]
- Schuster I, Krahé B. The prevalence of sexual aggression in Turkey: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior.* 2017;37:102-114. [Crossref]
- World Health Organization. Child sexual abuse: a silent health emergency. WHO - Regional Office for Africa; 2004. <http://www.who.int/iris/handle/123456789/1878>
- Miller MW. Personality and the etiology and expression of PTSD. A three-factor model perspective. *Clin Psychol (New York).* 2003;10(4):373-393. [Crossref]
- Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S, et al. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(9):1401-1425. [Crossref]
- Roberts NP, Lotzin A, Schäfer I. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13(1):2041831. [Crossref]
- Denton FT, Spencer BG. Chronic health conditions: changing prevalence in an aging population and some implications for the delivery of health care services. *Can J Aging.* 2010;29(1):11-21. [Crossref]