

Travma sonrası stres bozukluğunun kognitif yıkım ve psikotik belirtiler ile giden yeni bir alt grubu mu? Olgusu sunumu

Mehmet AK (*), Ali Emrah BİLGİN (**), Beyazıt GARİP (***), Serkan ZİNCİR (****), Kamil Nahit ÖZMENLER (*****), Aytekin ÖZŞAHİN (*****)

ÖZET

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olgularındaki dissosiyatif belirtiler, flaşbekler ve kaçınma belirtileri sıklıkla psikotik belirtiler olarak değerlendirilebilmektedir. Son dönemdeki yayınlarda, travmaya maruz kalmış ve TSSB tanısı konan kişilerde süreçte ortaya çıkan psikotik belirtilerde özellikle dissosiyasyonun rolü ve ayırımındaki zorluklar üzerinde durulmuştur. TSSB'nun bir alt tipi olarak psikotik belirtilerle giden tipi vurgulanırken bazı olgularda görülen kognitif yıkım hala açıklanamamış değildir. Burada savaş travmasına maruz kalmış TSSB tanılı bir olgunun belirti ve bulguları üstünden travma, psikoz ve kognitif yıkım ilişkisi tartışılacaktır

Anahtar kelimeler: psikotik özellikler, bilişsel bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu

SUMMARY

Could it be a new subtype of post-traumatic stress disorder which has cognitive impairment and psychotic symptoms? Case report

Most of the post-traumatic stress disorder (PTSD) patient who demonstrates dissociative signs, flashbacks and avoid signs could be evaluated as a psychotic disorders. In a recent research; person who exposure the traumatic event and diagnosed as a PTSD patient displays some of the psychotic features in the course of the illness. Discrimination between dissociative disorders and psychotic symptoms could be difficult. One of the subtype of the PTSD with psychotic features was mentioned, whereas the reason of the cognitive decline which seen together psychotic features have not still been elicited yet. Here the association between the psychosis, trauma and cognitive impairment will be discussed over a case of PTSD symptoms and signs which have been exposed to combat- trauma.

Key words: psychotic features, cognitive impairment, post-traumatic stress disorder.

Giriş

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişinin travmatik bir stresörle karşılaşmasından, yaşamasından veya ona tanık olmasından sonra, olayların kişiye sıkıntı veren bir biçimde yeniden yaşanması, kaçınma örneği, duygulanımda küntlük ve otonomik, disforik ve bilişsel bulguların değişik derecelerde bulunduğu ve 3 aydan kısa sürerse "akut", 3 aydan uzun sürerse "kronik" olarak nitelendirilen bir bozukluktur (1,2).

Travma, psikotik bozukluk ve TSSB ilişkisi ilgi çekici bulunmuş ama bu konuda az çalışma yapılmıştır. Daha önceki çalışmaları gözden geçirdiğimizde üç farklı yorum dikkat çekicidir: Psikotik bozukluk TSSB gelişmesine neden olabilir; travmatik deneyimler psikoza yol açabilir; hem psikotik bozukluk, hem de TSSB travmatik yanıtı cevap olarak ortaya çıkan benzer spektrum bozuklukları olabilir (1). Örneğin, Avustralya temelli 10461 katılımcılı geniş bir örnekleme yapılan bir çalışmada, travmaya maruz kalanlarda ve özellikle de TSSB gelişenlerde hezeyansal yaşantı riskinin travma öyküsü olmayanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu ifade edilmiştir (2). Başka bir çalışmada savaş travmasına maruz kalan TSSB hastalarında %20-40 eş tanı oranında psikoza rastlandığı bildirilmiştir (3). Coentre ve ark. 12 yıl önce sivil savaşta, gözleri önünde ailesi katledildikten sonra TSSB semptomları gelişen ve sonrasında ki süreçte, işitme ve görme halüsinasyonları, perseküsyon hezeyanları, özkıyım düşünceleri ile seyreden 32 yaşında kadın bir olguyu bildirmişlerdir (4). Klinisyenler için önemli olan nokta öyküde travma yaşamış ve psikotik belirtiler sergileyen olgularda, TSSB ve psikoz ayırımında yaşanabilecek güçlüklerdir. Sunacağımız olguda olduğu gibi bazı vakalara farklı merkezlerde psikotik bozukluk gibi farklı tanımlar konulabilmektedir. Bu karmaşanın nedeni örtüşen semptomlar nedeniyle yanlışlıkla şizofreni tanısı konulması mıdır ya da TSSB niz tanımlanmamış alt grupları mıdır? Bu gibi tanı karmaşasını vurgulayan araştırmalar incelendiğinde; TSSB olgularındaki dissosiyatif belirtiler, flaşbekler ve kaçınma belirtilerinin sıklıkla psikotik belirtiler olarak yanlış yorumlandığı öne sürülmüştür. Son dönemdeki yayınlarda, travmaya maruz kalmış ve TSSB tanısı konan kişilerde ortaya çıkan psikotik belirtilerde, özellikle dissosiyasyonun rolü ve ayırımındaki zorluklar üzerinde durulmuştur. Ayrıca flaşbek, halüsinasyon, travmaya bağlı kaçınma ve şizofreninin negatif belirtileri karmaşası halen klinisyenleri zorlayan durumlardır. Kronik seyir gösteren bu olguların, DSM'de yer almamasına rağmen ICD'de yer alan, dünyaya karşı düşmanca ve güvensiz bir tutum, toplumsal inziva, boşluk veya umutsuzluk duyguları, depersonalizasyon, derealizasyon, sanki sürekli tehdit ediliyormuşçasına kronik endişe, huzursuzluk ve sinirlilikle birlikte seyrettiği belirtilen "Travma Sonrası Kalıcı Kişilik Değişikliği" olarak tanımlanıp-

* Meram Tıp Fakültesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya

** Etimesgut Asker Hastanesi, Ankara

*** Beyazıt Garip, Sarıkamış Asker Hastanesi, Sarıkamış

**** Serkan Zincir, Gölcük Asker Hastanesi, İzmit

***** Kamil Nahit Özmenler, GATA Psikiyatri AD, Ankara

***** Aytekin Özşahin, Serbest Hekim, Ankara.

Adres: Doç.Dr. Mehmet AK,
Meram Tıp Fakültesi,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya
e-mail: drmehmetak@gmail.com

Date submitted: Mar 01, 2012 • Data accepted: Apr 21, 2012 • Online publication date: Dec 27, 2014

tanımlanamayacağı da tartışmalıdır.

Biz bu yazıda savaş travmasına maruz kalmış olup kliniğimizde TSSB tanısı konulan, süreçte başka merkezlerde şizofreni tanısı ile takip edilen, kognitif yıkımla seyreden bir olguyu yukarıda belirtilen tartışmalara cevap oluşturabilecek şekilde sunup, TSSB de yeni bir alt grubun tanımlanıp tanımlanamayacağını da tartışmaya açacağız.

Olgu:

43 yaşında emekli erkek hasta; 1990-2006 yılları arasında kamu kuruluşlarında görev yapmış. Emekli olduktan sonra anne ve babası ile kapı komşusu olarak yaşamaktadır. Evli ve 4 çocuk babasıdır. Hastanın 2011 Ağustos ayındaki başvuru yakınmaları; uykusuzluk, zaman zaman öfke patlamaları, travmatik olayı yeniden yaşantılaşma, kalabalık içine girmekten kaçınma, unutkanlık, insanlara güvenememe, kendisini değersiz hissetme şeklinde olmuştur.

Hastalık öyküsüne baktığımızda; hasta 1990-1999 yılları arasında birçok silahlı çatışmaya girmiş, ilk başvurusu 2001 yılında olmuştur. Yapılan değerlendirmede; travmatik olayları yeniden yaşantılaşma, insanlara güvenememe, insanlardan zarar gelebilir tarzında referans fikirler, kalabalık ortamlara girmekten kaçınma, zaman zaman öfke patlamaları, öz bakımda azalma, sık sık uyku bölünmesi, travmatik olayları hatırlatan durumlar sonrasında terleme, çarpıntı, sık nefes alma tarzında artmış uyarılmışlık belirtileri, self-medikasyon maksatlı başlayan alkol kötüye kullanımı tarzında belirti ve bulgular saptanmış ve TSSB olarak değerlendirilmiştir. 2001-2006 yılları arasındaki dönemde 6 kez yatışı gerçekleşmiş olan hasta TSSB ve eşlik eden Depresif Bozukluk tanıları ile çeşitli antidepresan, anksiyolitik, düşük doz antipsikotik ilaç tedavileri almış ve 2006 yılında kronik TSSB tanısıyla emekli edilmiştir.

Hastanın 2007 yılından itibaren takipleri başka merkezler tarafından yürütülmüştür. Hastaya bu süreçte şizofreni tanısı konmuş ve babası vasi olarak atanmıştır. Kendisi ve ailesinden alınan anamnez değerlendirildiğinde, yukarıda tanımlanan yakınmaların dalgalı bir seyir izleyerek devam ettiği anlaşılmaktadır. Verilen raporlar değerlendirildiğinde; düşünce içeriğinde referans ve perseküsyon hezeyanları, algıda işitme halüsinasyonları, mimik ve jestlerinin silik, duygulanımının kısıtlı, sosyabilitesinin uzak ve soğuk olduğunun tanımlandığı anlaşılmaktadır. Sürdürülen tedavilere rağmen birçok kez gece rüyasında teröristlerle çatıştığını görerek birlikte uyuduğu eşinin boğazına sarılma, bazı dönemlerde kulağına operasyonla ilgili bilgileri içeren komutların gelmesiyle başlayan operasyon planı yapma, sonraki süreçte polis karakolunda elinde bıçağı ve komando teçhizatı ile sonlanan hatırlamadığı dissosiyatif dönemleri içeren belirtilerinin olduğu değerlendirilmiştir.

Şimdiki ruhsal muayenesinde: Öz bakım azalmış, mizacı donuk, sosyabilitesi genel olarak saygılı ve samimi olmakla birlikte, ilk başta tanımadığı kişilere karşı mesafelidir. Konuşma soru cevap tarzında azalmıştır. Mimik ve jestleri sliktir. Uyku; uykuya dalmakta güçlük çekme ve gece zaman zaman kâbuslar nedeni ile bölünme tarzında bozulmuştur. Algı flaşbekler tarzında bozulmuştur. Dikkat genel olarak azalmış ve distraktibil (kolayca dağılılabılır) ve bellek genel olarak hipomnezik olmakla birlikte travmatik anılarla ilgili hiperamnezi mevcuttur. Düşünce akışında ki yavaşlama, amaca geç varma ve reaksiyon süresindeki uzunluk,perseverasyon ve sembolizm dikkat çekicidir. Düşünce içeriğinde genel olarak şüphe ve somutluk hakim olmakla birlikte, travmatik yaşantılar ile

ilgili intruzyonların (rahatsız edici düşünceler) yoğun olduğu görülmüştür. Duygulanım tonusunda azalma görülmüş, yaşadığı travmatik olayları tanımlarken gözlenen anksiyetesi dışında genel anlamda kısıtlı olarak değerlendirilmiştir. Psikomotor aktivitesi azalmış olmakla birlikte zaman zaman travmatik olayların eksenindeki uyarıların tetiklediği eksitasyon benzeri davranışlar görülmüştür. Sosyal işlevselliğinde azalma olduğu ve kaçınmanın belirgin olduğu değerlendirilmiştir.

Hastanın MMPI ve Beier Cümle Tamamlama Testi değerlendirildiğinde psikotik bir sapma izlenmemiştir. Hastaya; Olayın Etki Skalası (alınan skor:80 puan) ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (özellikle intrusiv ve kaçınma alt skalalarında daha belirgin olmak üzere tüm alt skalalarda ve toplam puanda belirgin yükseklik) uygulanmış olup, bu testlerde hastanın TSSB tanısını destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Daha çok nevrotik bir kişilik ve anksiyete düzeyinin yüksekliği dikkati çekmektedir. Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği'nden sırasıyla 41 ve 52 puan, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nden 40 puan, Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden 69 puan almıştır. Hastanın organisiteye özellikle de kognitif alana yönelik testlerinde, (Bender-Gestalt Görsel Motor Algılama Testi, Benton Görsel Bellek Testi, Saat Çizme Testi) görsel algı motor koordinasyon, görsel bellek ve yürütücü işlevler alanında bozulma olabileceğine ilişkin bulgular saptanmıştır. Hastanın çekilen Elektroensefalografi'si (EEG) ve Beyin Manyetik Rezonans görüntülemesi normal olarak raporlanmıştır.

Tartışma:

Hastanın öyküsünde ve ruhsal muayenesinde tanımlanan, başka bir merkezde şizofreni tanısı konulmasına neden olan belirtilerin başında dissosiyasyonlar gelmektedir. Travma sırasında duruma savaşa ya da durumdan fiziksel olarak kaçma imkanı olmayan kişinin dissosiyatif yaşantıyla, kendine başka bir "oluş hali" yaratarak durumdan bilişsel ve duygusal olarak kaçtığı öne sürülmüş ve bunun da savaş ya da kaç tepkisinde olduğu gibi, temelde korunma amaçlı olduğu düşünülmüştür (5-6). Benzer şekilde travma sırasında yaşanan dissosiyasyonun TSSB gelişimini ön gördüğü ve erişkin dönem travmalarına yanıt olarak TSSB geliştirenlerde daha yüksek oranlarda dissosiyasyon belirtisi saptandığı yönündeki görüşler kuvvetlenmektedir (7). Olgumuzda tanımlanan, özellikle travmayı anımsatan uyarıların arttığı dönemlerle eş zamanlı gelişen, operasyon emri alma ve hazırlığı yapma ile başlayıp sonrasında anımsanamayan bir dönemi içeren tabloların işitme halüsinasyonu ve hezeyan olarak kabul edilmesi dissosiyasyonun gözardı edilmesinden kaynaklanmış gibi görünmektedir. Şüphesiz ki bu belirtiler, tipik şizofreni sürecinde ortaya çıkan dinamik anlamda bastırma, inkar, izolasyon, reaksiyon-formasyon, yansıtma gibi savunma mekanizmalarının sonucunda oluşan hezeyan ve halüsinasyonlara benzememektedir. Dissosiyatif belirti gösteren TSSB hastaları, içinde buldukları durumdan belli bir süre koştuklarını, bazen de olup bitenleri herhangi bir acı ya da gerginlik yaşamadan, dışarıdan gözleyebildiklerini söylemektedirler. Bu şekilde düşünüldüğünde, dissosiyatif yaşantıların gerçekten de o andaki ağır şartlara rağmen, kişinin işlevselliğini devam ettirebilmesi açısından, önemli bir işlevsel düzenek olabileceği dikkat çekmektedir (6). Olgumuzda da mevcut olan dissosiyasyonların yıllar geçmesine rağmen devam etmesi bununla açıklanabilmektedir. Ayrıca rahatsızlık veren ve istenmeyen duyguların, dissosiyasyon yoluyla unutulmasının süreklilik kazanabildiği de tanımlanmıştır (7).

Olguda olduğu gibi; travma-dissosiyasyon-psikoz üçgeninde karışıklığa yol açan başka bir durum ise flaşbekler ile işitsel halüsinasyonların nasıl ayırt edilebileceği konusudur. Eğer duyulan ses travmatik olayın içeriği ile ilgili ise bunun flaşbek, değilse psikotik işitsel halüsinasyon olarak yorumlanması gerektiği ifade edilmiştir (8). Yine Morrison ve ark. hem TSSB hem de psikotik bozukluğun intruziv düşüncelerle karakterize olduğunu, TSSB'deki rahatsız edici düşüncelerin flaşbekler, psikozda ise halüsinasyon ve hezeyansal yaşantılar tarzında ortaya çıktığını ifade etmişlerdir (1). Olgumuzdaki işitme halüsinasyonu olarak değerlendirilen belirtilerin aslında travmatik olayların (operasyona çıkma komutu, ateş açıldığı için yere yatması vb) flaşbekleridir. Olguda şizofreninin negatif belirtileri olarak tanımlanan sosyal içe çekilme aslında ayrıntılı değerlendirildiğinde TSSB nin kaçınma belirtileri olduğu anlaşılabilir. Olgumuzda kaçınma nedenlerinin travmaya sekonder olduğu ve bunun aslında bir baş etme tutumu olabileceği değerlendirilmektedir.

Sonuçta bu olguda, kişideki travmaya uyum sürecinde görülebilecek referanslar hezeyan, flaşbekler, işitme halüsinasyonu ve kaçınma belirtileri negatif belirtiler şeklinde yorumlanıp deskriptif (tanımlayıcı) anlamda şizofreni tanısı almış gibi görünmektedir. Ancak detaylı incelediğimizde şizofrenide gördüğümüz tipik otistik-dereistik düşünce yapısının, ambivalans ve endifferansın olmadığı, iç görünümün dissosiyatif dönemler dışında korunduğu, negatif belirtiler olarak adlandırılan belirtilerin uzun süreli travmaya maruz kalmış kişilerdeki kaçınmanın yansıması olabileceği, referans hezeyanı olarak adlandırılan belirtilerin Travma Sonrası Kalıcı Kişilik Değişikliği'nde ifade edilen dünya ve kişilere karşı düşmanca ve güvensiz bir tutum tarzında açıklanabildiği, işitsel halüsinasyonların aslında içeriği tamamen travma ve operasyonlarla ilişkili flaşbekler olduğu görülmektedir. Ancak klasik bir TSSB'a göre kognitif yıkımın çok belirgin olması, dönem dönem realiteye uyumun ciddi derecede bozulması, düşünce içeriğindeki somutluk, akıştaki perseverasyonların varlığı, sembolizasyonun sık kullanılması bu vakaların tipik TSSB'a uymayan yanlarıdır.

TSSB hastalarında kognitif fonksiyonlar ile ilgili yapılan çalışmalar; nöro-görüntüleme ve nöro-psikolojik testlere (özellikle bellek ile dikkat alanlarına yönelik) dayanmaktadır. Kronik TSSB hastalarında özellikle hippokampus, amigdala, prefrontal korteks gibi beyin yapılarında biyolojik ve patofizyolojik değişikliklerin rol oynadığı bilinen bir gerçektir (9). MRI çalışmalarında ortak bir bulgu olarak, öğrenme ve bellek süreçlerinde bozulmaya yol açan hippokampal volüm azalması tespit edilmiştir (10). Yine TSSB hastalarında yapılan PET çalışmalarında ASG (anterior singulat gyrus) disfonksiyonu olabileceği üzerinde durulmuştur (11).

TSSB hastalarında hippokampüsten daha çok özellikle de medial prefrontal korteks tarafından düzenlenen, işlem belleği, yürütücü işlevler, duygu ve davranışların regülasyonunda bozukluk olduğu ileri sürülmüştür (12).

Kronik TSSB hastalarında, entelektüel bozulma, yürütücü işlevlerdeki anormallik, konsantrasyonda azalma, hafıza kusurları ve unutkanlık gibi kognitif problemlere rastlanılmıştır (9,13). Sodic ve ark. 2007 yılında Hırvatistan savaşında travmaya uğramış ve TSSB geliştirmiş olan 20 hasta ile 21 kontrol grubunda yaptığı çalışmada, Rey-Osterrieth Complex Figure Test (Rey-Osterrieth Karmaşık Şekil Testi-ROCFT) ve Benton Visual Retention Test (Benton Görsel Bellek Testi-BVRT) uygulanmış ve test sonuçlarına göre; TSSB grubunda dikkat, kısa süreli hafıza, yeni bilgileri öğrenme gibi kognitif defisitlerin

olduğu vurgulanmıştır (14). Sunulan olguda da süreçte gelişen kognitif fonksiyonlarda bozulma dikkat çekicidir.

Tüm bu veriler değerlendirildiğinde, sunulan olgu ve benzer olguların son dönemde ifade edilmeye başlanan TSSB'nun psikotik alttıpi ile açıklanabilir mi? yoksa su an için bilmediğimiz TSSB'nun hem psikotik belirtiler hem de kognitif yıkımla seyreden bir alt tipi mi var? sorusunu akla getirmiş ve benzer olgularla yapılacak çalışmaları ile bu konunun aydınlatılabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

- 1) Morrison, AP Frame, L, Larkin, W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. The British Journal of Clinical Psychology. 2003; 42(Pt4):331-353.
- 2) Scott J, Chant D, Andrews G, Martin G, McGrath J. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. Br J Psychiatry. 2007;190:339-43.
- 3) David D, Kutcher GS, Jackson EI, Mellman TA. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 1999;60(1):29-32.
- 4) Coentre R, Power P. A diagnostic dilemma between psychosis and post-traumatic stress disorder: a case report and review of the literature. Journal of Medical Case Reports. 2011;5(1): 97.
- 5) Herman JL, Harvey MR. Adult memories of childhood trauma: a naturalistic clinical study. J Trauma Stress. 1997;10(4):557-71.
- 6) Altaylı B. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'ndaki Dissosiyatif Belirtiler," Türk Psikoloji Bülteni. 2000;6(16-17): 64-68.
- 7) Geyran P. Travma, Dissosiyasyon ve Posttraumatik Stres Bozukluğu. Psikiyatri Psikoloji PsikoFarmakoloji Dergisi. 1998;1:10-14.
- 8) Gaudiano BA, Zimmerman M. Evaluation of evidence for the psychotic subtyping of post-traumatic stress disorder. The British Journal of Psychiatry.2010;197(4): 326-7
- 9) Vasterling JJ, Brailey K, Constans JI, Sutker PB. Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. Neuropsychology. 1998;12(1):125-33.
- 10) Gurvits TV, Shenton ME, Hokama H, et al. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related. Biological. J. Psychiatry. 1996; ;40(11):1091-9.
- 11) Pissioti A, Frans O, Fernandez M, von Knorring L, Fischer H, Fredrikson M. Neurofunctional correlates of posttraumatic stress disorder: a PET symptom provocation study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2002; 252(2):68-75.
- 12) Shimamura AP. Memory and frontal lobe function. In M. Gazzaniga(ed). The Cognitive Neurosciences, Cambridge, MA: MIT Pres. 1995; 803-813.
- 13) Yehuda R, Keefe RS, Harvey PD, Levengood RA, Gerber DK, Geni J, et al. Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1995; 152(1):137-9.
- 14) Šodić L, Antičević V, Britvić D, Ivković N. Short-term Memory in Croatian War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. Croat Med J. 2007;48(2):140-5.